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.

XV. Jahrgang. 1902.

Berlin W. 35.
FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG.
H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammer-Buchhändler.

Inhalt.

I. Original-Mittheilungen.

A. Gerichtliche Medizin.

	Seite.
Ein Fall von Exhibitionismus. Dr. H. Hoffmann.	1
Zum Begriff „Homöopathische Zentral-Apotheke“ im handelsrechtlichen Sinne. Dr. Arthur Schmidt	6
Vorsicht beim Ausstellen ärztlicher Atteste. Dr. Hoffmann	97
Selbstmord durch Schwefeldunst. Erstickung oder Vergiftung? Dr. Oehmke	181
Beitrag zur Beurtheilung der Leistungsfähigkeit der Wassermann-Schütze-Uhlenhuth'schen Serumprobe auf Menschenblut. Dr. Schwabe	183
Zur Anwendung der Uhlenhuth'schen Reaktion. Dr. J. Kister u. Dr. H. Wolff	213
Gerichtsärztliche Sammlungen. Dr. Hermann Kornfeld	272
Ein Fall von Chloroformvergiftung nach Aufnahme per os. Dr. Roth	273
Diensteid. — Sachverständigen-Eid. Dr. Heinemann	337
Selbstmord durch Eröffnung der Vena saphena magna. Dr. Schlag	377
Ein Todesfall in der Chloroform-Narkose. Dr. H. Hoffmann	379
Bemerkungen zu der von Placzek angegebenen neuen Lungenprobe. Dr. E. Ungar	417
Zum Nachweis von geheilten Knochenbrüchen durch das Röntgenverfahren. Dr. Stöltzing	457
Lustmord oder Tod im epileptischen Anfall? Dr. Hermann Kornfeld	459
Ein Fall von Selbst-Kastration. Dr. Solbrig	565
Zum Kapitel des biologischen Blutnachweises. Dr. Arthur Schulz	637
Zwei Fälle tödtlicher Vergiftung durch Genuss von Schwefelkohlenstoff. Dr. von Brunn	646
Die Schweigepflicht des Arztes. Dr. jur. Biberfeld	648
Ein seltener Fall von tödtlicher Verletzung der Halswirbelsäule. Dr. F. C. Th. Schmidt	693
Latente Pneumonie. Dr. Berg	695
Weiterer Beitrag zur Frage des biologischen Blutnachweises. Dr. J. Kister und Dr. W. Weichardt	729
Ueber Selbst-Kastration. Dr. Schmidt-Petersen	735
Ein Beitrag zur Kasuistik der „psychischen Infektion“. Dr. Neidhardt	737
Ablehnung eines Sachverständigen wegen Befangenheit bei zuvoriger Abgabe eines Privatgutachtens auf Anlass einer Partei. Dr. jur. Biberfeld	697
Doppelte Placenta bei einfacher Frucht. Manuelle Lösung der zweiten Placenta. Dr. Mayer	798
Ueberfahrenwerden ohne äussere Verletzungen. Dr. Friedmann	803

Seite.

Die Unterscheidung von Menschen- und Thierknochen auf biologischem Wege. Prof. Dr. Beumer 829
Zur Litteratur über latente Pneumonie. Dr. Teske 832
Beitrag zur Sicherung des physiologischen Experimentes bei Verdacht auf Strychninvergiftung. Dr. Alfred Schmidt 865
Ansteckung oder Blutvergiftung? Dr. Biberfeld 869

B. Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Die Mitwirkung des Kreisarztes und der Gesundheits-Kommission auf dem Gebiete der Wohnungshygiene Dr. Solbrig 33
Der Vorbereitungsdienst des Kreisarztes. Dr. Wodtke 42
Das preussische Medizinalwesen in dem Staatshaushalts-Etat 1902/1903. Dr. Rapmund 46
Schutz gegen Infektionskrankheiten in Kurorten und Sommerfrischen, deren Besucher vorwiegend aus Kindern bestehen. Dr. Friedel. 65
Grosshandel mit Arzneimitteln. Dr. Biberfeld 72
Die Nothwendigkeit eines neuen preussischen Seuchengesetzes. Dr. Braeutigam 100
Die Mitwirkung des praktischen Arztes bei Bekämpfung ansteckender Krankheiten, insbesondere in Bezug auf Anwendung und Ueberwachung der betr. Infektionsmassregeln in der Wohnung des Kranken. Dr. Heidenhain 101
Bemerkungen zur Granulosefrage. Dr. Heidenhain 103
Verhandlungen des Reichstages über verschiedene Fragen aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens (Irrenwesen, Krankenhäuser, Geheimmittel, Gesundbeten, Lungenheilstätten, Schutz der Arbeiter gegen Milzbrand, Wohnungsfrage), der Unfall- und Invalidenversicherung. Dr. Rapmund 104
Denkschrift über die Ausführung des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen vom 16. September 1899 137
Versuch einer Brunnenordnung für grössere Bezirke, insbesondere für das platte Land. Baurath Wever und Dr. Finger 177
Bemerkungen zu Formular V der Dienstanweisung: Zusammenstellung der von den Hebammen geleiteten Entbindungen. Dr. Bauer . 216
Entwurf eines Gesetzes, betreffend die den Medizinalbeamten für amtliche Verrichtungen zu gewährenden Vergütungen. Dr. Rapmund 218
Die Berathung des preussischen Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat vom 18. und 19. März 1902. Dr. Rapmund 230, 276
Ueber einige wichtige Ergebnisse der bakteriologischen Forschung des Jahres 1901, und deren Nutzanwendung für die öffentliche Gesundheitspflege. Dr. E. Pfeiffer 257
Zum gehäuften Vorkommen des Krebses. Dr. Finger 293
Ueber die Auswahl der Lehrtöchter zu dem Hebammenberuf. Dr. Max Langerhans 308
Bemerkungen betreffs der Zusammenstellung der von Hebammen geleiteten Entbindungen. Dr. Blokusewski, Dr. Brinkmann, Dr. Litterski 314
Staatlich geprüfte Heilgehülfen. Dr. Reimann 319
Zur Impftechnik. Dr. Weichardt 323
Die amtlichen Verrichtungen der Kreisärzte und ihre Vergütungen. Dr. Bauer 324
Schulbesichtigung und Schulgesundheitspflege. Dr. Brinkmann . . 339
Die Granulose in Ostpreussen. Dr. Dubois 343
Lymphständer mit Sterilisationsvorrichtung für die öffentlichen Impfungen. Dr. Adolf Salm 344
Massenhafte Fälle von Icterus unter Kindern und jugendlichen Personen im Sommer und Herbst 1901 in Greifenhagen. Dr. Bahr . . . 381
Zur Bekämpfung des Unterleibstyphus. Dr. Fielitz 382
Zur staatlichen Prüfung des ärztlichen Hülfspersonals. Dr. Paul Jacobsohn 387

Seite.

Eine Bemerkung zu der Publikation des Herrn Dr. Salm, betreffend Lymphständer mit Sterilisationsvorrichtung für die öffentlichen Impfungen. Dr. Hagemann 392
Verhandlungen des preussischen Abgeordnetenhauses in der Sitzung vom 1. Mai 1902 über die Bekämpfung des übertriebenen Alkoholgenusses 393
Die geschichtliche Entwicklung des Medinalwesens, insbesondere der Kreisphysikate im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin. Dr. Mulert 424
Stempelpflichtigkeit amtsärztlicher Atteste. Dr. Blokusewski . . . 429
Zur Verhütung der Verbreitung ansteckender Geschlechtskrankheiten. Dr. Ernst Schichhold 463
Ueber das Verbot der Anwendung von gesundheitsschädlichen und täuschenden Zusätzen zu Fleisch und dessen Zubereitungen nach §. 21 des Schlachtvieh- und Fleischbeschaugesetzes, welches am 1. Oktober 1902 in Kraft tritt, unter besonderer Berücksichtigung des Präservesalzes. Dr. Keferstein 493
Eine Pockenepidemie in Unruhstadt (Provinz Posen) im Sommer 1901. Dr. Max Krause 529
Die Anzeigepflicht bei Tuberkulose und Erwägungen über ihre Durchführung. Dr. Helwes. 532
Zur Entziehung des Hebammenprüfungszeugnisses wegen Abnahme der geistigen Fähigkeiten. Dr. Schmidt 537
Zur Aetiologie und Verbreitung des Kropfes. Dr. Stauss 567
Noch einmal „staatlich geprüfte Heilgehülfen“. Dr. Granier. . . . 601
Die Gebührenverzeichnisse der Kreisärzte. Dr. Räuber 607
Impftechnik. Dr. Eyff 613
Beitrag zur Frage der Granulosebekämpfung. Dr. Alfred Schmidt . 650
Zur Granulosefrage in Hinterpommern. Dr. Gutknecht 655
Ueber die Nothwendigkeit der Errichtung von staatlichen und kommunalen Abdeckereien nach Inkrafttreten des neuen Schlachtvieh- und Fleischbeschaugesetzes. Dr. Pfeiffer 657
Zur Frage der Rattenvertilgung. Dr. Strassner 696
Zur Granulosefrage in Hinterpommern. Dr. Heidenhain 698
Staatlich geprüfte Heilgehülfen. Dr. Reimann. 739
Noch einmal zur Frage der Amtlichkeit kreisärztlicher Zeugnisse. Dr. Richter 744
Desinfektoren und Gesundheitsaufseher im Regierungs-Bezirk Arnsberg. Dr. Dütschke 761
Ueber Ortsbesichtigungen. Dr. Jäckel 770
Ueber die neueren Methoden zur Lichtprüfung auf Arbeitsplätzen. Dr. Hans Wolff 778
Eine kleine Pockenepidemie im Kreise Grottkau (Schlesien) im Sommer 1901. Dr. Litterski. 804
Mitwirkung bei Ertheilung der Genehmigung zum Handel mit Giften. Dr. Brinkmann. 808
Zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten. Dr. Dreves 833
Kataster über ansteckende Krankheiten. Dr. Berger. 835
Unterrichtskurse für Heilgehülfen und Masseure. Dr. Hoche 837
Pockenepidemie im Kreise Grottkau. Dr. H. Flatten 839
Mitwirkung des Medizinalbeamten bei der Ueberwachung des Handels mit Giften. Dr. H. Martini 839
Der deutsche Verein für Volkshygiene und der beamtete Arzt. Dr. Neumann 871

II. Berichte aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 15. Oktober 1901 zu Frankfurt a./O. abgehaltene Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Frankfurt a./O. (Berichterstatter: Dr. Birkholz).
Berathung der Dienstanweisung für die Kreisärzte 12

Seite.

Bericht über die erste amtliche Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam am 19. Oktober 1901 zu Berlin (Berichterstatter: Dr. Finger).
- Eröffnung der Versammlung. Dr. Roth 55
- Welche physikalischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen sind von den Kreisärzten auszuführen. Dr. Finger u. Dr. Itzerott 55
- Der Begriff des Krankheitsverdachts bei den gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten. Dr. Aust 57
- Die Mitwirkung des Kreisarztes und der Gesundheitskommissionen auf dem Gebiete der Wohnungshygiene. Dr. Solbrig und Dr. Nickel 58
- Ueber Malariauntersuchungen im Reg.-Bez. Potsdam. Dr. Finger. 59

Die konstituirende erste Versammlung des Württembergischen Medizinalbeamten-Vereins am 1. Dezember 1901 in Stuttgart.
- Eröffnung der Versammlung. Dr. Köstlin 60
- Berathung über die Bildung des Vereins 60

Bericht über die XV. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Merseburg in Halle a./S. am 17. Dezember 1901 (Berichterstatter: Dr. Schneider).
- Eröffnung der Versammlung. Dr. Penkert. 159
- Besprechung der seit der letzten Sitzung ergangenen Verordnungen und Erlasse 161
- Vortrag über die Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 28. März 1901, bezw. das Kreisarztgesetz vom 16. Septbr. 1899. Dr. Fielitz 161

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Posen vom 7. Dezember 1901. (Berichterstatter: Dr. Lissner).
- Eröffnung der Versammlung. Dr. Schmidt. 186
- Die neue Provinzial-Hebammenlehranstalt und Besichtigung derselben unter Führung des Direktors Dr. Toporski. 186
- Demonstrirung einer sog. Diktirmaschine. Dr. Schröder. . 187
- Der jetzige Stand der Frage über die Unschädlichmachung der Tuberkelbazillen. Dr. Wernicke 187
- Ueber die angestellten Versuche, die Erscheinung der Haemolysie, Agglutine und Praecipitine für forensische Zwecke praktisch zu verwerthen. Dr. Wernicke 188
- Ueber die Agglutination der Tuberkelbazillen und ihre praktische Verwerthung. Dr. Wernicke 188
- Schulbesichtigungen durch die Kreisärzte. Dr. Schröder . 188

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten der Provinz Schleswig-Holstein zu Neumünster am 6. April 1902 (Berichterstatter: Dr. Rohwedder).
- Erläuterung der seit der letzten Versammlung ergangenen Verfügungen. Dr. Bertheau 347
- Besprechung des Entwurfs einer Polizeiverordnung, betreffend die Meldung der Medizinalpersonen. Dr. Bockendahl . 347
- Besprechung des Ministerialerlasses über das Heilgehülfenwesen. Dr. Bertheau 347
- Anlage einer Registratur. Dr. Rohwedder 347
- Bericht über Aenderungen im Entwurf für Schutzmassregeln gegen Uebertragung und Ausbreitung ansteckender Krankheiten und Annahme derselben. Dr. v. Fischer-Benzon 347

Bericht über die Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Coblenz vom 20. Dezember 1901 (Berichterstatter: Dr. Salomon
- Ueber die Bekämpfung des Typhus. Dr. Salomon. . . . 431
- Besprechung einiger handlicher Apparate zur Wasseruntersuchung. Dr. Salomon 437
- Verschiedenes 438

Seite.

Protokoll über die am 20. April 1902 Vormittags 10 Uhr im Hôtel Bristol zu Frankfurt a./M. abgehaltene Vorstandssitzung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins (Berichterstatter: Dr. Rapmund).
Eröffnung der Sitzung und Geschäftsbericht 439
Berathung der Satzungen und der Geschäftsordnung 439
Satzungen des Vereins 442
Geschäftsordnung des Vereins 444

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Magdeburg am 27. April 1902 (Berichterstatter: Dr. Strassner).
Eröffnung der Versammlung 475
Ueber das Wassermann-Schütze-Uhlenhuth'sche Verfahren zur Untersuchung von Thier- und Menschenblut durch ein spezifisches Serum, den sogenannten biologischen Nachweis. Dr. Keferstein 475
Vorkommen von Unterleibstyphus im Bezirke. Dr. Hirsch . 476
Schulbesichtigungen. Dr. Hirsch 476
Vorlegung von Formularen zu Attesten und dienstlichen Verrichtungen und Annahme derselben 477

Bericht über die XVI. Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Merseburg in Halle a. S. am 15. Mai 1902 (Berichterstatter: Dr. Schneider).
Eröffnung der Sitzung mit geschäftlichen Mittheilungen. Dr. Penkert 502
Besprechung der seit der letzten Versammlung ergangenen Verfügungen und Verordnungen sowie Rechnungslegung. Dr. Penkert. 503
Ueber Ortsbesichtigungen einschliesslich der Schulbesichtigungen. Dr. Geisler 503

Bericht über die am 31. Dezember 1901, Mittags 12 Uhr, in dem grossen Sitzungssaale der Königl. Regierung zu Cöln durch den Herrn Regierungspräsidenten zusammenberufene Konferenz der Medizinalbeamten (Berichterstatter: Dr. Meder)
Berathung über die Durchführung der Dienstanweisung für Kreisärzte 541

Bericht über die am 4. Mai d. J. abgehaltene 1. Jahres-Versammlung des Württembergischen Medizinalbeamten-Vereins in Stuttgart.
Geschäftliches. Dr. Köstlin 543
Störungen der Erinnerungsfähigkeit. Dr. Wollenberg . . 544
Ueber Abwasserreinigung. Dr. Scheurlen 545

Bericht über den I. Fortbildungskursus für Medizinalbeamte vom 29. April bis 26. Mai 1902 in Berlin.
Berichterstattung: Dr. Meder. 575

Bericht über die Versammlung des Medizinalbeamten-Vereins des Regierungsbezirks Stade in Geestemünde am 25. Mai 1902 (Berichterstatter: Dr. Hoche) 616
Eröffnung der Versammlung 616
Geschäftliche Mittheilungen 616
Die sanitätspolizeiliche Ueberwachung der ländlichen Genossenschaftsmolkereien. Dr. Prölss 616
Die Wohnungsdesinfektion mittelst Formalin. Dr. Ocker . 617

Vorläufiger Bericht über die am 12. September d. J. in Cassel stattgehabte XIX. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins (Berichterstatter: Dr. Rapmund) 698

Vorläufiger Bericht über die erste Hauptversamlung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins (Berichterstatter: Dr. Flinzer) . . 709

Bericht über die XII. Sitzung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Gumbinnen am Sonntag, den 25. Mai 1901, Nachmittags 2 Uhr in Insterburg im Stadtverordnetensaal des Rathhauses (Berichterstatter: Dr. Forstreuter).
Liste für Granulose-Ambulatorien. Dr. Cohn 810

Seite.

Schutzmassregeln bei ansteckenden Krankheiten. Dr. Bredschneider 810
Ausbildung der Desinfektoren. Dr. Stumm 812
Ausserordentliche Versammlung des Mecklenburgischen Medizinalbeamten-Vereins am Sonnabend, den 26. April 1902 zu Güstrow (Berichterstatter: Dr. Viereck).
Besprechung der Neuerungen, betr. den Verkehr mit Arzneimitteln. Dr. Wilhelmi 841
Ueber das Meldewesen betr. Erkrankungen und Todesfälle an epidemischen Krankheiten in Mecklenburg-Schwerin. Dr. Havemann 841
Ueber das Kurpfuschereiwesen. Dr. Elfeldt 842
Ueber einen Fall abnorm verlängerter Schwangerschaft bei missgebildeter Frucht (Hemicephalus). Dr. Viereck . . 843
Ueber die Anmeldepflicht der approbirten Vertreter der Aerzte beim Kreisphysikus. Dr. Mulert 843
Ueber die neueren Methoden der Formalin-Desinfektion. Dr. Reuter 843
Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Hildesheim in Göttingen am 25. Oktober 1902 (Berichterstatter Dr. Becker)
Eröffnung der Versammlung 873
Ueber Untersuchung und Begutachtung von Trinkwasser mit besonderer Berücksichtigung der Typhusübertragung. Dr. Reichenbach 873
Die Gefahren des freien und beaufsichtigten Verkehrs von Lungenkranken in den Gasthöfen und Privathäusern der Harzkurorte für die öffentliche Gesundheit. Vorschläge zur Abwehr dieser Gefahren. Dr. Riehn, Landrath v. Doetinchem und Dr. Gerlach 875
Einrichtung einer Desinfektorenschule in Göttingen. Dr. Arbeit 879

Anhang.

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

Eröffnung der Versammlung 1
Geschäfts- und Kassenbericht 2
Der nothwendige Ausbau der preussischen Gesundheitsgesetzgebung auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung. Dr. Wodtke . . 5
Die Thätigkeit des Kreisarztes auf dem Gebiete der Schulhygiene und seine Stellung zu den Schulärzten. Dr. Berger 25
Vorstandswahl. Bericht der Kassenrevisoren 62
Ueber postmortale Verdauung. Dr. Hoffmann 63

Offizieller Bericht über die erste Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins.

Eröffnung der Versammlung 1
Geschäftsbericht 5
Berathung der Satzungen 6
Ueber die Bedeutung der Einwilligung der Patienten zu operativen Eingriffen. Referent: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Fritsch-Bonn 8
Ueber die forensische Bedeutung des normalen und pathologischen Rausches. Prof. Dr. A. Cramer 18
Ueber den jetzigen Stand des serodiagnostischen Verfahrens zur Unterscheidung der verschiedenen Arten von Blut, Milch u. s. w. Dr. Wolff-Stralsund 43
Wissenschaftliche und praktische Hygiene. Prof. Dr. Fränkel . . 58

Seite.
Vorstandswahl 84
Die Betheiligung der Medizinalbeamten bei der Wohnungsbeaufsichtigung. Dr. Pfannmüller 84
Errichtung einer Zentral-Auskunftsstelle über Kurpfuscher. Dr. Steinmetz 107
Satzungen nebst Geschäftsordnung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins 117
Mitgliederverzeichniss 122

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

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Mord durch Erwürgen und demnächstiges Aufhängen der Leiche. Prof. Dr. Wilhelmi (Ziemke) 18
Experimentelle Untersuchungen über Erfrieren. Dr. Ernst Giese (Ziemke) 18
Zwei Fälle von tödtlicher innerer Lysolvergiftung mit Betrachtungen über Lysolwirkung. Dr. Burgl (Waibel) 19
Sekretionsvorgänge in den Zellen der Plexus chorioidei nach Darreichung von Muskarin und Aether. A. Pettit und J. Girard (Mayer) 21
Ueber die Frühsymptome der progressiven Paralyse. Prof. Dr. E. E. Moracsik (Pollitz) 74
Ueber transitorische postepileptische Geistesstörung. Dr. Kellner (Pollitz) 74
Nervenerkrankungen und Schwangerschaft. Dr. Liugi--Mongeri (Pollitz) 74
Ueber die Wechselbeziehungen der körperlichen und psychischen Störungen bei Hysterie. Dr. Paul Tesdorpf (Waibel) 76
Ehescheidung bei industrirtem Irresein. Dr. Ernst Kalmus (Pollitz) . 76
Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonderes zu beachten. Prof. Dr. A. Hoche (Pollitz) 76
Ueber öffentliche Trinkerfürsorge. Dr. Schäfer (Pollitz) 77
Ueber die ärztliche Behandlung der Trunksucht. J. Wahlschmidt (Brummund) 78
Ueber Leichenverbrennung und ihre Beziehung zur Verheimlichung von Verbrechen. Fr. L. Hoffmann (Mayer) 167
Tod durch Elektrizität. Lebrun (Mayer) 167
Ein Fall von Lufteintritt in die Venen des puerperalen Uterus mit tödtlichem Ausgang. Dr. Fritz Sengler (Waibel) 169
Ueber die anatomischen Befunde beim Tode durch Erdrosseln und durch Erhängen. Dr. Fritz Reuter (Hoffmann) 167
Ueber bemerkenswerthe Selbstbeschädigungsversuche. Dr. Max Edel (Räuber) 170
Ueber Pancreasblutungen und ihre Beziehungen zum plötzlichen Tode. Prof. Dr. Kratter (Ziemke) 189
Ueber den diagnostischen Werth der flüssigen Blutbeschaffenheit bei plötzlichem Erstickungstod und über den Werth der Lacassagne-Martin'schen „docimasie hépatique". Prof. Dr. Wacholz (Ziemke) 189
Zur praktischen Verwerthung der Sero-Diagnostik des menschlichen Blutes. Dr. Corin (Ziemke) 190
Der Todtschlag bei R . . ., Untersuchung auf Blut und Haare. Dr. Haase (Ziemke) 190
Aenderungen des Blutes nach dem Biss giftiger Schlangen. B. Auché und L. Vaillant (Mayer) 190
Ueber eine Kontraktur des Blasenschliessmuskels. Dr. Courstade und J. F. Guyon (Mayer) 190

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

Seite.

Ueber die „unterbrochene Fehlgeburt". Dr. Oskar Schaeffer (Hoffmann) 191
Deckung eines Erinnerungsdefektes durch Halluzinationen. Dr. Möncke-möller (Ziemke) 192
Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie. Dr. O. Kaiser (Pollitz) 192
Statistischer Beitrag zur Kenntniss der progressiven Paralyse. Dr. Adolf Hoppe (Pollitz) 192
Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Dr. P. Näcke (Pollitz) 192
Der Arzt vor Gericht. Dr. A. Kühner (Hoffmann) 347
Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Leichenfauna. Dr. Ritter von Niezabitowski (Ziemke) 348
Beiträge zur gerichtlichen Toxikologie. Von Prof. Dr. Kratter (Ziemke) 348
Ueber das Vorkommen von Arsen in menschlichen Organen und seinen Nachweis auf biologischem Wege. Prof. Dr. E. Ziemke (Autoreferat) 349
Zwei Gutachten von Schwefel-Kohlenstoff-Vergiftungen. Dr. J. Lowinsky (Stolper) 349
Vergiftung durch Akonit. W. S. Magill (Mayer) 349
Folgen nach Gebrauch eines sogenannten unschädlichen Haarfärbemittels. Dr. Josef Schütz (Stolper) 350
Zur Paraphenylendiaminvergiftung. J. V. Laborde und Meillère (Mayer) 351
Lungengangrän nach Aspiration einer Kornähre. Dr. Schlechtendal (Waibel) 351
Eine neue Lungenprobe. Dr. Placzek (Waibel) 352
Ueber die Werthigkeit der einzelnen Symptome und Zeichen der beginnenden Schwangerschaft. Dr. Ferdin. Schenk (Glogowski) . 353
Beeinflussung der Schnelligkeit der Blutgerinnung durch eine Wunde. M. Arthur (Mayer) 354
Zur gerichtsärztlichen Bedeutung der Nervenreizmittel. Dr. Ar. P. Grinnel (Mayer) 355
Die Frage nach der verminderten Zurechnungsfähigkeit, ihre Entwickelung und ihr gegenwärtiger Standpunkt und eigene Beobachtungen. Dr. Frh. v. Schrenck-Notzing (Rost) 356
Ein Fall reflexoiden Handelns. Dr. Max Pollak (Rost) 358
Ueber überflüssige Sektionen. Dr. Hermann Kornfeld (Rost) . . . 478
Eine neue praktische Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut. Dr. J. Butza (Mayer) 478
Ein neues Verfahren, ein Serum zu erhalten und zu konserviren, das menschliches Blutserum präzipitirt. Maurice Arthus und Paul Vansteenberghe (Mayer) 479
Fünf Fälle von tödtlichen Schädelbasisbrüchen. Dr. med. Hoffmann (Autoreferat) 479
Eine Vergiftung mit Mohnfrüchten. M. L. F. van Ledden-Husebosch (Rost) 480
Zur Pychopathologie der Neurasthenie. Dr. A. Pick (Pollitz) 480
Beitrag zur Kenntniss der induzirten Psychosen. Dr. O. Kölpin (Pollitz) 481
Zur Kenntniss der psychischen Erkrankungen durch Bleivergiftung. Dr. F. Quensel (Pollitz) 481
Psychiatrie und Strafrechtspflege. Dr. Frank (Pollitz) 481
Ablehnung einer Entmündigung. Dr. H. Kornfeld (Pollitz) 482
Die akute Morphiumvergiftung in gerichtlich-medizinischer Beziehung. (Rump) 660
Ein Fall von Vergiftung durch Kalium bichromat. Victor Audibert (Mayer) 661
Zwei Fälle von Laparotomie wegen spontaner Uterusruptur bei der Entbindung. Törngren (Walther) 662
Ueber Uterusrupturen in Narben. Peham (Walther) 662
Die abdominelle Totalextirpation bei kompleter Uterusruptur. Amann (Walther) 662
Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur. Franqué (Walther) 663

Seite.

Totale Umstülpung der Gebärmutter bei normal verlaufener Geburt. Dr. Müller (Rpd.) 664
Ueber das Vorkommen von Fremdkörpern im Uterus. Dr. Hermann Fürth (Waibel) 664
Die Verletzungen des Darmkanals in gerichtsärztlicher Beziehung. Dr. Richter (Rump) 665
Ueber Verletzungen der Brust, speziell des Herzens. Dr. Wetzel (Waibel) 666
Ergänzende Worte zu meinen Aufsätzen über den Shock. Dr. P. Seliger (Glogowski) 667
Ein Fall von „induzirtem Irresein". Dr. Hoffmann (Autoreferat) . . 668
Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Dr. L. W. Weber (Pollitz) 668
Ueber Gedächtnisstörung in zwei Fällen von organischer Gehirnkrankheit. Paul Nitsche (Pollitz) 669
Ueber chronische Manie. Dr. Ernst Siefert (Pollitz) 669
Ein Fall von Querulantenwahn. Dr. Hoppe (Pollitz) 669
Zur Kasuistik der Geistesstörungen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Dr. Luther (Pollitz) 670
Mordthaten von Geisteskranken. Dr. P. H. Simon Thomas (Ziemke) . 670
Kasuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. Dr. E. Meyer (Ziemke) 670
Die rechtliche Stellung des Arztes und seine Pflicht zur Verschwiegenheit im Beruf. Fromme (Rpd.) 671
Zur Frage der Verwerthbarkeit der Lungenschwimmprobe bei Keimgehalt der Uterushöhle. Prof. Dr. E. Ungar (Rpd.) 746
Zur künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge; modifizirte Technik der Metreuryse und ihre Erfolge. Pape (Walther 747
Vorsätzliche Kindestödtung (Kindsmord) durch Erdrosselung mit der Nabelschnur; verschieden gedeutete Bedeutung ausgedehnter Blutergüsse am Kopf. Dr. Borntraeger (Ziemke) 748
Kindesmord oder Kindessturz. Dr. Koh (Ziemke) 748
Experimentelle Herzverletzung und Hämatoperikard. Dr. Placzek (Ziemke) 749
Zur Kenntniss der Herzbeuteltamponade. Dr. Max Richter (Ziemke) 749
Experimentell gesetzte Verletzungen des Magens medullären Ursprungs. Raphael Dubois (Mayer) 749
Ueber Gewöhnung an Morphin. Experimentelle Studien. Mavrojannis (Mayer) 749
Experimentelles zur Lehre von der Kohlenoxydvergiftung. Prof. Dr. L. Wachholz und Dr. J. Lemberger (Ziemke) 750
Selbstmord durch Kohlenoxydvergiftung. Prof Dr. L. Wachholz (Ziemke) 750
Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Benagung der Leichen durch Insekten. Dr. St. v. Horoszkiewicz (Ziemke) 750
Beitrag zur Würdigung der forensischen Leberzuckeruntersuchung. Dr. L. Strohe (Ziemke) 751
Fixirung von Blutpräparaten durch Chloroform. O. Josué (Mayer) . . 751
Wirkung des Harns auf Haemoglobin. Jean Camus und Pagniez (Mayer) 751
Zur Frage der Technik bei der Untersuchung von Blut und Samenflecken in gerichtlich-medizinischen Fällen. Dr. Grigorjew (Ziemke) . 751
Aus der gerichtsärztlichen Praxis; Todtschlag, verübt im Zustande der Trunkenheit. Dr Axel Wilhelmi (Ziemke). 752
Die durch Kopfverletzungen entstandenen Geistesstörungen. Dr. Troeger (Rump) 754
Kann ein Arzt die Behandlung eines Kranken ablehnen? (Mayer) . . . 754
Ueber Sanerampfervergiftung bei Kindern. Dr. Konrad Schweizer (Hoffmann) 843
Kaiserschnitt an einer Verstorbenen mit günstigem Erfolg für das Kind. Dr. Jungeblodt (Zülch) 844
Ein Fall von Menstruatio praecox. Dr. Otto Stoemer (Waibel). . . 844

Seite.

Ueber traumatische Herzklappen- und Aortenzerreissung. Prof. Dr. M. B. Schmidt (Waibel) 845
Ueber Alkoholismus und Kriminalität. F. Oertel (Kornalewski) . . 847
Untersuchungen über den forensisch-praktischen Werth der serumdiagnostischen Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut. Dr. Yanamatsu Okamoto (Ziemke) 879
Untersuchungen über den osmotischen Druck und die spezifische elektrische Leitfähigkeit des Blutes bei der gerichtsärztlichen Diagnose des Ertrinkungstodes und bei der Fäulniss. Dr. M. Carrara (Ziemke) 879
Gehirnblutung bei einem Erhängten. Dr. K. Reuter (Ziemke) . . . 880
Ueber plötzlichen Tod durch Verblutung sub coitu. Dr. O. Mennicke (Ziemke) 880
Ueber Verletzungen des Kindes durch Spontangeburt. Dr. Dörner (Ziemke) 880
Ueber die neue Lungenprobe. Prof. Dr. Wachholz (Waibel) . . . 881
Zur akuten Formalinvergiftung. Dr. Gerlach (Waibel) 882
Beitrag zur Aetiologie der periodischen Psychosen. Dr. Clemens Neisser (Pollitz) 882
Zur Lehre von den akuten halluzinatorischen Psychosen. Dr. A. Pobiedin (Pollitz) 882
Zur Kenntniss der polyneuritischen Psychose. Dr. F. Chotzen (Pollitz) 883
Ueber Hypochondrie. Dr. Raecke (Pollitz) 883

B. Sachverständigen-Thätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

A. Gutachten und Referate.

Paranoia (Querulantenwahn) nach Trauma. Dr. Meyen (Autoreferat) 358
Kritik der sogenannten traumatischen Syringomyelie. Dr. Rob. Kienböck (Stolper) 359
Syringomyelie — Gelenkerkrankung — Trauma. Dr. Stolper (Autoreferat) 359
Ueber Varicen als Unfallsfolgen. Dr. Schwarze (Stolper) 360
Ohrenerkrankungen und Lebensversicherung. Dr. H. Burger (Rudloff) 360
Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer tötlich verlaufenen Lungenentzündung und einem Unfalle (Sturz in eine Baugrube aus einer Höne von etwa 1 m, Aufschlagen mit der Brust auf eine hölzerne Rinne). Obergutachten. Prof. Dr. C. Gerhardt 361
Tödtlich verlaufene Gehirnblutung, ob traumatisch (durch Hinfallen) oder spontan entstanden. Obergutachten. Pro. Dr. Benda 447
Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer sogenannten Pseudoleukämie und einem Unfalle (Sturz vom Wagen mit Aufschlagen des Hinterkopfs auf das Pflaster). Obergutachten. Prof. Dr. Fürbringer 547
Unter welchen Umständen kann eine äussere Verletzung als Ursache eines akuten Gelenkrheumatismus angesehen werden, sowie über die Aehnlichkeit zwischen den Erscheinungsformen eines akuten (echten) Gelenkrheumatismus und einer durch Blutvergiftung (sogen. pyämische Infektion) hervorgerufenen Gelenkentzündung. Obergutachten. Prof. Dr. Fürbringer 548
Traumatische Entstehung eines Schenkelbruchs. Obergutachten. Prof. Dr. Körte 618
In welcher Weise und in welchem Umfange wird die Arbeitsfähigkeit durch die Folgen eines Bruches der Lendenwirbelsäule nach längerer Zeit beeinträchtigt. Obergutachten. Prof. Dr. Schede . . . 618
Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer auf Osteomalazie zurückgeführten hochgradigen Krümmung der Wirbelsäule und einem Betriebsunfalle (Durchnässung des bei der Arbeit erhitzten Körpers durch 10 bis 30 Minuten dauernden Aufenthalt in einem plötzlich mit Regenwasser angefüllten Kanal). Obergutachten. Prof. Dr. Schede 621
Zur traumatischen Entstehung der Zuckerharnruhr. Dr. Dugge (Stolper) 672

Seite.

Trauma und Plattfuss. Dr. Kirsch (Stolper) 673
Zur Frage der traumatischen Hernien. Dr. Leop. Renner (Glogowski) 673
Berechtigt Hysterie nach unerheblichen äusseren Verletzungen bei der Arbeit zur Unfallrente? Dr. Kornfeld (Stolper) 673
Der Nachweis der Simulation und Uebertreibung. Dr. E. Kirsch (Stolper) 674
Ob durch einen Unfall (Verstauchung eines Fussgelenkes) eine die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Verschlimmerung einer Veranlagung zur Gicht herbeigeführt worden ist. Obergutachten. Prof. Dr. Ebstein 675
Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer schweren Erkrankung einer Hand, die in Folge davon abgesetzt werden musste, und einer landwirthschaftlichen Beschäftigung (Haferbinden). Obergutachten. Dr. Wendel 813
Ob und inwiefern der bei der Betriebsarbeit (Schlagen mit Treibfäustel) plötzlich eingetretene Tod an Herzlähmung mit dieser Arbeit in ursächlichem Zusammenhange steht. Obergutachten. Prof. Schulze und Prof. Schmidt 815
Zur Kasuistik der traumatischen Pneumonie. Dr. Schild (Waibel). . 884
Ueber traumatische Nephritis. Dr. H. Curschmann jun. (Waibel) . 885

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

1901. 1. Juni u. 19. Sept.: Hülflosigkeit im Sinne des §. 9 Abs. 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes 173
„ 20. Sept.: Verlust einer grossen Zehe verursacht keinen wirthschaftlich messbaren und nennenswerthen Schaden an der Erwerbsfähigkeit 80
„ 24. „ : Gebärmuttervorfall und Betriebsunfall 78
„ 26. „ : Die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges der Krankheit (Lungenentzündung) mit einem Betriebsunfall genügt nicht, um einen Rentenanspruch zu begründen 79
„ 2. Okt.: Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des Nagelgliedes des rechten Daumens. Herabsetzung um 5% ist zulässig 172
„ 2. „ : Ursächlicher Zusammenhang zwischen tödtlicher Krankheit (Blutvergiftung) u. Unfall (linksseitiger Knöchelbruch) 172
„ 4. „ : Ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Herzleiden 193
„ 14. „ : Verlust der 2. und 3. linken Zehe bedingt keine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit in abmessbarem Grade 172
„ 26. „ : Die berufsgenossenschaftlichen Organe brauchen den Berechtigten die für die Feststellung der Entschädigung massgebenden ärztlichen Gutachten nicht vollständig, sondern nur ihrem für die Entschliessung wesentlichen Inhalte nach mitzutheilen (Bescheid des Reichs-Versicherungsamts) 171
„ 28. „ : Keine Erwerbsverminderung bei einem Schmied durch Verlust des Endgliedes des rechten Zeigefingers . . 362
„ 16. Nov.: Zeitdauer zur vollständigen Gewöhnung an den Verlust eines Fingergliedes 362
„ 18. „ : Grad der Erwerbsverminderung bei einem Brikettformer durch Verlust eines Auges 363
„ 6. Dez.: Tod in Folge Lungenentzündung; kein ursächlicher Zusammenhang mit einem Betriebsunfalle 445
„ 9. „ : Herabsetzung der Rente in Folge von Angewöhnung . 445

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

Seite.

1901. 10. Dez.: Bei der Prüfung der Frage, ob Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt, sind auch solche Arbeiten in Betracht zu ziehen, die zwar bei Ausserachtlassen der erforderlichen Vorsicht oder in Folge anderer besonderer zufälliger Umstände die Gesundheit des Versicherten schädigen können, mit einer unmittbaren Gefahr für seinen Körperzustand aber nicht verbunden sind 555

„ 31. „ : Mitwirkung der Aerzte bei Feststellung des Masses der Erwerbsunfähigkeit in Unfall- und Invalidenrentenangelegenheiten (Rundschreiben des Präsidenten des Reichsversicherungsamts) 171

1902. 3. Jan.: Grad der Erwerbsverminderung nach Heilung eines Bruches des rechten Schlüsselbeins, einer Quetschung des rechten Unterschenkels und der linken Brustseite mit Infraktion der 7. Rippe 346

„ 28. „ : Zellgewebsentzündung und Unfall 550

„ 10. Febr.: Verlust der grossen Zehe. Grad der Erwerbsverminderung 676

„ 11. März: Ein Blinder ist im Sinne des §. 9 Abs. 8 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes „derartig hülflos, dass er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann“ 550

„ 18. „ : Der Durchschnittsverdienst eines nur auf seine Körperkraft und die gewöhnlichen Arbeiten angewiesenen gesunden Tagearbeiters bildet den niedrigsten zulässigen Betrag 553

„ 21 „ : Unfall durch Blitzschlag nach der besonderen Lage des Einzelfalles als Betriebsunfall anerkannt 551

„ 6. Mai: Zusammenhang von Verletzungen auf Reisen zu Heilungs- und Untersuchungszwecken mit dem Betriebsunfalle, welcher die Reise veranlasst hat 820

„ 26. „ : Unfall und Neurasthenie 820

„ 28. „ : Zur Anwendung des §. 22 des Invalidenversicherungsgesetzes, insbesondere gegenüber einer mit einem Weichselzopfe behafteten Versicherten, die sich weigert, dieses abschneiden zu lassen 552

„ 10. Juni: Zusammenhang des tuberkulösen Leidens mit dem Unfall ist nicht bewiesen. Für die Unterstellung, dass Kläger im Krankenhause infizirt wurde, fehlt jeder thatsächliche Anhalt 817

„ 25. „ : Mehrere Unfälle, welche nacheinander denselben Körpertheil betroffen haben, dürfen nicht nach ihren Gesammteinfluss auf die Erwerbsfähigkeit des Verletzten mit einer Gesammtrente entschädigt werden. Die durch den weiteren Unfall eingetretene Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit ist völlig selbstständig zu beurtheilen und zu schätzen 817

„ 28. „ : Eine Veränderung in den für die Feststellung der Entschädigung massgebend gewesenen Verhältnissen im Sinne des §. 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes liegt nur dann vor, wenn die Veränderung in dem durch den Unfall herbeigeführten Zustand eintritt und auf den Unfall zurückzuführen ist. Anwendung dieses Grundsatzes auf Augenleiden . . . 818

„ 16. Sept.: Geisteskrankheit und Unfall. Die Beweispflicht, dass die bestehende Beschränkung der Erwerbsfähigkeit mit einem Betriebsunfall in ursächlichem Zusammenhange steht, liegt nicht der Berufsgenossenschaft, sondern dem Kläger ob 886

„ 19. „ : Tod an tuberkulöser Gehirnhautentzündung und ursächlicher Zusammenhang mit Unfall (Quetschung des Unterschenkels mit nachfolgender Knochentuberkulose) 887

Seite.

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

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte (Referirt von Rost):
Bakteriologische Untersuchungen über Pest. Prof. Dr. Kossel und Dr. Overbeck 22
Ueber das Vorkommen der Pest bei den Schiffsratten und seine epidemiologische Bedeutung. Dr. Kossel und Dr. Nocht . . . 22
Ueber eine bei Ratten vorkommende Seuche. Dr. Claus Schilling 23
Eine Milzbrandinfektion durch Ziegenhaare. Dr. L. Heim . . . 24
Weitere Untersuchungen zu dem im §. 2,1 der Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 28. Januar 1899 für Rosshaarspinnereien u. s. w. vorgeschriebenen Desinfektionsverfahren mittelst Wasserdampf. Dr. P. Musehold 24
Die Zersetzung der Nitrate durch die Bakterien. Dr. Alb. Maassen 24
Ueber den Einfluss des Natronsalpeters auf den Stoffwechsel des Hundes. Dr. E. Rost 25
Zur Kenntniss des Stoffwechsels wachsender Hunde. Dr. E. Rost 25
Die Erfolge der Freiluftbehandlung bei Lungenschwindsucht. Dr. Engelmann 26
Mittheilungen aus den deutschen Schutzgebieten. Bericht über das Vorkommen der Framboesie und des Ringwurms auf den Marschall-Inseln und auf Nauru. Dr. Bartels 27
Ueber die sanitätspolizeiliche Ueberwachung des Radelns, besonders bezüglich der Geschäftsdreiräder für halberwachsene junge Leute. Dr. med. Proells (Glogowski) 27
Wie erhalten und befestigen wir unsere Gesundheit. Hygienikus (Mayer) 28
Ueber gehäuftes Vorkommen von Anopheles in einer Gegend, aus der Malaria verschwunden ist. Dr. Etiennne Sergent (Mayer) . . 80
Ein Fall von Gangrän nach Scharlach. Dr. Seubert (Waibel) . . . 81
Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte (Referirt von Rost):
Gutachten, betreffend die Verunreinigung von Quellen im Innerstethale und der Innerste. Dr. Ohlmüller 81
Ergänzungs-Gutachten, betreffend die Verunreinigung der Innerste. Dr. Ohlmüller 82
Zur Frage der Erhitzung der Milch mit besonderer Berücksichtigung der Molkereien. Dr. Tjaden, F. Koske und Dr. M. Hertel 82
Ergebniss der Weinstatistik für 1899. Dr. G. Sontag 83
Ueber die desinfizirende Wirkung der Alkoholdämpfe. Dr. Seige 83
Die gewerbliche Methaemoglobinvergiftung und die Sauerstoffinhalation. Th. Somerfeld 84
Unfälle durch Diemthylsulfat. Dr. Leymann 84
Ueber die Desinfektion der von Phthisikern bewohnten Räume. Dr. D. Ottolenghi (Waibel) 83
Wirkung von mit Alaunbackpulver gebackenem Brode auf die Verdauung. E. E. Smith (Mayer) 83
Die ärztliche Feststellung der verschiedenen Formen des Schwachsinns. in den ersten Schuljahren. Dr. Laqueur (Blokusewski) . . . 85
Aerztliche Ueberwachung der Schulkinder und Schulgesetzgebung in gesundheitlicher Hinsicht, insbesondere in Bezug auf Ueberlastung der Lehrer und Schüler. Dr. Hankel und Dr. Goetz (Rpd.) . 85
Städtische bakteriologische Laboratorien. A. Mearns Fraser (Mayer) 88
Ueber die Dauer der Lebensfähigkeit von Krankheitserregern in der Form feinster Tröpfchen und Stäubchen. Dr. Fritz Kirstein (Martini) 195
Ueber ein neues Verfahren zum Nachweis von Typhusbazillen. Dr. von Drigalski und Dr. Conradi (Martini) 196
Das Agglutinationsphänomen. Dr. Fritz Köhler (Roepke) 197
Die Kontagiosität des Darmtyphus. Dr. Borntträger (Rpd.) . . . 199

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

Seite.

Untersuchungen über die Dauer des Schutzes der Schutzpockenimpfung. Dr. E. Pfeiffer (Rpd.) 201
Beiträge zur Kenntniss des Vaccine-Erregers. Dr v. Wasielewski (Rpd.) 202
Therapie mit spezifischem menschlichen Rekonvaleszentenblutserum bei akuten Infektionskrankheiten. Dr. Walger (Rpd.) 203
Ueber den Werth einer intraperitonealen Einverleibung von Pferdeserum im Verlaufe operativer Eingriffe am Unterleibe. Dr. Raymond Petit (Mayer) 203
Der jetzige Stand der Perlsucht- und Tuberkulosenfrage und ihrer praktischen Konsequenzen L. Fürst (Hoffmann) 204
Beitrag zur Kenntniss der Lungenphthise im Säuglingsalter (mit Kasuistik). Dr. Alex Quirin (Waibel) 204
Ueber Heilstätten und Tuberkulin-Behandlung in gegenseitiger Beziehung. Dr. Weicker (Räuber) 206
Heilstätten und Tuberkulinbehandlung in gegenseitiger Ergänzung. Dr. J. Petruschky (Räuber) 207
Massnahmen zur Ergänzung der durch Unterbringung in Heilstätten geübten Fürsorge für Lungenkranke. H. Gebhard (Räuber) . 208
Ruhe und Bewegung in der Phthiseotherapie. Dr. Naegelsbach (Räuber) 208
Ist die bei Tuberkulösen nach leichten Körperanstrengungen auftretende Temperatursteigerung als Fieber anzusehen? Dr. A. Ott (Räuber) 209
Was soll mit den armen Schwindsüchtigen geschehen? E. J. Barick (Mayer) 209
Milchgenuss und Tuberkulosesterblichkeit. Prof. Dr. Biedert und E. Biedert (Roepke) 209
Infektion und Autoinfektion. Prof. Dr. Wassermann (Wolff) . . . 363
Histologische und bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberosa-anästhetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems. Dr. Uhlenhuth und D. A. Westphal (Roepke) 364
Zur Frühdiagnose der Tuberkulose bei der versicherungspflichtigen Bevölkerung. Dr. Ernst Neisser (Roepke) 365
Untersuchungen mit dem für Ratten pathogenen Bacillus. B. Issatschenko (Lentz) 365
Virulente Diphtheriebazillen bei einfacher Rhinitis. Dr. R. O. Neumann (Lentz) 365
Die Ergebnisse der Neutralrothmethode zur Unterscheidung von Bact. typhi und coli. Dr. Alfred Wolff (Lentz) 366
Osteomyelitis und Phlegmone erzeugt durch den Bacillus pneumoniae. Dr. Friedrich Schlagenhaufer (Lentz) 366
Zur Tuberkulose im Kaltblüterorganismus. Dr. H. Herzog (Lentz) . 366
Zur Biologie der Gonokokken. Dr. H. Wildbolz (Lentz) 367
Ueber das Vorkommen der Tuberkelbazillen in der Budapester Marktbutter. Dr. Aladár Anjeszky (Lentz). 367
The etiology of acute dysentery in the United States. E. B. Vedder und C. W. Duval (Lentz) 367
Panophthalmia bovina carcinomatosa. Dr. O. Voges (Lentz) 367
Karzinom in Schweden. U. Quensel (Mayer) 367
Zur Lehre des Gewebes und der Ursache der Krebsgeschwülste. Dr. Feinberg Roepke) 268
Ueber Zurückbleiben in der Entwickelung nach experimentell gesetzten Schilddrüsenveränderungen. Roger und Garnier (Mayer) . . 368
Zur Vorbeugung des Kindbettfiebers. Dr. Fred H. Morison (Mayer) . 369
Ueber die Einführung ständiger Krankenhäuser in unsere Miethswohnungen. Dr. E. Roth (Roepke) 370
Schulärztliche Untersuchungen in Stadt und Bezirk Kannstatt. Dr. Blezinger (Rpd.) 370
Die Resistenz der Ratten und der Insekten gegen Kohlensäure und gegen schweflige Säure. J. P. Langlois und A. Loir (Mayer) 482
Ueber Pfeilgifte aus Deutsch-Ost-Afrika. L. Brieger (Räuber) . . . 483
Zur Kasuistik der Pneumonomykosis aspergillina hominis. Dr. Gottfried von Ritter (Glogowski) 483

Seite.

Die epidemische Genickstarre im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin, im Besonderen in Rostock im Jahre 1897. Dr. Hoffmann (Räuber) 484
Verbreitung der Tollwuth im Deutschen Reiche im Jahre 1900 . . . 484
Ergebnisse der Tollwuth-Schutzimpfung 485
Einiges über die Wasserversorgung von Schulen nebst Bemerkungen über ein neues Wasserfilter. Dr. Edmund Strössner (Glogowski) 485
Zum Kapitel der Zähne und Zahnpflege bei den Schulkindern. Dr. Berthold Gutenberg (Glogowski) 486
Die Schwerhörigen in der Schule. Dr. Arthur Hartmann (Glogowski) 487
Gesetz und Heilkunde vom Standpunkte des Juristen. A. H. Dailey (Mayer) 487
Zur wirthschaftlichen Lage des ärztlichen Standes (Rpd.) 488
Bericht über die im bakteriologischen und chemischen Laboratorium zu Tientsin in der Zeit vom 1. Oktober 1900 bis 1. März 1901 ausgeführten Arbeiten. Dr. Morgenroth und Dr. Bassenge (Räuber) 509
Zweiter Bericht aus dem bakteriologisch-chemischen Laboratorium des Ostasiatischen Expeditionskorps und der Besatzungsbrigade aus der Zeit vom 1. März 1901 bis 30. September 1901. Dr. Morgenroth und Dr. Eckert (Räuber) 509
Varizellen mit abnormer Entwicklung des Exanthems. Dr. Rudolf von Hoeslin (Waibel) 510
Kasuistischer Beitrag zur Vaccine-Uebertragung. Dr. Werner (Offenberg) 510
Mikroskopische Gonokokkenbefunde bei alten und bei gefangenen Prostituirten. Dr. Lochte (Offenberg) 511
Beitrag zur Lehre von den Syphilisbazillen. Dr. M. Joseph und Dr. Piorkowski (Räuber) 511
Das Streptokokken-Gift. Dr. Alexander Marmorek (Räuber) . . . 512
Die Art-Einheit der für den Menschen pathogenen Streptokokken. Dr. Alexander Marmorek (Räuber) 512
Purpura haemorrhagica bei Genitaltuberkulose. Dr. Gossner (Waibel) 513
Ueber die Entstehung einer Typhusepidemie beim Füsilier-Bataillon des Grenadier-Regiments „Prinz Carl“ Nr. 11 in Frankfurt a. O. im Kaisermanöver 1895. Prof. E. Wernicke (Räuber) 513
Giftfreie Zündhölzer und der augenblickliche Stand der Weissphosphorverbotsfrage. Lüdeman (Rost) 514
Zur Hygiene der in Zündholzfabriken beschäftigten Arbeiter. Dr. F. Röpke (Rost) 515
Die Gesundheitsgefahren des Metallschleifergewerbes und ihre Verhütung. Dr. Moritz und Dr. Röpke (Rost) 516
Hautkrankheiten in der elektrochemischen Industrie. Dr. Hencke (Rost) 516
Besteht in Flaschenkapselfabriken die Gefahr einer Bleivergiftung? Dr. Henke (Rost) 517
Gutachten des K. K. Obersten Sanitätsrathes, betr. die sanitätspolizeiliche Regelung des Gewerbes der Bettfederreinigung. Dr. Max Gruber (Rost) 517
Ueber das Verfahren zum Nachweis von Pferdefleisch. Dr. Nötel (Martini) 518
Zur Aetiologie der sogenannten Fleischvergiftung. Prof. Dr. Bernhard Fischer (Martini) 519
Die Verwendung von Konservirungs- und Färbemitteln zur Haltbarmachung und Färbung von Nahrungs- und Genussmitteln (Rpd.) 521
Ueber die Verwendung schwefligsaurer Salze als Konservirungsmittel für Hackfleisch. Prof. Dr. Ostertag (Stolper) 521
Die Unzulässigkeit des schwefligsauren Natrons (Präservesalz) zur Konservirung. Prof. H. Kionka (Stolper) 521
Einige Bemerkungen über den Bau tropischer Irrenanstalten. P. C. J. van Brero (Pollitz) 522
Das Berufsgeheimniss des Pflegepersonals. Dr. Haberkant (Rpd.) . 522
Ueber Krankheiten und ihre Vorbeugung. Dr. Strachau (Ohlemann) 523
Nachweisung der auf Grund des Gesetzes vom 16. September 1899 errichteten Gesundheitskommissionen 524

Seite

Ueber die diagnostische Bedeutung des alten Tuberkulins. Dr. Baudelier (Roepke) 555
Die Serumdiagnose bei der Lungentuberkulose. Dr. Franzesko de Gracia (Räuber) 556
Infektiosität des Nagelschmutzes bei Kindern in Bezug auf Tuberkulose. Dr. Kornel Preisich (Räuber) 556
Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut und ihre Beziehungen zu den inneren Organen. Dr. O. v. Petersen (Räuber) 557
Ueber die Genese der Lungentuberkulose. Prof. Dr. Ribbert (Roepke) 557
Ueber einen Fall von Impftuberkulose eines Schlachthausarbeiters durch tuberkulöse Organe eines Rindes. Dr. Paul Krause (Waibel) . 558
Die Frage nach der Identität der Menschen- und Thiertuberkulose. Prof. Dr. Disselhorst (Waibel) 559
Rindertuberkulose und öffentliche Gesundheitspflege. Salmon (Pfeiffer) 559
Ueber den Antheil, den die Milch an der Verbreitung der Tuberkulose nimmt, mit besonderen Untersuchungen über die Milch des Paduaner Marktes. Dr. C. Tanzig (Lentz) 560
Die Anzeigepflicht bei Tuberkulose, Prof. C. Fränkel (Roepke) . . 561
Die geschichtliche Entwicklung des Neugalenismus und die Lungentuberkulose im Lichte derselben. Dr. Bachmann (Roepke) . . . 562
Der Einfluss niederster, mit flüssiger Luft erhaltener Temperaturen auf die Virulenz der pathogenen Keime. Dr. C. M. Belli (Lentz) . 624
Ueber die Bedeutung des Danysz'schen Bacillus bei der Rattenvertilgung. Dr. Gottlieb Markl (Lentz) 625
Vergleichende Untersuchungen über den Bacillus Danysz und über einen neuen für Ratten pathogenen Mikroben. Max Grimm (Lentz) . 625
Der Smegmabacillus. Dr. A. Moeller (Lentz) 625
The etiological significance of Bacillus dysenteriae (Flexner) as tested by the agglutinative reaction with the serum of patients suffering from dysenterie symptoms. Alexander G. R. Foulerton (Lentz) 625
Zur Verbreitung der Amöbenenteritis. Dr. Ucke (Lentz) 626
Färbemethoden für Malariaparasiten. G. Giemsa (Lentz) 626
Uebertragungsversuche von Lepra auf Thiere. Dr. Y. Tashiro (Lentz) 626
Weitere Mittheilungen über die Verbreitung des Weichselzopfes. Dr. Otto Lentz (Autoreferat) 626
Der Alkohol als Händedesinfektionsmittel. R. Schaeffer (Räuber) . 627
Die Reinigung des Obstes vor dem Genusse. Dr. Bernhard Ehrlich (Lentz) 628
Uebersicht über die verschiedenen Arten der Reinigung städtischer Abwässer. Voss (Boretius) 629
Zur biologischen Reinigung städtischer Schmutzwässer C. Heuser (Boretius) 629
Ueber die Abwässerfrage. Prof. Dr. Kruse (Boretius) 630
Zur Bedeutung der Flussufer für die Selbstreinigungskraft der Flüsse. Dr. Bonne (Rpd.) 632
Ueber Immunisirung mit Immunsubstanzen. Dr. R. Kraus und Dr. Ph. Eisenberg (Lentz) 676
Zur Anstellung der Widal'schen Reaktion. Dr. F. Pröscher (Lentz) . 677
Das Wachsthum der zwischen Bacterium typhi und coli stehenden Spaltpilze auf dem v. Drigalski-Conradi'schen Agarboden. Dr. Heinrich Kaiser (Lentz) 677
Untersuchungen über das Vorkommen des Bacterium coli in Teig, Mehl und Getreide, nebst einigen Bemerkungen über die Bedeutung des Bacterium coli als Indicator für Verunreinigung von Wasser mit Fäkalien. Dr. J. Papasotiriu (Lentz) 678
The Duration of the Life of the Tubercle Bacillus in Cheese. F. C. Harrison (Lentz) 678
Zelleinschlüsse, Zellentartungen und endozelluläre Parasiten bei bösartigen Geschwülsten. Prof. Francesco Sanfelice (Lentz) . . 678
Beitrag zur Kenntniss des Erregers der menschlichen Aktinomykose. Dr. Doepke (Waibel) 679

Systematische Untersuchungen über die Angreifbarkeit des Bleies durch das Wasser. Dr. Stanislav Ruzicka (Lentz) 679
Gutachten der von dem Stuttgarter ärztlichen Verein zur Bearbeitung der Schularztfrage eingesetzten Kommission. Dr. Weinberg . 680
Die Untersuchung der Schulkinder durch den Gesundheitsbeamten. Dr. J. H. Crocker (Mayer) 682
Schule und Infektionskrankheiten. J. M. Martin (Mayer) 683
Studie über „Schulkopfweh". Prof. Dr. Axel Holst (Lentz) 683
Die Reinigung der Schulzimmer. Alexander Bennstein (Glogowski) . 684
Schulküchen-Unterricht in Christiania 1895—1900. Dr. Heine (Glogowski) 684
Der neue Adler-Bücherhalter und seine Verwendung in Schulen. Adolf Koch (Glogowski) 685
Ueber Pest. Prof. Dr. Kolle und Dr. Martini (Beck) 755
Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte (Referirt von Rost):
Versuche über Infektion durch kutane Impfung bei Thieren. Dr. E. Fritsche 783
Die biologische Methode Gosio's zum Nachweis des Arsens und die Bildung organischer Arsen-, Selen- und Tellur-Verbindungen durch Schimmelpilze und Bakterien. Dr. Albert Maassen . . 783
Die Behandlung des Trinkwassers mit Ozon. Dr. Ohlmüller und Dr. F. Prall 784
Beitrag zur Kenntniss der Nährböden für die Bestimmung der Keimzahl im Wasser. Dr. Fr. Prall 785
Ueber die Einwirkung gasförmiger Blausäure auf frische Früchte. Dr. H. Schmidt 785
Ueber die Wirkungen der Borsäure und des Borax auf den thierischen und menschlichen Körper, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verwendung zum Konserviren von Nahrungsmitteln. Dr. E. Rost 786
Ueber die Wirkung der Borsäure auf den Stoffwechsel des Menschen. Prof. Dr. Rubner 786
Ueber den Einfluss des Borax auf den Stoffwechsel des Menschen. R. O. Neumann 787
Ueber den Einfluss der Borsäure auf die Ausnutzung der Nahrung. Prof. Dr. A. Heffter 787
Ueber die quantitative Untersuchung des Ablaufs der Borsäureausscheidung aus dem menschlichen Körper. Dr. G. Sonntag . 787
Ueber die Labgerinnung der Kuhmilch unter dem Einfluss von Borpräparaten und anderen chemischen Stoffen. A. Weitzel . . 787
Ueber den Borsäuregehalt von frischen und geräucherten Schweineschinken nach längerer Aufbewahrung in Boraxpulver oder pulverisirter Borsäure. Dr. Edmund Polenske 788
Ueber die chronische Sulfitvergiftung. Prof. Dr. Kionka (Martini) . 788
Ueber die Berechtigung des Bundesrathsbeschlusses vom 18. Februar 1902 bezüglich des Beschlusses der schwefligen Säure und ihrer Salze. Dr. Arthur Schulz (Rpd.) 789
Die Ergebnisse des Impfgeschäfts im Deutschen Reiche für das Jahr 1899. Dr. Kälble (Rost) 790
Die Assanirung von Wien. Kortz, Schneider, Goldermund, Dr. Grünberg und Dr. Freund (Pfeiffer) 793
Anwendungskreis und Resultate der neuen, von mir modifizirten Pappenheim'schen Färbungsmethode (Methylgrün und Pyronin-Methode). P. G. Unna (Hoffmann) 848
Physiologische Wirkung des Erdbeerenextraktes. Wirkung auf Blutdruck, auf Blutgerinnung und agglutinirende Wirkung. E. Gley (Mayer) 848
Eine Typhusepidemie in Hamar (Mayer) 849
Ueber sporadische Typhusfälle. Mac Martin Cameron (Mayer) . . . 849
Die Aetiologie des Typhoid. Dr. Thomas Cherry (Mayer) 849
Antheil des Grundwassers an der Typhusverbreitung. Edgar D. Wellburn (Mayer) 850
Zur Widal'schen Reaktion bei Abdominaltyphus. P. J. Cammidge 850

Seite.

Eine lokalisirte Typhusepidemie, veranlasst durch Milchversorgung. W. Williams 851
Eine Milchepidemie von Typhus (zur Beleuchtung der Dauer der Ansteckungsfähigkeit). James Jamieson (Mayer) 851
Der Einfluss der Krankenhausisolirung auf den Scharlach. Dr. Kaye (Mayer) 851
Benutzung der Isolirhospitäler. Dr. Georg Reid (Mayer) 852
Ein Beitrag zur Krebsstatistik. Dr. Laspeyres (Boretius) 853
Die Krebstodesfälle in Italien. Dr. Friedr. Prinzing (Boretius) . . 853
Ueber Kindersterblichkeit. Dr. Fr. Hunton und Dr. F. H. Morison (Mayer) 854
Ueber Säuglingssterblichkeit und ihre Herabminderung mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Stadt Köln. Dr. P. Krautwig (Boretius) 854
Ueber Sterilisation von Säuglingsmilch bei möglichst niedrigen Temperaturen. Dr. Erwin Kobak (Räuber) 855
Vergleich des Nährstoffgebrauches im Deutschen Reiche mit dem in den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika. Dr. H. Sichtenfeld (Boretius) 856
Zur Wohnungsfrage in England (Referirt von Mayer):
a. Die private, spekulative Bauthätigkeit in Bezug auf Unterbringung der Armen. Dr. E. Gwynn 856
b. Die Erbauung von Häusern für die ärmsten Klassen. A. B. Mc. Donald 857
c. Die Wohnungsfrage (vom volkswirthschaftlichen Standpunkt). Wm. Smart 857
d. Die Anforderungen des Local Government Board an Wohnungen 858
e. Die Anwendung von Theil III des Arbeiterwohnungsgesetzes von 1890 859
Einige Versuche mit staubbindenden Fussbödenölen. Dr. Hans Reichenbach (Kister) 859
Selbstthätige Schutzvorrichtungen gegen aufsteigende Gruben und Kanalgase. Dr. A. Frey (Boretius) 860
Die Volksgärten im Kreise Gelsenkirchen. Stübben (Boretius) . . . 861
Zur Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen durch Credéisirung. Prof. G. Leopold (Räuber) 887
Die Erfolge der Credéisirung Neugeborener. Dr. Ernst Runge (Räuber) 888
Zur Biologie der Gonokokken. Dr. Thalmann (Lentz) 888
Ist die Gonnorhoe der Prostituirten heilbar. Dr. Thomas von Marschalkó (Räuber) 889
Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe. Dr. A. Blaschko (Räuber) . 889
Beitrag zur Lehre von den Syphilisbazillen. Dr. Joseph und Dr. Piorkowski (Lentz) 890
Zur Frage der Händedesinfektion. Dr. Karl Lauenstein (Waibel) . 890
Untersuchungen über die Wirkung des Sublamins (Quecksilber-Aethylendiamin) als Desinfektionsmittel. Dr. Blumberg (Waibel) . . 891
Versuche über die Wohnungsdesinfektion nach dem Verfahren von Krell-Elb. Dr. Ludwig Lange (Wolff) 892
Ueber die Grenze der praktischen Wirksamkeit der Desinfektion der Räume und über zwei besondere Apparate zu ihrer Ausführung. Experimental- Untersuchungen. Dr. C. Tonzig (Wolff) . . . 892
Ueber die Verfahren und Apparate zur Entwicklung von Formaldehyd für die Zwecke der Wohnungsdesinfektion. Dr. Eugen Mayer (Lentz) 893
Ueber die Verstärkung der Desinfektionswirkung des Formaldehyds durch allseitigen künstlichen Innenwind und über den Einfluss der Lufttemperatur auf die Desinfektionswirkung des Formaldehyds. Dr. Eugen Mayer und Dr. Heinrich Wolpert (Lentz) 893

IV. Besprechungen.[1])

Seite.
Ammon, von, Dr.: Sehprobentafel (Ohlemann) 253
Altschul, Dr. Theodor: Nutzen und Nachtheile der Körperübungen (Glogowski) 410
Assmann, W., Rohrecke, B. und Weyl, Dr.: Fortschritte der Strassenhygiene, Abhandlungen (Räuber) 289
Becker, Dr. Th.: Einführung in die Psychiatrie (Rump) 588
Böttger, Dr. H.: Die reichsgesetzlichen Bestimmungen über den Verkehr mit Arzneimitteln ausserhalb der Apotheken (Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901) (Rpd.) 687
Broesike, Dr. Gustav: Anatomischer Atlas des menschlichen Körpers mit besonderer Berücksichtigung der Topographie für Studirende und Aerzte bearbeitet (Röpke) 634
Buschka, v., Prof. Dr. K.: Die Nahrungsmittelgesetzgebung im Deutschen Reiche (Rpd.) 826
— Gesetz, betr. die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 (Rpd.) 826
Conrad, Prof. Dr., Elster, Dr., Lexis, Prof. Dr. und Loening, Prof. Dr.: Handwörterbuch der Staatswissenschaften (Rpd.) . . 131
Czaplewski, Dr.: Ueber die Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd in Köln (Räuber) 824
Deutscher Hebammen-Kalender 1902 (Blokusewski) . . . 29
Döllken, Dr. August: Die körperlichen Erscheinungen des Delirium tremens (Pollitz) 90
Dunbar, Prof. Dr. und Thumm, Dr. K.: Beitrag zum derzeitigen Stande der Abwässerreinigungsfrage mit besonderer Berücksichtigung der biologischen Reinigungsverfahren (Wolff) 406
Ebstein, Dr. und Schwalbe, Dr. S.: Handbuch der praktischen Medizin. (Rpd.) 130
Elkan, Dr. Sigmund: Hygiene u. Diätetik für Lungenkranke (Brummund) 90
Elster, s. Conrad.
Emmerich, Rudolf und Trillich, Heinr.: Anleitung zu hygienischen Untersuchungen (Röpke) 637
Fiedler, Dr. F.: Gesetz, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern vom 25. November 1901 (Röpke) 725
Fischer, B. und Hartwich, C.: Hager's Handbuch der pharmazeutischen Praxis (Rpd.) 183
Fischer, Dr. Max: Wirthschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge (Pollitz) 405
Forel, August, Prof., Dr. med., phil. et jur.: Der Hypnotismus und die suggestive Psychotherapie (Pollitz) 823
Freund, Dr. Leopold: Die Berufskrankheiten und ihre Verhütung mit besonderer Berücksichtigung der graphischen Gewerbe. Nebst einer Anleitung zur ersten Hülfeleistung bei plötzlichen Unglücksfällen (Räuber) 406
Gärtner, Prof. Dr. A.: Die Quellen in ihren Beziehungen zum Grundwasser und zum Typhus (Pfeiffer) 724
Gastpar, Dr. A.: Die Behandlung Geisteskranker vor ihrer Aufnahme in die Irrenanstalt (mit besonderer Berücksichtigung der amtlichen Fürsorge) (Pollitz) 589
Gewerbearchiv für das Deutsche Reich (Dietrich) 595
Grahn, E.: Die städtische Wasserversorgung im Deutschen Reiche sowie in einigen Nachbarländern (Rpd.) 723
Granier, Dr.: Die Badehülfe (Brummund) 29
Hartmann, Dr. Arthur: Die Krankheiten des Ohres und ihre Behandlung (Röpke) 634
Hartwich, s. Fischer.
Heimann, Dr. Ernst: Internat. Sehprobentafel für Kinder (Ohlemann) 252

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

Seite.
Hensgen, Dr.: Leitfaden für Desinfektoren (Offenberg) 591
Hess, Dr. Otto: Der Formaldehyd (Räuber) 592
Jacobson, Dr.: Leitfaden für die Revisionen der Drogen-, Gift- und Farbenhandlungen (Rpd.) 697
Janke, Otto: Grundriss der Schulhygiene (Glogowski) 410
Karpf, s. o. Prof. Dr. August: Flüssiges Schwefeldioxyd (Brummund) 63
Kirchner, Prof. Dr. Martin: Die wesentlichen Bestimmungen der Deutschen Prüfungsordnung für Aerzte vom 28. Mai 1901 (Röpke) 724
Kirstein, Dr. Fritz: Leitfaden für Desinfektoren (Räuber) 592
Knapp, Dr. Ludwig: Geburtshülfliche Diätetik für Aerzte und Studirende (Rump) 894
Kobert, Dr. med. H. U.: Das Wirbelthierblut in mikrokristallographischer Hinsicht (Hoffmann) 252
Koller, Dr. Theodor: Die Konservirung der Nahrungsmittel und die Konservirung in der Gährungstechnik (Brummund) 28
Kornfeld, Dr. Hermann: Die Entmündigung Geistesgestörter. Für Juristen und Sachverständige (Pollitz) 404
Kraft-Ebing, von: Psychosis menstrualis (Pollitz). 590
Krohne, Dr. C. und R. Uber: Die Strafanstalten und Gefängnisse in Preussen (Pollitz) 822
Kunkel, Prof. A. J.: Handbuch der Toxikologie (Hoffmann). . . . 634
Lehmann's medizinische Handatlanden. Weygandt, Dr. phil. et. med. Wilh.: Atlas und Grundriss der Psychiatrie (Pollitz) 253
— — Sobotta, Dr. J.: Atlas und Grundriss der Hystologie und mikroskopische Anatomie des Menschen. — Schäffer, Dr. Oskar: Atlas und Grundriss der gynäkologischen Operationslehre (Rpd.) . 686
Lehmann, Prof. Dr. K. B.: Die Methoden der praktischen Hygiene (Röpke) 757
Lesser, Prof. Dr.: Stereoskopischer Atlas der gerichtlichen Medizin (Rpd.) 685
Levis, Dr. Otto: Die Entmündigung Geisteskranker (Pollitz) . . . 132
digungsbeschlussverfahren gegen Geisteskranke u. Geistesschwache
Lexis, s. Conrad.
Leyden, von, Prof. Dr. E.: Verhütung der Tuberkulose (Roepke). . 593
Liebreich, Dr. Oskar und Langgaard, Dr. Alexander: Compendium der Arzneiverordnung (Röpke) 725
Löhning, s. Conrad.
Marpmann, Georg: Beitrage zur Trinkwasser-Untersuchung (Wolff) . 410
Meyer, Dr. George: Zur Organisation des Rettungswesens (Räuber) . 594
Meissner, Dr. Paul: Mikroskopische Technik der ärztlichen Sprechstunde (Rump) 894
Mott, F. W.: Vier Vorlesungen aus der allgemeinen Pathologie des Nervensystems (Wichmann) 405
Nussbaum, Prof. H. Chr.: Leitfaden der Hygiene für Techniker, Verwaltungsbeamte und Studirende dieser Fächer (Wolff) 686
Oehmke, Th.: Mittheilungen über die Luft in Versammlungssälen, Schulen u. s. w. (Brummund) 825
Ostertag, Prof. Dr. Rob.: Handbuch der Fleischbeschau (Rpd.) . . 826
Paul, Dr. Theodor: Entwurf zur einheitlichen Werthbestimmung chemischer Desinfektionsmittel (Brummund) 823
Pfister, Dr. Herm.: Strafrechtlich psychiatrische Gutachten als Beiträge zur gerichtlichen Psychiatrie für Juristen und Aerzte (Rump) 589
Prausnitz, Dr. W.: Grundzüge der Hygiene (Kister) 590
Preussisches Volksschularchiv (Dietrich) 597
Rapmund, Dr. O.: Kalender für Medizinalbeamte (Fielitz) 89
Röpke, Dr. Friedrich: Die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege (Ohlemann) 406
Rohleder, Dr. med. Hermann: Die Masturbation. Eine Monographie für Aerzte, Pädagogen und gebildete Eltern (Hoffmann) . . . 633
Rohrecke, s. Assmann.
Rohrscheidt, Kurt v.: Das Fleischbeschaugesetz vom 3. Juni 1903 (Dietrich) 894
Sanitätswesen des Preussischen Staates während der Jahre 1895, 1896 und 1897 (Räuber) 861

Seite.
Seel, Dr. Eugen: Gewinnung und Darstellung der wichtigsten Nahrungs- und Genussmittel (Rpd.) 798
Schäffer, Dr. Oskar: Atlas und Grundriss der gynäkologischen Operationslehre (Rpd.) 686
Schwalbe, s. Ebstein.
Sobotta, Dr. J: Atlas und Grundriss der Hystologie und mikroskopische Anatomie des Menschen (Rpd.) 686
Stier, Dr. Ewald: Ueber Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee (Pollitz) 404
Temperatur-Tabellen und Tagesberichte für Hebammen (Blokusewski) 30
Thumm, s. Dunbar.
Traugott, Dr. Richard: Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung (Wichmann) 405
Trillich, s. Emmerich.
Ueberholz, Dr.: Anleitung für den Unterricht zur Ausbildung von Desinfektoren (Offenberg) 592
Villaret, Dr. A.: Handwörterbuch der gesammten Medizin (Rpd.) . 130
Walther, Prof. Dr.: Die Krankheiten der Frauen (Blokusewski) . . 594
Westergaard, Haral: Die Lehre von der Mortalität und Morbilität (Rpd.) 722
Weygandt, Dr. phil. et med., Wilh.: Atlas und Grundriss der Psychiatrie (Pollitz) 263
Weyl, s. Assmann.

V. Tagesnachrichten.

Spezialitäten-Listen für den Verkehr mit Geheimmitteln 30
Aenderungen und Neuorganisation im medizinischen Unterricht . . . 30
Aerztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung (Bayerischer Landtag) . 30
Aerztetag in Königsberg 30, 334, 526
Konferenz des Vorstandes des Vereins für Arbeiter-Wohlfahrts-Einrichtung 31, 414
Berufsgenossenschaftliche Vertrauensärzte und ihre Stellung zu den Aerzten 31, 135
Preussische Arzneitaxe für 1902 32
Obergutachten der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen im Konitzer Mord 64, 134
Konferenz zur Regelung des Milchverkehrs in Berlin 64
XIV. internationaler medizinischer Kongress in Madrid . . 64, 599, 689, 863
Urtheil des Preuss. Kammergerichts über Weber's Alpenkräuterthee . . 64
Nachrichten über Pest 64, 136, 256 564, 692, 728, 796, 863
Petition der zur Verfügung gestellten Kreisärzte behufs Erhöhung ihres Wartegeldes 91
Gewerbliche Kinderarbeit ausserhalb der Fabriken 93
Aus dem Reichstage:
Feuerbestattung 94
Kinderschutz in gewerblichen Betrieben und in der Hausindustrie, Gesundheitsschutz der Arbeiter in den Zinkhütten und Zündhölzerfabriken 94
Frauenfrage 94
Medizinalreform 94
Apothekenwesen und Ausbildung der Apotheker 94
Neue Prüfungsordnung für die Thierärzte 94
Schutz des Genfer Neutralitätszeichens 134, 211
Freigabe unschädlicher Heilmittel 210
Aufhebung des Impfgesetzes 210
Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben 326
Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln 326
Süssstoffgesetz 490
Aus dem preussischen Landtage:
Feuerbestattung 95, 375
Besserstellung der Kreisthierärzte 188

Seite.

Einführung des Abiturientenexamens für das Studium der Thierarznei 133, 490, 526
Wohnungsinspektoren 133
Stempelsteuer für den Titel Sanitätsrath 134
Verbesserung der Wohnungsverhältnisse 134
Behandlung der medizinischen Sachverständigen vor Gericht unter Bezugnahme auf den Elberfelder Militärbefreiungsprozess . . 174
Krebsforschung 211, 373, 526, 795
Entwurf eines Gesetzes, betr. die den Medizinalbeamten für amtliche Verrichtungen zu gewährenden Gebühren . . 212, 326, 433
Wartegeld der zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten . . . 340
Ausführungsbestimmungen zum Reichs-Seuchengesetz 330
Umlagerecht der Aerztekammern 373
Bekämpfung des übertriebenen Alkoholgenusses 375, 452, 489
Regelung der Einkommenverhältnisse der Bezirks-Hebammen . . 325
Schlachtviehversicherung 412, 453
Todesfälle (Geh.-Rath Prof. v. Ziemssen) 95, (Prof. Dr. Hans Buchner) 291, (Rudolf Virchow) 689, (Dr. v. Gossler) 759, (Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Bockendahl) 694
Zulassung im Auslande geprüfter Apothekergehülfen 95
Rückzahlung der Stempelgebühr für den Titel Sanitätsrath 96
20. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden 96
Mehlzusatz zu Wurst 96
Dienstaufwandsentschädigung der preussischen Kreisärzte für chemische und bakteriologische Wasseruntersuchungen 134
Entwurf eines neuen Medizinalgesetzes im Braunschweigischen Landtage 134
XXXI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin . . 135
Familienpflege der Gemüthskranken 135
Neubearbeitete Apothekerordnung in Preussen 135
Entwurf eines Gesetzes zum Schutz der öffentlichen Gesundheit in Frankreich 135
Auftreten der Pocken in London 136, 256, 564, 691, 728
Ausführungsbestimmungen zum Fleischschaugesetz 174, 254, 411, 453, 489, 526, 689
Aus dem bayerischen Landtage 30, 176; homöopathischer Lehrstuhl. 490, 526
Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in München 176, 290, 727
Auswahl des zweiten Obduzenten bei gerichtlichen Leichenöffnungen . . 212
Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder in Weimar 212
Verein für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung 212
Ingenieurverein für Gesundheitswerke 212
Personalien (Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. Förster) 254, (Prof. Dr. Max Gruber) 563 635
Verbrennung von Pestleichen 254
Krebserreger 254
Jahresversammlung des Deutschen Zentralkomitees für Lungenheilstätten in Berlin 255, 332
74. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad 255, 597, 727
II. Internationale Konferenz für Prophylaxe der Syphilis und venerischen Krankheiten in Brüssel 255, 335
Verurtheilung wegen unbefugter Abgabe von Opium und dadurch herbeigeführter fahrlässiger Körperverletzung 255
III. Jahresversammlung des Allgemeinen deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege in Weimar 290
Jahresversammlung des Württembergischen Medizinalbeamten-Vereins in Stuttgart 291, 336
Errichtung eines Pettenkofer-Denkmals in München 291
Berechnung der Terminsgebühr bei mehreren Terminen an einem Tage 292
Der Fortbildungskursus für die preussischen Medizinalbeamten in Berlin 331
Petition der Berlin-Brandenburger Aerztekammer betr. die Gebühren der Medizinalbeamten 331
Umlagen zur Aerztekammer 332

Seite.

Aufhebung der mit Apothekengerechtigkeiten verbundenen Verleihungsrechte (Landtag im Königreich Sachsen) 376
Aerztlicher Zentralausschuss im Grossherzogthum Hessen 376
Ausdehnung der Krankenkassenversicherung auf die Heimarbeiter . . . 411
Landesanstalt für Gewässerkunde in Preussen 411, 827
Neue Aerzteordnung für Württemberg 413
5. Deutscher Samaritertag in Posen 413
Begriff „sonst übertragbarer Krankheiten“ 416
Stellvertretung des Reg.- und Med.-Raths bei Apothekenbesichtigungen durch den Kreisarzt 416
Vereidigung der preussischen Kreis- und Gerichtsärzte 452
Preussischer Apothekerkammerausschuss 454
Unterbringung der Geisteskranken 490
Wohnungsfürsorge für Minderbemittelte im Grossherzogthum Hessen . . 490
Zusammenstellung der im Jahre 1901 in Preussen an Hebammen verliehenen Broschen 491
Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit 491
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 491, 760, 794, 895
Unlauterer Wettbewerb durch Kurpfuscher 492
Wechselseitige Benachrichtigung der Militär- und Polizeibehörden über das Auftreten übertragbarer Krankheiten 526
Anweisung zur Bekämpfung der Pest 516, 726
Neubau einer Zentralimpfanstalt in München 526
Staubentwicklung 528
Erhöhung des Diensteinkommens der Bezirksärzte durch Gewährung des ganzen Wohnungsgeldes (Bad. Landtag) 563
Erste Konferenz des internationalen Zentralbureau zur Bekämpfung der Lungentuberkulose in Berlin 563, 689, 795
Hauptversammlung des Deutschen Apothekervereins in Koblenz . . 563, 590
Auftreten der Cholera 564, 691, 691, 728. 796, 864
5. Versammlung des Vorstandes Deutscher Bahnärzte 599
Internationaler Kongress für Irrenfürsorge in Antwerpen 599
Allgemeine Ausstellung für hygienische Milchversorgung in Hamburg . 600
Regelung des Geheimmittelwesens 645, 626
Amtliche Konferenz der bei der Regierung beschäftigten Medizinalbeamten in Berlin 635
Vereinigung Deutscher Hebammenlehrer 636
Nichtübertragbarkeit der Rindertuberkulose auf den Menschen 636
Mittheilungen der Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerreinigung 689
Zeitschrift für Wohnungswesen 690
Wechsel in der Redaktion der Zeitschrift für Krankenpflege 690
Entdeckung der Schutzpockenimpfung 691
Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen 726, 827
Bekämpfung der Kurpfuscherei im Königreich Sachsen 726
Plenarversammlung des Sächsischen Landes-Medizinalkollegiums . . . 726
11. internationaler Kongress für Hygiene und Demographie in Brüssel . 727
Internationale Konferenz zur einheitlichen Regelung der Vorschriften für starkwirkende Medikamente in Brüssel 760
Aufruf zur Errichtung eines Denkmals für Rudolf Virchow 760
Wahl der Sachverständigen beim Entmündigungsverfahren 793
Reform des Hebammenwesens in Preussen 784
Entwurf eines neuen Viehseuchengesetzes 795
Unentgeltliche bakteriologische Untersuchungen zur Feststellung ansteckender Krankheiten (Sachsen) 795
Phosphorzündwaaren 827, 862
Bakteriologische Untersuchungsanstalt in Jena 827
Wiederholungskurse für Hebammen in Bayern 827
Förderung der Wohnungspflege in Bayern 827
Denkmal für Professor v. Esmarch 828
Stellung des Kreisarztes zum Landrath und die durch dessen Hand einzureichenden Berichte 828

Seite.
Anzeigepflicht von Kindbettfieber 863
Untersuchung auf kontagiöse Augenentzündung 863
Preussisches Seuchengesetz 863
Kommission für die Prüfung des Staatsdienstes in Baden 895
Bekämpfung des Alkoholismus in Frankreich 895
Beschwerderecht der preussischen Apotheker 895
Schweinefresspulver 896

Verschiedenes.

Deutscher Medizinalbeamtenverein 32, 256, 291, 376, 456, 636, 885
Preussischer Medizinalbeamtenverein 256, 292, 376, 455, 636, 895
Sprechsaal 282, 336, 416, 528, 828, 895
Berichtigungen 402, 536, 728

Inhalt des Sonderheftes zur Zeitschrift für Medizinalbeamte.

Ueber drei Vergiftungen durch Einathmen salpetrigsaurer Dämpfe. Von Kreisarzt Med.-Rath Dr. Picht 1
Ueber die Vergiftung mit Cyankali, insbesondere in gerichtsärztlicher Beziehung. Von Kreisassistenzarzt Dr. Frey 9
Eine Vergiftung mit Bilsenkrautsamen. Von Dr. Max Klingmüller 34
Ein Fall von absichtlicher Morphiumvergiftung, veranlasst durch unbefriedigten und unbezwinglichen Geschlechtstrieb. Von Dr. Pilf 35
Ueber Irrenabtheilungen in Strafanstalten. Von Dr. Pollitz 37
Das Hebammenwesen im Kreise Liebenwerda. Von Kreisarzt Dr. Steinkopff 41
Zur sanitätspolizeilichen Bekämpfung des Wochenbettfiebers. Von Reg.- u. Med.-Rath Dr. Deneke 50
Zur Keuchhustenfrage. Von Dr. Peters 57
Beitrag zur Organisation des Meldewesens. Von Reg.- u. Med.-Rath Dr. Springfeld 60
Protokoll über die am 25. Mai 1902, Vormittags 11½ Uhr, zu Beuthen O.-S. im Konzerthause abgehaltene amtliche Zusammenkunft der Kreis-Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Oppeln. Berichterstatter: Dr. Seemann 82
Bericht über die am 23.—26. Oktober 1902 abgehaltene Internationale Tuberkulose-Konferenz. Berichterstatter: Dr. Roepke 94
Bericht über die 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad vom 21.—27. September 1902. Berichterstatter: Dr. Beckert-Prag 104
Bericht über die 27. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in München vom 17. bis 20. September 1902 Berichterstatter: Der Herausgeber 124

Sach-Register.

Abdeckereien, über die Nothwendigkeit ihrer Errichtung 657.
Abhärtung als Gesundheitspflege (Sonderheft) 120.
Abgeordnetenhaus, aus dem preussischen 133, 174, 211, 326, 373, 393.
Abwässerbeseitigung und Wasserversorgung, Verein dafür 212.
Abwässerreinigung 545, auf biologischem Wege 406, 629, 630.
Aerzte, deren Mitwirkung bei Feststellung der Erwerbsunfähigkeit in Unfall- und Invalidenrenten-Angelegenheiten 171, Breitragspflicht zur Aerztekammer 280.
Aerztekammern, deren Umlagerecht 373.
Aerzteordnung in Württemberg 418.
Aerztetag 30, 334.
Aerztlicher Stand, dessen wirthschaftliche Lage 488.
Agglutinationsphänomen 197.
Akonit, Vergiftung dadurch 349.
Aktinomykose, menschliche, deren Erreger 679.
Alaunbackpulver, Wirkung d. damit gebackenen Brodes a. die Verdauung 83.
Alkohol, Händedesinfektionsmittel 627, 890.
Alkoholdämpfe, deren desinfizirende Wirkung 83.
Alkoholismus, chronischer und Geisteskrankheiten 670, und Kriminalität 847; Bekämpfung desselben 393, 895.
Alpenkräuterthee, Weber'scher, ein Heilmittel 64.
Amoebenruhr 626.
Anatomischer Atlas 634.
Angewöhnung, Herabsetzung der Rente in Folge dessen 445.
Anmeldepflicht der approbirten Vertreter der Aerzte beim Kreisarzte 843
Anopheles, deren gehäuftes Vorkommen in einer Malaria freien Gegend 80.
Ansteckung oder Blutvergiftung 869 beim Typhus 851.
Anzeigepflicht bei Tuberkulose 561, (Sonderh.) 95, bei Kindbettfieber 863.
Aortenzerreissung, traumatische 835.
Apothekenbesichtigung, Stellvertretung des Reg.- u. Med.-Raths bei derselben durch den Kreisarzt 416.
Apothekenbetriebsordnung, neue, in Preussen 135, in Schaumburg-Lippe 452.
Apothekengerechtigkeiten, Aufhebung der damit verbundenen Verleihungsrechte 376.
Apotheker, deren Ausbildung 94, preussische, deren Beschwerderecht 895.
Apothekergehülfen, im Ausland geprüfte, deren Zulassung 95.
Apothekerkammerausschuss 452.
Apothekerlehrlinge, Einstellung von solchen 690.
Apothekerschwestern bezw. Brüder 691.
Apothekerverein, deutscher, dessen Hauptversammlung 563, 690.
Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen, Konferenz des Vereins dafür 31.
Arbeitsverdienst im Sinne des Inv.-Vers.-Ges. 553.
Arsen, Vorkommen im menschlichen Organismus und Nachweiss auf biologischem Wege 349, 784.
Arzneimittel, Grosshandel damit 72, Verkehr damit 687, 699, starkwirkende, internationale Konferenz zur einheitlichen Regelung der Vorschriften über diese 760.
Arzneiverordnung, Kompendium 725.
Arzt, praktischer, dessen Mitwirkung bei Bekämpfung ansteckender Krankheiten 101, als Sachverständiger vor Gericht 347, Schweigepflicht 648.
Assanirung, Wiens 791.

Atlanten, Lehmann's medizinische 686.
Atlas, anatomischer 684.
Atteste, ärztliche, Vorsicht bei deren Ausstellung 97.
Auge, dessen Verlust, Grad der Erwerbsverminderung 363, Veränderung der Verhältnisse dabei 818.
Augenentzündung der Neugeborenen, deren Verhütung 887. 888.

Badehilfe 29.
Bäckergewerbe, vom hygienischen Standpunkte (Sonderheft) 135.
Bahnärzte, deutsche, Versammlung derselben in München 599.
Bakterienantagonismus (Sonderh.) 118.
Bakteriologische Forschung, Ergebnisse im Jahre 1901, deren Nutzanwendung für die öffentl. Gesundheitspflege 257.
Bacterium coli, Unterscheidung von Bact. typhi 366; in Teig, Mehl, Getreide 678; als Indikator für Verunreinigung von Wasser mit Fäkalien 678.
Bauchbrüche und Unfall (Sonderh.) 111.
Beckenenge, zur künstlichen Frühgeburt dabei 747.
Berufsgeheimniss, ärztliches 671.
Berufskrankheiten und ihre Verhütung mit besonderer Berücksichtigung des graphischen Gewerbes 406.
Betriebsunfall, und Gebärmuttervorfall 78, und Lungenentzündung 79, 361, 445, und Blutvergiftung (nach Knöchelbruch) 172, 813, und Herzleiden 192, und tödtliche Gehirnblutung 447, und Pseudoleukämie 547, und Gelenkrheumatismus 548, und Zellgewebsentzündung 550, und Blitzschlag 551, und Schenkelbruch 618, und Lendenwirbelbruch 619, und Osteomalazie 621, und Plattfuss 673, und Hernien 673, und Hysterie 673, und Gicht 675, und Herzlähmung 815, und Tuberkulose 817, und Neurasthenie 820, und Geisteskrankheit 826, und tuberkulöse Gehirnentzündung 887, und Bauchbrüche (Sonderheft) 111, und posttraumatische Rückenmarkerkrankungen (Sonderheft) 115.
Bettfedernreinigungsgewerbe, sanitätspolizeiliche Regelung 517.
Bezirksärzte, badische, Erhöhung ihres Diensteinkommens 563.
Bezirkshebammen, Einkommenverhältnisse 375.
Bilsenkrautsamen, Vergiftung damit (Sonderheft) 34.
Blasenschliessmuskel, Kontraktur 190.
Blausäure, gasförmige, über deren Einwirkung auf frische Früchte 785.
Blei, Angreifbarkeit durch Wasser 679.
Blinder, dessen Hülflosigkeit im Sinne des §. 9, Abs. 3 Gew.-Unf.-V.-G. 550.
Blitzschlag und Betriebsunfall 551.
Blut, dessen Veränderung nach dem Biss giftiger Schlangen 190.
Blutgerinnung, Beeinflussung der Schnelligkeit derselben durch eine Wunde 354.
Blutnachweiss, biologischer 183, 637, 714, 729, (offiz. Ber. des Deutsch. Med.-Beamten-Vereins) 43.
Blutpräparate, deren Fixirung durch Chloroform 751.
Blutuntersuchung, deren diagnostischer Werth 190, (Sonderheft) 114.
Blut- und Samenfleckenuntersuchung in gerichtlich-medizinischer Beziehung 751, (Sonderheft) 114.
Blutvergiftung und Betriebsunfall 813, oder Ansteckung 869.
Borax, als Konservirungsmittel für Nahrungsmittel, Einfluss auf den Stoffwechsel des Menschen 786, 787, Einfluss auf Labgerinnung der Kuhmilch 787; Borpräparate, s. Borax; Borsäure, s. Borax; deren Ausscheidung aus dem menschlichen Körper 787; deren Gehalt in frischen und geräucherten Schweineschinken 788.
Brunnenordnung 177.
Brustverletzung in gerichtlich-medizinischer Beziehung 666.

Chloroformnarkose, Tod dadurch 379.
Chloroformvergiftung nach Aufnahme per os 273.
Choleranachrichten 564, 631, 728, 796, 864.
Cyankali, über Vergiftung damit (Sonderheft) 9.

Danysz'scher Bacillus, über dessen Bedeutung bei der Rattenvertilgung 625.
Darmkanal, dessen Verletzung in gerichtl.-medizinischer Beziehung 665.
Darmtyphus, s. Typhus.
Daumen, rechter, Grad der Erwerbsfähigkeit bei Verlust des Nagelgliedes 172.
Delirium tremens, körperliche Erscheinungen desselben 90.
Denkschrift über die Ausführung des Kreisarztgesetzes 37, 147.
Desinfektion 268; s. auch Formaldehyd.
Desinfektionsmittel, chemische, Entwurf zur einheitlichen Werthbestimmung derselben 823.
Desinfektions-Verfahren, mittelst Wasserdampf für Rosshaarspinnereien 24.
Desinfektoren, Leitfaden für diese 591, 592, und Gesundheitsaufseher im Regierungsbezirk Arnsberg 761, deren Ausbildung 812, 879.

Dienstanweisung für die Kreisärzte 13, 140, 160, 541.
Dienstaufwands-Entschädigung der Preussischen Kreisärzte; die daraus zu deckenden Kosten für bakteriologische u. s. w. Untersuchungen 134.
Diensteid und Sachverständigeneid 337.
Diktirmaschine 187.
Dimethylsulfat, Unfälle dadurch 84.
Diphtheriebazillen, virulente, bei einer einfachen Rhinitis 365.
Drogen-, Gift- und Farbenhandlung, Leitfaden für deren Revisionen 683.

Ehescheidung, bei induzirtem Irresein 76.
Ehrengerichtsgesetz, ärztliches in Preussen, Kommentar dazu 725.
Ehrengerichtsordnung, ärztliche in Bayern 30.
Elektrizität, Tod durch dieselbe 167.
Entbindungsverzeichnisse der Hebammen 218, 314.
Entmündigung Geisteskranker 132, 404, Ablehnung einer solchen 482, Wahl der Sachverständigen dabei 793; Entmündigungsbeschlussverfahren gegen Geisteskranke und Geistesschwache 132.
Entwicklung, deren Zurückbleiben nach experimentalen Schilddrüsenveränderungen 368.
Erdbeerenextrakt, dessen physiologische Wirkung 848.
Erdrosseln und Erhängen, Tod dadurch 169.
Erfrieren, experimentelle Untersuchungen darüber 18.
Erhängter, Gehirnblutung bei demselben 880.
Erholungsstätten vom Rothen Kreuz (Sonderheft) 97.
Erinnerungsfähigkeit, Störungen derselben 544.
Erstickungstod, plötzlicher, diagnostischer Wert der flüssigen Blutbeschaffenheit bei demselben 189.
Erstickungstod gerichtsärztliche Diagnose 879.
Erwerbsunfähigkeit im Sinne des K.-V.-G. 554, Mitwirkung der Aerzte bei Feststellung des Masses derselben 171.
Erwürgen, Tod durch dasselbe und demnächstiges Aufhängen der Leiche 20.
Esmarch, von, Denkmal für denselben 828.
Exhibitionismus, ein Fall davon 1.

Familienpflege der Gemüthskranken 185.
Fehlgeburt, unterbrochene 191.
Feuerbestattung 95, fakultative 875.
Fingerglied, Verlust desselben, Zeitdauer zur vollständigen Gewöhnung 862.
Flaschenkapselfabriken, Gefahr von Bleivergiftung in diesen 517.
Fleischbeschau, Handbuch derselb. 826.
Fleischbeschauer, Prüfungsvorschriften für diese 254.
Fleischbeschaugesetz, 174, 254, 411, 451, 489, 526, 689; Kommentar dazu 826, 894.
Fleischvergiftung, zu deren Aetiologie 519.
Flobertgeschosse, die forensische Beurtheilung der Verletzungen damit (Sonderheft) 117.
Flüsse, deren Selbstreinigungskraft 632.
Formaldehyd 592, dessen Anwendung für die Zwecke der Desinfektion, insbesondere der Wohnungen 843, 893.
Formalinvergiftung, akute, 881.
Fortbildungskurse der Aerzte und Medizinalbeamten 285, 331.
Freiluftbehandlung bei Lungenschwindsucht 26.
Frombösie, deren Vorkommen auf den Marschallinseln 27.
Fussbodenöle, staubbindende 859.

Gährungstechnik 28.
Gangrän nach Scharlach 81.
Gebärmutter siehe Uterus.
Gebärmuttervorfall u. Betriebsunfall 78.
Gebührengesetz für die preussischen Medizinalbeamten 218, 326, 331.
Gebührenpflichtige, auswärtige Dienstgeschäfte des Kreisarztes 336.
Gebührenverzeichnisse der Kreisärzte 607, (Sonderheft) 83.
Geburtshülfliche Diätetik und Chirurgie für Aerzte und Studirende 894.
Gedächtnisstörung in zwei Fällen von organischer Gehirnkrankheit 669.
Gefängnisse in Preussen 822.
Geheimmittel, Verkehr damit 30, im Reichstage 104.
Geheimmittelwesen, dessen Regelung 635, 726.
Gehirnblutung, tödtlich verlaufende, kein Betriebsunfall 447; bei einem Erhängten 880.
Gehirnhautentzündung, tuberkulöse und Betriebsunfall 887.
Geisselfärbungsmethode, einfache, (Sonderheft) 119.
Geisteskranke, deren Unterbringung 490, geisteskranke Verbrecher, deren Unterbringung 192, deren Behandlung vor ihrer Aufnahme in die Irrenanstalten 589, deren Mordthaten 670.
Geisteskrankheiten in der Armee, deren Verhütung und Behandlung 404, und körperliche Krankheiten, 668, und Alkoholismus 670, nach

Kopfverletzungen 752, und Betriebsunfall 886.
Geistesstörung, transitorische, postepileptische 74.
Gelenkrheumatismus, akuter, als Folge äusserer Verletzung 548.
Genickstarre, epidemische in Mecklenburg-Schwerin 1897 — 484.
Gerichtsärzte, besondere 153.
Gerichtsärztliche Sammlungen 272.
Geschlechtskrankheiten, ansteckende, deren Verhütung 463, deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung derselben 491, 760, 794, 825.
Geschwülste, bösartige, Zelleinschlüsse bei denselben 678.
Gesetz und Heilkunde vom Standpunkte der Juristen 487.
Gesundheit, deren Befestigung 28, öffentliche, Gesetz zum Schutze derselben in Frankreich 135.
Gesundheitsaufseher im Reg.-Bez. Arnsberg 761.
Gesundbeten, Verhandlungen im Reichstage 104.
Gesundheitskommissionen, deren Mitwirkung auf dem Gebiete der Wohnungshygiene 33, 58; Ausführung des Gesetzes über diese 155; Nachweisung 524.
Gesundheitspflege, öffentliche, deutscher Verein dafür, dessen Versammlung in München 176, 290, 727, (Sonderheft) 124.
Gewässerkunde, Landesanstalt dafür 411, 827.
Gewerbearchiv, für das Deutsche Reich 595.
Gicht und Unfall 675.
Gifte, Mitwirkung des Kreisarztes bei Ertheilung der Genehmigung zum Handel mit denselben 808, 839.
Giftfreie Zündhölzer 514.
Gonokokken, deren Biologie 367, 511, 888.
Gonorrhoe, der Prostituirten, die Heilbarkeit derselben 889, deren Abortivbehandlung 889.
Granulose, Ambulatorien 810; deren Bekämpfung 650, 863, in Ostpreussen 343, 863; in Hinterpommern 655, 698; Bemerkungen zur Granulosefrage 103; siehe auch Trachom.
Grosshandel, mit Arzneimitteln 72.
Gruben- und Kanalgase, Schutzvorrichtungen dagegen 860.
Grundwasser, und Typhusverbreitung 850.
Gutachten, ärztliche, und Unfallsachen 171.

Haare, Untersuchung 190.
Haarfärbemittel, Schädlichkeit 350.
Händedesinfektionsmittel, Alkohol als solcher 627, 890.
Halswirbelsäule, ein seltener Fall von tödtlicher Verletzung derselben 693.
Handatlanten, Lehmann's medizinische 686.
Handeln, reflexives 358.
Handwörterbuch der gesammten Medizin 130; der Staatswissenschaften 131.
Harn, dessen Wirkung auf das Hämoglobin 751.
Haut, tuberkulöse Erkrankungen derselben, 557.
Hautkrankheiten in der elektrochemischen Industrie 516.
Hebammen, Temperaturtabellen für diese 30, Entbindungsverzeichnisse 314; Auswahl der Lehrtöchter für den Hebammenberuf 308; Auszeichnung (Broschen) 491; Entziehung des Prüfungszeugnisses.
Hebammenkalender, Deutscher pro 1902 29.
Hebammenlehrer, Verein 685.
Hebammenwesen, dessen Reform 794, im Kreise Liebenwerda (Sonderh.) 41.
Heilgehülfen, staatlich geprüfte 319, 347, 387, 601, 739; Unterrichtskurse für solche 837.
Heilkunde und Gesetz 487.
Heilmittel, unschädliche, deren Freigabe 210.
Heilstätten, Behandlung der Tuberkulose in diesen 206, 208; Unterbringung von bedürftigen Kranken 414; Pflegepersonal 334; Verhandlung im Reichstage 104; Generalversammlung des deutschen Zentralkomitees dafür 254, 332; internationale 563, 689, 795 (Sonderheft) 94.
Hernien und Unfall 673.
Herzbeuteltamponade 749.
Herzklappen- und Aortenzerreissung, automatische 885.
Herzlähmung und Betriebsunfall 815.
Herzleiden und Betriebsunfall 193.
Herzverletzung und Hämatoperikard 749, in gerichtlich-medizinischer Beziehung 666.
Hilflosigkeit im Sinne des §. 9, Abs. 3 das G.-U.-V.-G. 173.
Histologie u. mikroskopische Anatomie, Atlas 686.
Homöopathie, Lehrstuhl dafür 490, 526.
Homöopathische Aerzte und Thierärzte, deren Dispensirrecht 690.
Hunde, wachsende, zur Kenntniss des Stoffwechsels derselben 25.
Hygiene, Grundzüge derselb. 590; Leitfaden dafür 686; wissenschaftliche und praktische 715, (offiz. Bericht d. Deutsch. Med.-Beamten-Vereins) 58; praktische, deren Methoden 757.

Hygienische Untersuchungen, Anleitung dazu 687.
Hypnotismus und suggestive Psychotherapie 825.
Hypochondrie 883.
Hysterie und Unfall 673, und Katatonie, Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen beiden 192; die Wechselbeziehungen der körperlichen und psychischen Störungen bei denselb. 75.

Ieterus, Epidemie in Greifenhagen 381.
Impfgeschäft, über dessen Ergebnisse im Deutschen Reich für das Jahr 1899, 790.
Impfgesetz, dessen Aufhebung 210.
Impftechnik 323, 613.
Impftuberkulose 558.
Impfung, Dauer des Schutzes 201, 202; ihre Entdeckung 691.
Immunisirung mit Immunsubstanzen 676.
Infektion und Infektionserreger 257 u. Autoinfektion 363, psychische 737, durch kutane Impfung bei Thieren 783.
Infektionskrankheiten, akute, deren Therapie mit spezifischem, menschl. Rekonvaleszentenblutserum 203, deren Bekämpfung 833, deren Kataster 835, Meldewesen 841 (Sonderheft 60), siehe auch ansteckende Krankheiten.
Innerste und Innerstethalquellen, Gutachten über deren Verunreinigung 81, 82.
Insekten, deren Resistenz geg. Kohlensäure und schweflige Säure 482.
Irrenabtheilung in Strafanstalten (Sonderheft) 37.
Irrenanstalten, tropische, über deren Bau 522.
Irrenfürsorge, wirthschaftliche Zeitfragen auf deren Gebiete 405.
Irresein, induzirtes 668, Ehescheidung dadurch 76.
Irrenwesen, Verhandlungen im Reichstage darüber 104.
Isolirhospitäler, deren Benutzung 852.

Kaiserschnitt an einer Verstorbenen, mit günstigem Erfolg für das Kind 844.
Kalender für Medizinalbeamte 89.
Kalium bichromat., Vergiftung dadurch 661.
Kanalgase, aufsteigende, selbstthätige Schutzvorrichtung 860.
Katatonie und Hysterie 192.
Keuchhustenfrage (Sonderheft) 57.
Kindbettfieber, dessen Vorbeugung 369, Anzeigepflicht dabei 863.
Kinderarbeit, gewerbliche, ausserhalb der Fabriken 93; Gesetz darüber 326.
Kindersterblichkeit 854.
Kindesalter, plötzliche Todesfälle darin (Sonderheft) 105.
Kindesmord, durch Erdrosselung mit der Nabelschnur 748, oder Kindessturz 749.
Knochen von Menschen und Thieren, deren Unterscheidung auf biologitchem Wege 829.
Knochenbrüche, geheilte, Nachweis durch das Röntgenverfahren 457.
Körperübung, Nutzen und Nachtheil 410, Abhärtung als Gesundheitspflege (Sonderheft) 120.
Kohlenoxydvergiftung, experimentelle, zur Lehre derselben 750, Selbstmord dadurch 750.
Konferenz der Reg.- und Medizinalräthe im Kultusministerium 635.
Kongress, internationaler, für Irrenfürsorge in Antwerpen 599, XIV. internationaler medizinischer in Madrid 64, 599, 689, XX. für innere Medizin in Wiesbaden 96, 863, XI. internationaler für Hygiene und Demographie 727, XXXI. der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 134.
Konitzer Mord, Gutachten der wissenschaftlichen Deputatition f. d. M. darüber 64, 134.
Konservirung der Nahrungsmittel 28, 492, 787, 789; und Färbemittel zur Haltbarmachung von Nahrungs- und Genussmitteln 521.
Krankenpflege, Zeitschrift dafür 690.
Krankenhäuser, Verhandlungen darüber im Reichstage 104.
Krankenhausisolirung, deren Einfluss auf Scharlach 851.
Krankenkassen und Aerzte 279.
Krankenräume, ständige, Beschaffung in Miethswohnungen 370.
Krankenversicherung, Ausdehnung auf die Heimarbeiter 411.
Krankheiten, insbesondere ansteckende, deren Vorbeugung 523, 700, (Bericht über Vers. d. Preuss. Med.-Beamt.-Vereins) 5, Schutzmassregeln darüber 810, s. auch Infektionskrankheiten.
Krankheitserreger, deren Lebensfähigkeit in feinsten Tröpfchen und Stäubchen 195.
Krankheitsverdacht, Begriff desselben bei ansteckenden Krankheiten 57.
Krebs, über gehäuftes Vorkommen 293, in Schweden 367, Beitrag zu dessen Statistik 853, Todesfälle daran in Italien 853.
Krebserreger 254.
Krebsforschung 211, 287, 375, 526, 795.
Krebsgeschwülste, über deren Gewebe 368.
Kreisarzt, dessen Mitwirkung auf dem Gebiete der Wohnungshygiene 33, 58,

Vorbereitungsdienst desselben 42, welche physikalischen etc. Untersuchungen hat derselbe auszuführen 55, Denkschrift über die Ausführung des Gesetzes betr. die Dienststellung desselben etc. 137, vollbesoldeter 143, nicht vollbesoldeter 146, amtliche Verrichtungen und Vergütungen dafür 324, Vereidigung als Gerichtsärzte 452, Gebührenverzeichniss 607, Stellung zum Landrath 528, Mitwirkung auf dem Gebiet der Schulhygiene 704, (Bericht über Vers. d. Preuss. Med.-Beamten-Vereins) 25.
Kreisarztbezirke, Feststellung 152.
Kreisassistenzärte 150.
Kreisphysiker, zur Verfügung gestellte, Petition behufs Erhöhung des Wartegeldes 91.
Kreisthierärzte, Besserstellung 133.
Kropf, zu seiner Aetiologie und Verbreitung 567.
Kurorte und Sommerfrischen, Schutz gegen Infektionskrankheiten daselbst 65.
Kurpfuscher, unlauterer Wettbewerb durch solche 492, deren Einfluss auf Gesundheit u. Leben der Bevölkerung (Sonderheft) 128, Errichtung einer Zentralauskunftsstelle über solche 721 (off. Bericht über Vers. d. Deutsch. Med.-Beamten-Vereins) 107.
Kurpfuscherei, zu deren Bekämpfung 276, 526, 726, 842.

Laboratorien, bakteriologische 88.
Lebensversicherung und Ohrenerkrankungen 360.
Leberzuckeruntersuchung, forensische 751.
Leichenbenagung durch Insekten 750.
Leichenfauna, experimentelle Beiträge zur Lehre von derselben 348.
Leichenöffnung, gerichtliche, Zuziehung des zweiten Obduzenten 312.
Leichenverbrennung, Verheimlichung von Verbrechen durch diese 167.
Lendenwirbelsäule, Bruch derselben, und Unfall 619.
Lepra, tuberosa anaesthetica 364.
Lepraübertragung auf Thiere 626.
Lichtprüfung der Arbeitsplätze 778.
Lufteintritt in die Venen des puerperalen Uterus mit tödtlichem Ausgang 167.
Lungenentzündung und Betriebsunfall 79, 361, 445.
Lungengangrän nach Aspiration einer Kornähre 348.
Lungenheilstätten, siehe Heilstätten.
Lungenkranke, Hygiene u. Diätetik für dieselben 90, die Gefahren des freien Verkehrs derselben in den Harzorten 876, Fürsorge für dieselben 206, 208, Desinfektion ihrer Wohnungen 83, ländliche Kolonien für sie 333, siehe auch Heilstätten und Tuberkulose.
Lungenschwimmprobe, deren Verwerthbarkeit bei Keimgehalt der Uterushöhle 746, eine neue 352, 417, 881.
Lungenschwindsucht, Lungentuberkulose, die Erfolge der Freiluftbehandlung bei derselben 26, im Säuglingsalter, Beitrag zur Kenntniss derselben 204, über deren Genese 557, das internationale Zentralbureau zur Bekämpfung derselben 563, 689, 795, (Sonderheft) 94; s. auch Heilstätten und Tuberkulose.
Lustmord oder Tod im epileptischen Anfall 459.
Lymphständer mit Sterilisationsvorrichtung die öffentl. Impfungen 344, 392.
Lysolvergiftung, tödtliche, innere, zwei Fälle von solcher mit Betrachtung über Lysolwirkung 19.

Magenverletzungen, medullären Ursprungs 749.
Malariaparasiten, deren Färbung 626, Impfung dagegen (Sonderheft) 118.
Malaria-Untersuchungen im Reg.-Bz. Potsdam 59.
Manie, chronische 669.
Masturbation 633.
Maul- und Klauenseuche, ein sicheres Immunisirungs-Verfahren dagegen 211, 289.
Medizin, praktische, Handbuch 130; gesammte, Handbuch 130.
Medizinalabtheilung im preussischen Kultusministerium, deren Abtrennung 176, Ernennung eines eigenen Direktors für diese 254.
Medizinalbeamten, Fortbildungskurse 575, Betheiligung an der Wohnungsaufsicht (Bericht über Vers. des Deutschen Med.-Beamten-Vereins) 84, Versammlung im Bez. Frankfurt a. O. 13, Potsdam 55, Merseburg 159, 502, Posen 186, Schleswig 347, Coblenz 431, Magdeburg 475, Cöln 541, Stade 615, Gumbinnen 810, Hildesheim 873, Oppeln (Sonderheft) 82, in Württemberg 60, 291, 336, 543, siehe auch Kreisärzte.
Medizinalbeamten-Verein, preussischer 292, 455, 626 und Bericht, deutscher 291, 439, 456, 626, 709 und Bericht, württembergischer 543, mecklenburgischer 841.
Medizinaletat, der preussische, im Abgeordnetenhause 230, 276.
Medizinalgesetz, neues, in Braunschweig 134, 853.

Medizinalwesen, preussisches, im Staatshaushaltetat 1902/03 46, im Grossherzogth. Mecklenburg-Schwerin, dessen geschichtliche Entwickelung 424.
Meldewesen, zur Organisation desselben (Sonderheft) 60.
Mekoniumpfropf (Sonderheft) 17.
Menschen- und Thierblut, eine Methode zur Unterscheidung derselben 478, 479, 879 (Sonderheft) 113.
Menschen- und Thiertuberkulose, deren Identität 559.
Metallschleifereigewerbe, Gesundheitsgefahren und deren Verhütung 516.
Methämoglobinvergiftung, gewerbliche, und Sauerstoffinhalation 84.
Metreuryse, modifizirte Technik derselben 747.
Mikroskopische Technik in der ärztlichen Sprechstunde 894.
Mikroorganismen, deren Züchtung in strömenden Medien (Sonderheft) 119.
Milch, deren Erhitzung besonders der Molkereien 82, deren Antheil an der Verbreitung der Tuberkulose 209, 550, Regelung des Verkehrs damit in Berlin 64; allgemeine Ausstellung in Hamburg 1903 600; biologischer Nachweis 715 (Bericht über Vers. d. Deutsch. Med.-Beamten-Vereins) 43.
Milzbrand, Schutz der Arbeiter dagegen 104, Infektion damit durch Ziegenhaare 24.
Mischinfektion, vaccinale (Sonderheft) 118.
Mohnfrüchte, Vergiftung damit 480.
Molkereien, ländliche, deren Ueberwachung 616, die Erhitzung der Milch in denselben 82.
Morphium, Gewöhnung daran 749, Vergiftung damit, akute, in gerichtlich-medizinischer Beziehung 660, veranlasst durch unbefriedigten und unbezwingl. Geschlechtstrieb (Sonderheft) 35.
Mortalität und Morbidität 722.
Muskarin und Aether, Wirkung auf Sekretionsvorgänge in den Zellen des Plexus chorioidei 21.
Muttermilchersatz (Sonderheft) 122.

Nährböden zur Bestimmung der Keimzahl 785.
Nährstoffverbrauch in Deutschland und in Amerika 856.
Nagelschmutz, Infektiosität 556.
Nahrungs- und Genussmittel, die wichtigste Gewinnung und Darstellung derselben 758, siehe auch Borax und Konservirungsmittel.
Nahrungsmittelgesetzgebung im Deutschen Reiche 826.
Natronsalpeter, dessen Einfluss auf den Stoffwechsel des Hundes 25.
Naturforscher und Aerzte, Versammsammlung derselben in Karlsbad 255, 597, 727, (Sonderheft) 104.
Nephritis, traumatische 885.
Nervenkrankheiten und Schwangerschaft 74.
Nervensystem, allgemeine Pathologie desselben 405.
Nervenreizmittel, deren gerichtsärztliche Bedeutung 355.
Neugalenismus, dessen geschichtliche Entwicklung 562.
Neurasthenie, Physopathologie 480; und Betriebsunfall 820.
Neutralitätszeichen, Genfer, dessen Schutz 143, 211.
Neutralrothmethode, deren Ergebnisse zur Unterscheidung von Bacterium typhi und coli 366.
Nitrate und Nitrite, deren Zersetzung durch die Bakterien 24.

Obduzent, Auswahl des zweiten bei gerichtlichen Sektionen 212.
Obst, dessen Reinigung vor dem Genusse 628.
Ohr, die Berufskrankheiten desselb. 406.
Ohrenerkrankungen 634, und Lebensversicherung 360.
Onanie 633.
Operation, über die Bedeutung der Einwilligung des Patienten zu derselben 709, (offiz. Bericht über die Vers. d. Deutsch. Med.-Beamten-Vereins) 8.
Operationslehre, gynäkologische, Atlas derselben 686.
Opium, unbefugte Abgabe und Körperverletzung 255.
Ortsbesichtigungen 508, 770.
Osteomalazie, Buckelbildung dadurch und Betriebsunfall 621.
Osteomyelitis u. Phlegmone durch den Bac. pneumoniae Friedländer 366.

Pankreas, Blutungen, über deren Beziehungen zum plötzlichen Tode 189.
Panophthalmia bovina carcinomatosa 367.
Pappenheimer'sche Färbungsmethode (Methylgrün und Pyroninmethode), neue modifizirte 848.
Paralyse, progressive, über deren physische Symptome 73; Beitrag zu deren Kenntniss 192.
Paranoia (Querulantenwahn) nach Trauma 358.
Paraphenyllindiamin-Vergiftung 351.
Pettenkofer; Denkmal f. denselb. 291.
Perlsucht und Tuberkulose 204.
Pest 755, bakteriol. Untersuchungen über dieselbe 22, bei Schiffsratten 22.

Pestbekämpfung, Ausführungsbestimmungen über dieselbe 726.
Pestleichen, deren Verbrennung 254.
Pestnachrichten 64, 136, 256, 564, 692, 728, 796, 864.
Pfeilgifte aus Deutsch-Ostafrika 493.
Pferdefleisch, über das Verfahren zum Nachweis desselben 518.
Pflegepersonal, dessen Berufsgeheimniss 522.
Pharmazeutische Praxis, Handbuch 133, Vor- und Ausbildung der Pharmazeuten 690.
Phosphorzündwaaren, Gesetz darüber 827, 862.
Phthiseotherapie u. Phthisiker, s. Heilstätten und Lungenkranke.
Placenta, doppelte bei einfacher Frucht 798.
Plattfuss und Trauma 673.
Plexus chorioidei, Sekretionsvorgänge bei Darreichung von Muskarin und Aether 21.
Pneumonia mycosis aspergillina hominis 483, latente 695, 882, traumatische 884.
Pocken, in London 136, 256, 564, 691, 728, s. auch Impfung.
Pockenepidemie in Unruhstadt 529, im Kreise Grottkau 804, 839.
Polikliniken für Lungenkranke (Sonderheft) 95.
Präservesalz, dessen Verbot, zur Konservirung von Nahrungsmittel 493.
Praktisches Jahr, dessen Durchführung 282.
Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerreinigung, Mittheilungen derselben 689.
Prüfungsordnung für Aerzte 729.
Pseudoleukämie und Betriebsunfall 547.
Psychiatrie, Atlas und Grundriss derselben 253, und Strafrechtspflege 491, Einführung in dieselbe 588, gerichtliche, Beiträge dazu 589, 670.
Psychosen, induzirte, Beitrag zu deren Kenntniss 481, durch Bleivergiftungen 481, periodische 882, akuthalluzinatorische 882, polyneuritische 883.
Psychosis menstrualis 590.
Psychotherapie, suggestive 823.
Purpura haemorrhagica bei Genitaltuberkulose 513.
Pyämie und Septicaemie (Sonderh.) 109.

Quellen, in ihren Beziehungen zum Grundwasser und zum Typhus 724.
Querulantenwahn 669.

Radeln, über dessen sanitätspolizeiliche Ueberwachung 27.
Ratten, über eine bei ihnen vorkommende Seuche 23, 365; deren Resistenz gegen Kohlen- und schweflige Säure 482; deren Vertilgung 696; über die Bedeutung des Danysz'schen Bacillus dabei 625.
Rausch, normaler und pathologischer in der forensischen Praxis 711, (Bericht über die Versammlung des Deutsch. Med.-Beamten-Vereins) 18.
Registratur des Kreisarztes 347.
Reichstag, aus demselb. 94, 104, 210, 326.
Reklameunwesen, Reklamemittel, (Sonderheft) 88.
Rekonvaleszenten-Blutserum als Heilmittel bei akuten Infektionskrankheiten 203.
Rettungswesen, dessen Organisation 594.
Rhinitis, einfache, virulente Diphtheriebazillen dabei 365.
Rindertuberkulose und öffentliche Gesundheitspflege 559, 626.
Ringwurm, über dessen Vorkommen auf den Marschallinseln 57.
Röntgenstrahlen, Gesundheitsschädigungen dadurch (Sonderheft) 116; Röntgenverfahren zur Feststellung von geheilten Knochenbrüchen 457.
Rosshaarspinnereien, Desinfektionsverfahren in diesen 24.
Rückenmarkerkrankungen, posttraumatische (Sonderheft) 115.
Ruhrbacillus (Flexner) 625; Amöbenruhr 626.
Ruhrbekämpfung 288.

Sachverständigeneid u. Diensteid 337.
Sachverständiger, dessen Behandlung vor Gericht, Ablehnung wegen Befangenheit 797; psychiatrischer, der praktische Arzt als solcher 76.
Säuglingsmilch, deren Sterilisation bei möglichst niedrigen Temperaturen 855.
Säuglingssterblichkeit, deren Bekämpfung 491, in Köln 854.
Salpetrige Säure; Vergiftung durch Einathmung von Dämpfen derselben (Sonderheft) 1.
Samaritertag, V. Deutscher 413.
Sanitätsrath, Titel, Rückzahlung der Stempelgebühr 96, 134.
Sanitätswesen des preussischen Staates während der Jahre 1895—1897 861.
Sauerampfervergiftung bei Kindern 843.
Sauerstoffinhalation bei Methämoglobinvergiftung 84.
Schädelbasisbrüche, tödtliche 479.
Scharlach, der Einfluss der Krankenhausisolirung auf denselben 851; Gangrän danach 81; Serumbehandlung dabei (Sonderheft) 123.
Schenkelbruch, dessen traumatische Entstehung 618.
Schilddrüsenveränderungen, experimentelle, deren Einfluss auf die Entwicklung 368.

Schlachtvieh- und Fleischbeschaugesetz, s. Fleischbeschaugesetz.
Schlachviehversicherung 412.
Schlaflosigkeit, nervöse und ihre Behandlung 405.
Schlüsselbeinbruch, Unterschenkelquetschung und Rippeneinknickung, Grad der Erwerbsverminderung dadurch 446.
Schularztfrage 680, (Bericht über die Versamml. d. Preuss. Med.-Beamten-Vereins) 25.
Schulärztliche Untersuchungen 370.
Schulbesichtigungen und Schulgesundheitspflege 379, 476, 507.
Schule, Tuberkulosebekämpfung in derselben (Sonderheft) 196; und Infektionskrankheiten 683; der neuen „Adlerbücherhalter“ 685.
Schulgesetzgebung in gesundheitlicher Beziehung, besonders in Bezug auf Ueberlastung d. Lehrer u. Schüler 85.
Schulgesundheitspflege, allgemeiner Deutscher Verein dafür 290; Grundriss derselben 410.
Schulhygiene, die Thätigkeit des Kreisarztes auf diesem Gebiete und seine Stellung zu den Schulärzten 704, (Bericht üb. d. Versamml. d. Preuss. Med.-Beamten-Vereins) 25.
Schulkinder, deren ärztliche Ueberwachung 85; Zahnpflege derselben 486; Schwerhörigkeit 487; deren Untersuchung durch den Gesundheitsbeamten 682.
Schulkopfweh, Studien darüber 683.
Schulküchenunterricht, in Christiana 1892—1900 684.
Schutzmassregeln bei ansteckenden Krankheiten 701, 810, (Bericht über die Versammlung d. Preuss. Med.-Beamten-Vereins) 5.
Schutzpockenimpfung, siehe Impfung, Impfgeschäft u. s. w.
Schwachsinn, ärztliche Feststellung der verschiedenen Formen desselben in den ersten Schuljahren 85.
Schwangerschaft, und Nervenkrankheiten 74; beginnende, über die Werthigkeit der einzelnen Symptome und Zeichen derselben 353; abnorm verlängerte 842.
Schwefeldioxyd, flüssiges und gasförmiges 63.
Schwefeldunst, Selbstmord dadurch 181.
Schwefelkohlenstoffvergiftung 349, 646,
Schwefligsaure Salze, besonders Natron, dessen Verwendung als Konservirungsmittel für Hackfleisch 521; die Berechtigung des Bundesrathsbeschlusses vom 18. Februar 1902 darüber 789.
Schweigepflicht des Arztes 648, 671.
Schweinefresspulver 896.
Schwindsucht, s. Heilstätten, Lungenkrankheiten und Tuberkulose.
Sehprobentafel für Kinder, internationale 252; zur Bestimmung der Sehschärfe 253.
Sektionen, überflüssige 478.
Selbstbeschädigungsversuche 170.
Selbstkastration, ein Fall von solcher 565, 735.
Selbstreinigungskraft der Flüsse 632.
Serodiagnostik des menschlichen Blutes 190, 637, 714, 729, (offiz. Bericht d. Deutsch. Med.-Beamten-Vereins) 43, (Sonderheft) 114; siehe auch Rekonvaleszentenblutserum.
Serum, dessen intraperitoneale Einverleibung im Verlaufe operativer Eingriffe am Unterleibe 203.
Serumdiagnose bei Lungentuberkulose 556.
Serumprobe, Wassermann-Schütze-Uhlenhuth, Beitrag zur Beurtheilung der Leistungsfähigkeit derselben auf Menschenblut 183.
Serumtherapie und Immunität 266.
Seuchengesetz, die Nothwendigkeit eines neuen preussischen 100, 700, (Bericht üb. d. Versamml. d. Preuss. Med.-Beamten-Vereins) 5.
Shok 667.
Simulation und Uebertreibung, dessen Nachweis 674.
Smegmabazillen 625.
Spaltpilze, die zwischen Bakterium coli und typhi stehenden, deren Wachsthum auf den „v. Drigalski-Conradi'schen“ Agarboden 677.
Spontangeburt, über Verletzungen des Kindes dadurch 880.
Sprechstunde, ärztliche, deren mikroskopische Technik 894.
Staatsärztliche Prüfungskommission in Baden 895.
Stadtärzte 151.
Stadt und Land, Wechselbeziehungen in gesundheitlicher Beziehung (Sonderheft) 130.
Standes- und Ehrengerichtsordnung, ärztliche in Bayern 30.
Stempelpflichtigkeit amtsärztlicher Atteste 429.
Stereoskopischer Atlas, der gerichtlichen Medizin 685.
Stoffwechsel, wachsender Hunde, zur Kenntniss derselben 25.
Strafanstalten, und Gefängnisse in Preussen 822; Irrenabtheilungen in denselben 37.
Strahlenpilze (Sonderheft) 118.
Strassenhygiene, deren Fortschritt 289.
Streptokokkengift 512.
Strychninvergiftung, Sicherung des phy-

siologischen Experimentes bei Verdacht darauf 865.
Sublamin, dessen Wirkung als Desinfektionsmittel 891.
Süssstoffgesetz 490.
Sulfitvergiftung, chronische 788.
Syphilis, und venerische Krankheiten, internationale Konferenz für deren Prophylaxe 255, 335, siehe auch Geschlechtskrankheiten.
Syphilisbazillen, Beitrag zur Lehre derselben 511, 890.
Syringomyelie und Trauma 359.

Temperatur, Einfluss niedrigster auf die Virulenz der pathogenen Keime 624.
Temperaturtabellen, und Tagesberichte für Hebammen in Buchform 30.
Termingebühr, deren Berechnung bei mehreren Terminen an einem Tage 291.
Thierarzneikunde, Zulassung zum Studium 133, 490.
Tientsin, Bericht über die Thätigkeit des dortigen bakteriologischen und chemischen Laboratorium 509.
Tollwuth im Deutschen Reich im Jahre 1900 484.
Tollwuthschutzimpfung, deren Ergebniss 485.
Todtschlag, verübt in der Trunkenheit 752.
Toxikologie, gerichtsärztliche Beiträge dazu 348, Handbuch 634.
Trachom, die feinere Anatomie desselben 58, 650, 655, s. auch Granulose.
Trauma, Paranoia danach 358; und Syringomyelie 359; und Plattfuss 673; und Hernien 673.
Trinkerfürsorge, öffentliche 77.
Trinkwasser, dessen Behandlung mit Ozon 784; dessen Untersuchung, Beiträge dazu 410; und Typhusübertragung 873.
Trunksucht, über deren ärztliche Behandlung 77; Bekämpfung derselben 393, 452, 489; siehe auch Alkoholismus.
Tuberkelbazillen, deren Unschädlichmachung 187; deren Agglutination 188; in Marktbutter 367; in Käse 678.
Tuberkulin, über deren diagnostische Bedeutung 555; Behandlung damit und Heilstättenbehandlung 206, 207.
Tuberkulöse, Temperatursteigerung bei Körperanstrengungen 209.
Tuberkulose und Perlsucht 204; zu deren Frühdiagnose 365; im Kaltblutorganismus 366; Anzeigepflicht dabei 532; deren Sterblichkeit und Milchgenuss 209; deren Bekämpfung und gegenwärtiger Stand 332, 334, 593; u. Betriebsunfall 817; Konferenz I. internationale dafür (Sonderh.) 94; siehe auch Heilstätten und Lungenschwindsucht.
Typhus, dessen Kontagiosität 199; Epidemie im Kaisermanöver 1895 513, in Hamar 849; Bekämpfung 287, 382; 431; Aetiologie 849; sporadischer 849; und Grundwasser 850; und Milch 851.
Typhusbazillen, neues Verfahren zu deren Nachweis 196.

Ueberfahrenwerden, ohne äussere Verletzungen 803, Verletzungen und Tod danach (Sonderheft) 113.
Uebertragbare Krankheiten 416, siehe auch Krankheiten, ansteckende.
Umlagen, ärztliche 332, 373.
Unfälle, mehrere, Beurtheilung der Erwerbseinbusse nach denselben 817.
Unfall und Varicen 360, s. Betriebsunfall.
Unterleibstyphus, siehe Typhus.
Untersuchungsanstalt, bakteriologische in Jena 827.
Untersuchungen, welche hygienische etc. sind von den Kreisärzten auszuführen 55 (Sonderheft) 87.
Unterstützungswesen, ärztliches 334.
Uterus, über das Vorkommen von Fremdkörpern darin 664, Entstehung u. Behandlung 662, 663, Umstülpung, totale, bei normal verlaufener Geburt 664.

Vaccineerreger 202.
Vaccineübertragung, Beitrag dazu 510.
Varicen als Unfallfolgen 360.
Varicellen mit abnormer Entwicklung des Exanthems 510.
Vena saphena magna, Selbstmord durch Eröffnung derselben 377.
Ventilationsfrage, deren Förderung in technischer Beziehung und durch gesetzgeberische Massnahmen 825.
Verblutung, sub coitu 880.
Verbrecher, geisteskranke, deren Unterbringung 192.
Verdauung, postmortale 707, (Bericht über Vers. des Preuss. Med.-Beamten-Vereins) 63.
Verletzung auf Reisen zu Heilungs- und Untersuchungszwecken, deren Zusammenhang mit dem Betriebsunfall 820.
Vertrauensärzte, berufsgenossenschaftliche und deren Stellung zu den Aerzten 31, 135.
Verwesung im Boden (Sonderheft) 120.
Viehseuchengesetz, neues 795.
Volksbäder, deutsche Gesellschaft dafür 212, 335.
Volksgärten im Kr. Gelsenkirchen 860.

Volkshygiene, deutscher Verein dafür und beamteter Arzt 871.
Volksschularchiv, preussisches 597.

Wartegeld der zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten 330.
Wasser, die Nährböden zur Bestimmung der Keimzahl in demselben 785.
Wasserläufe, deren hygienische Ueberwachung (Sonderheft) 125.
Wasserleitungen 437.
Wasserversorgung, und Abwässerbeseitigung, Verein dafür 212, Anstalt dafür 283; von Schulen 485, städtische im Deutschen Reiche, sowie in einigen Nachbarländern 723.
Weichselzopf u. Invalidenversicherung 252, dessen Verbreitung 626.
Weinstatistik für 1899, deren Ergebniss 85.
Weissphosphorverbot, deren augenblicklicher Stand 514.
Werkstätten, Tuberkulose darin (Sonderheft) 96.
Wiederholungskurse, s. Hebammen 827.
Wien, dessen Assanirung 791.
Wirbelthierblut in mikrostallographischer Hinsicht 252.
Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen 175, 726, 827.
Wochenbettfieber, dessen sanitätspolizeiliche Bekämpfung (Sonderheft) 50.
Wochenpflegerinnen, geprüfte, deren Stellung (Sonderheft) 91.
Wohnungen, feuchte (Sonderheft) 138.
Wohnungsbeaufsichtigung, die Betheiligung der Medizinalbeamten dabei 717, (Bericht über die Vers. des Deutsch. Med.-Beamten-Vereins) 84.
Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd in Köln 824, mittels Formalin 617, nach Krell 816, 892, mit Formaldehyd 893.
Wohnungsfrage im Reichstag 104, im Abgeordnetenhause 133, in England 856.
Wohnungsfürsorge für Minderbemittelte 490, (Sonderheft) 137.
Wohnungswesen, Zeitschrift dafür 690, Förderung desselben in Bayern 827.
Wurst, Mehlzusatz in derselben 96.

Zehe, grosse, Verlust einer solchen 676, Verlust anderer Zehen und Unfall 80, 173.
Zeigefinger, rechter, Verlust des Endgliedes 362.
Zellgewebsentzündung und Betriebsunfall 550.
Zentralapotheke, homöopathische, zum Begriff derselben im handelsrechtlichen Sinn 6.
Zentralausschuss, ärztlicher, in Hessen 876.
Zentralbureau, internationales, zur Bekämpfung der Lungentuberkulose 563, 689, 795, (Sonderheft) 94.
Zentralimpfanstalt in München 526.
Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen, Konferenz derselben 414.
Zentralstelle für öffentl. Gesundheitspflege in Dresden, Auftrag zur Vornahme der unentgeltlichen bakteriologischen Untersuchung bei ansteckenden Krankheiten 795.
Zeugnisse, kreisärztliche, deren Amtlichkeit 744.
Ziegenhaare, Milzbrand-Desinfektion durch dieselben 24.
Zuckerharnruhr, deren traumatische Entstehung 672.
Zündholzfabriken, zur Hygiene der darin beschäftigten Arbeiter 515.
Zurechnungsfähigkeit, verminderte 356.

Namen-Verzeichniss.[1]

Abel (S. H.) 138.
Albrecht 690.
Althoff (S. H.) 103.
Altschul, Theodor 410.
Amann 662.
Ammon, v. 258.
Andvord (S. H.) 97.
Anjeszky 367.
Arbeit 879.
Arthus, M. 354, 479.
Auché 190.
Audibert 661.
Aust 57.

Bachmann 28, 562.
Bahr 381.
Bail (S. H.) 120.
Balan, v. 541.
Barnick 13, 703, (B. Pr. M.) 19, 20, 22.
Barrick 209.
Bartels 27.
Barth 95.
Bassenge 509.
Battlehner 711, 716, (B. D. M.) 16, 81.
Baudelier 555.
Bauer 216, 324.
Baumgarten, v. (S. H.) 94.
Becher, W. 415, (S. H.) 97.
Becker, Th. 588.
Becker, C. (München) 722, (B. D. M.) 113.
Beckurts (S. H.) 117.
Behla 708.
Behrendt 812.
Behring, v. (S. H.) 104.
Belli, L. M. 624.
Benda 447.
Berg 695.
Berger (Hannover) 704, 835 (B. Pr. M.) 25, 62.
Berger (Wien) 795.
Bertheau 347.
Beumer 829.
Biberfeld 72, 648, 797, 869.
Biedert 209.
Bielefeld 415.
Binz 760.
Bischoffshausen, v. 398.
Blaschko 794, 889.
Blasius 31, 135.
Blezinger 370.
Bloedau, v. 134.
Blokusewski 314, 429.
Blumberg 891.
Bockendahl 147, 794.
Böttger, H. 687.
Bötticher, v. 160.
Bonne 632.
Bornträger 199, 748.
Braeutigam 100.
Brandeis (S. H.) 120.
Brat 84.
Bredschneider 810.
Brero 522.
Brieger 483.
Brinkmann 188, 314, 339, 808.
Brösike 634.
Brouardel 795, (S. H.) 94 ff.
Brütt 327.
Brunn, v. 646.
Buchka, v. 826.
Buchner 291.
Bülow, Graf 895.
Bürger, H. 360.
Burgel 19.
Butza, T. 478.

Calmette-Lille (S. H.) 95.
Cameron 636, 849.
Cammidge 850.
Camus, Jean 751.
Carrara 879.
Cherry 859.
Chotzen, F. 883.
Cimbal 703, (S. H.) 88, (B. Pr. M.) 23.
Cless (Stuttgart) 63.
Cohn 810.
Combes 895.
Conrad 131.
Conradi 176.
Corin 190.
Courstate 190.
Cramer 135, 690, 711, (B. D. M.) 18, 42.
Crocker, Th. 682.
Curschmann 885.
Czaplewski 824.
Czygan 811.

Dailey, A. H. 487.
Dall'Armi, v. 717.
Denecke (S. H.) 50.
Dewez-Mons (S. H.) 95.
Dietrich 375, 583.
Disselhorst 559.
Dittrich 399 (S. H.) 113.
Doelgen 90.
Doenitz 575.
Doepke 679.
Doepner 810, 811.
Doerner 880.
Doetinchem, v. 877.
Douglas, Graf von 394, 452, 489.
Dreising 698.
Dreves 833.
Drigalski v. 196.
Dubois 343, **Raffael** 749.
Dütschke 706, 761 B) Pr. M.) 58.

[1]) S. H.: bedeutet Sonderheft; B. Pr. M: Bericht über die Hauptversamlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins; B. D. M.: Bericht über die Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins.

Dugge 672.
Dunbar 406.
Duval 367.
Dziembowski, v. 186.

Ebeling (S. H.) 137.
Epstein 130.
Eickels 276, 328.
Eickert 509.
Edel, Max 170
Ehlers 403.
Ehrhardt 176.
Ehrlich, B. 628.
Elfeldt 842.
Elkan 90.
Elster 131, 675.
Emmerich, R. 687 (S. H.) 135.
Endemann 138, 210, 400. 699.
Engelmann 26.
Esmarch, v. 828, 873, 876, 878.
Eulenberg 759.
Eyff 613.

Falkenbach 439.
Feilitzsch, v. 176
Feinberg 368.
Fiedler 725.
Fielitz 160, 382, 508, 703, 717, (B. Pr. M.) 18, 20, 22, 23, 24, (B. D. M.) 7, 82.
Fink 541.
Finger 55, 59, 127, 293.
Fischer, Bernh. 133, 519.
Fischer, Max 405.
Fischer-Benzon, v. 347.
Flatten 839.
Fliedner 706, (B. Pr. M.) 58.
Flinzer 717, (B. D. M.) 5, 6, 7.
Förster, Min.-Direkt. 239, 254, 399.
Forel 823.
Forstreuter 810.
Foulerton 625.
Fränkel, B. (S. H.) 94.
Fränkel, C. 166, 561, 715, (B. D. M.) 58, 83.
Frank 481.
Franque 663.
Fraser, A. 88.
Freund 406, 791, (S.H.) 96.
Friedberg 280.
Friedel 65.
Friedemann 806.
Fritsch 709, (B. D. M.) 8, 17.
Fritsche, E. 783.
Fromme 671, 699.

Frosch 577.
Fürbringer 547, 548, 887.
Fürst, L. 204.
Führt, Hermann 664.

Gärtner, A. 724, 827, (S. H.) 125.
Gaffky 722, (B. D. M.) 125.
Gamp 175.
Ganghofner (S. H) 105.
Garnier 368.
Gastpard 589.
Gebhard 208 (S. H.) 102.
Geissler 503.
Gerhardt 361.
Gerlach (Niedersachswerfen) 878, (Lauchheim) 881.
Giemsa, G. 626.
Giese, E. 18.
Girard, T. 21.
Glatzel 279.
Gley 848.
Götz 85.
Goldermund 791.
Gossler, v. 759.
Gossner 513.
Gracia, de 556.
Gruber 563, 635.
Graff 621.
Grahn, E. 723.
Granier 29, 601.
Grashey, v. 490, (S. H.) 125, (B. D. M.) 4.
Grassmann (S. H.) 128.
Greiff 895.
Grigoriew 751.
Grimm 625.
Grimsel 355.
Guben 517.
Gudden 714, (B. D. M.) 42.
Günther 690.
Gumprecht 709, (B.D.M.) 7.
Gutenberg, Berthold 486.
Gutknecht 655.
Guyon 100.
Gwyn 856.

Haase 190.
Haberkant 522.
Hagemann 392.
Hagen, v. 243.
Hankel 85.
Harms 414.
Harrison, F. C. 678.
Hartmann, Arth. 487, 634.
Hartwig 133.
Hauser 895.
Havemann 841.
Hecker 722, (B. D. M.) 114.
Heffter, A. 787.
Heidenhain 101, 103, 698.
Heim, L. 24.

Heimann, E. 252.
Heine 684.
Heinemann 337.
Heinrichs 186.
Helwes 532.
Hensgen 591.
Hermann (Bitterfeld) 508.
Herrendörfer 810.
Herrmann (S. H.) 104.
Hertel, M. 82.
Herzog, H. 366.
Hess, O. 592.
Heubner (S. H.) 105.
Heucke 516, 517.
Heuser, C. 529.
Heydebrand, v. 875.
Hirsch 475.
Hoche, A. 76, 703, 705, 706, 837, (B. Pr. M.) 19, 22.
Hoesslin, v. 510.
Hoffmann, (Elberfeld) 1. 97, 379, 479, 668, 707, (B. Pr. M.) 63, (Hall) 94.
Hoffmann, L. 167.
Hoffmann (Rostock) 484.
Holst (Axel 583.)
Holzknecht (S. H.) 116.
Hoppe, Adolf 192, 669.
Horoskiewitz, v. 750.
Huebsch 895.
Huehnermann 436.
Hunton 854.
Hutten-Czapski v. 373.

Jacobsohn, Paul 387.
Jacobsohn, Kreisarzt 687.
Jaeckel 770.
Jamieson 851.
Janke, Otto 410.
Jochmus 699.
Jolly 588.
Joseph 511, 890.
Josué 751.
Issatschenko 365.
Itzerott 55.
Jungeblod 844.

Kaelble 790.
Kahlden, v. (S. H.) 687.
Kaiser, Heinrich 677.
Kaiser, O. 192.
Kalmus 76.
Kapp, L. 894.
Karpf 63.
Kayl 851.
Keferstein 475, 493.
Kellner 74.
Kessel, von 326.
Kienböck 359.
Kindler 285.
Kionka 521, 788.

Kirchner 211, 282, 285, 286, 288, 289, 582, 724, 794.
Kirsch 175, 673.
Kirsch, E. 674.
Kirschner (S. H.) 94.
Kirstein 195, 592.
Kister 213.
Klingmüller, Max (S. H.) 34.
Knesebeck, von dem (S. H.) 94.
Kob 748.
Kobak 855.
Kobert 252, 690.
Koch, Robert (S. H.) 99.
Koch, Adolf 685.
Koehler 197, (S. H.) 98.
Koelpin, O. 481.
Koerte, 618.
Koestlin 60, 543.
Kolle 576, 756.
Koller, Th. 28.
Koppen 706, (B. Pr. M.) 57.
Kornfeld, Herm. 272, 404, 459, 478, 482, 673.
Kortz 791.
Koske, F. 82.
Kossel 22.
Krafft-Ebing, v. 590.
Krahl (S. H.) 119.
Kratter 189, 348, (S. H.) 113.
Kraus 676.
Krause, Paul 558.
Krause, Max 529.
Krautwig 854.
Kreuser 544.
Krohne 822.
Kruse 630.
Kuehn (Ratibor) (S. H.) 53.
Kuehne, A. 347.
Kuentzer 333.
Kuester 375.
Kunkel, A. T. 634.

Laborde 351.
Lahmeyer 699.
Landmann, v. 490.
Langaard 725.
Lange, S. (S. H.) 107.
Lange, Ludwig 892.
Langerhans 95, 241, 308, 376.
Langlois 482.
Laquer 85.
Laspeyres 853.
Lauenstein 890.
Lebrun 167.
Ledden-Hülsebosch, v. 480.
Lehmann, K. B. 757.
Lemberger 750.
Lentz 626.
Lenzmann 95.
Leopold 887.
Lesenberg 841.
Lesser 685, 794.
Levis 132.
Levy (S. H.) 118.
Lexis 131.
Leyden, von 254, 593.
Leymann 84.
Liebrecht 415.
Liebreich 725.
Liedtke 810.
Linniger (S. H.) 111.
Litterski 314, 804.
Lochte 511.
Lode (S. H.) 118.
Loebell, v. 244, 330.
Loeffler 791.
Loening 131.
Loir 482.
Lewinsky 349.
Lucius von Ballhausen 514.
Luedemann 514.
Luther 670.

Maasen 22, 24, 784
Magill 349.
Maragliano (S. H.) 103.
Markl 625.
Marmorek 512.
Marpmann 410.
Marschallko 889.
Martens 237, 285, 326, 329, 333, 376, 401.
Martin 683.
Martini 756, 839.
Mavrojanius 749.
Mayer, Eugen 893.
Mayer 798.
Meder 703, (B. Pr. M.) 21. 22, 23.
Meillère 351.
Meissner, Paul 894.
Mennicke 880.
Messerer 711, (B. D. M.) 9.
Mewius 716, (B. D. M.) 76.
Meyen 358.
Meyer 415, George 594, E. 670.
Moeli 587.
Moeller 685.
Mongeri, Luigi 74.
Moracsik 78.
Morgenroth 509.
Morrison 369, 854.
Moritz 516.
Moser (S. H.) 128.
Mott 405.
Mueller 247, 664.
Muhlert 424, 843.
Musehold 24.
Naecke 192.
Naegelsbach 208.
Naunyn 96.
Neidhardt 717, 737, (B. D. M.) 78.
Neisser, Cl. 365, 795, 882.
Nesemann 626.
Neumann. R. O. 365, 787.
Neumann (Bromberg) 871.
Neumann (Leobschütz) (S. H.) 183.
Neustätter (B. D. M.) 114.
Nickel 58.
Nieden, zur 699.
Niegabitowski, von 348.
Nietzsche 669.
Nocht 22.
Noetel 518.
Nussbaum 686.

Obertüschen (S. H.) 96.
Ocker 617.
Oehmke 181, 825.
Ohlmüller 81, 82, 784.
Okamoto 879.
Olshausen (S. H.) 139.
Ostertag 521, 826.
Ott 209.
Ottolenghi 83.
Overbeck 22.

Pagnicz 751.
Pannwitz 322 (S. H.) 104.
Papasoticin 676.
Pape 747.
Paul 823.
Peham 662.
Penkert 160, 502, 711, (B. D. M.) 7.
Peters (S. H.) 57.
Petersen, O. 557.
Petit 203.
Petruschky 207.
Pettenkofer, v. 291.
Pettit 21.
Pfannmueller 717 (B. D. M.) 84.
Pfeiffer, E. Hamburg 257, 657.
Pfister 589.
Picht (S. H.) 1.
Pick 480.
Pilf (S. H.) 35.
Pirokowsky 511, 890.
Pistor 211, 581.
Philipsborn, v. 873.
Placzek 352, 749.
Pobiedin 882.
Podbielski, v. 133.
Polenske 788.
Pollack 358.
Pollitz (S. H.) 37.

Posadowsky, Graf v. 94, (S. H.) 134, 135, 332, 94.
Prall, 685.
Prausnitz 590.
Prinzing 853.
Preisich 556.
Pregel (S. H.) 116.
Proelss 17, 616.
Proescher 677.
Proskauer 581.

Quensel, U. 367, F. 481.
Quirin 207.

Raecke 883.
Rapmund 46, 89, 104, 137, 138, 218, 230, 276, 393, 439, 698, 704, 709, 721, 716, 722, (B. Pr. M.) 1, 2, 18, 20, 22, 23, 25, 60, (B. D. M.) 1, 80, 112, 115.
Rasuber 607.
Reichenbach 873.
Reid 852.
Reimann 319, 739.
Renner 673.
Reuter 843, 880.
Rehwold 289.
Ribbert 557.
Richter 665, 744, 749, (Wien) (S. H.) 107, 114.
Riehm 876.
Rinke (S. H.) 91.
Rissmann 635.
Ritter, v. 483.
Ryn, van (S. H.) 95.
Rockwitz 703, (B. Pr. M.) 28.
Roepke 406, 515, 516.
Roger 368.
Rohleder 633.
Rohrscheidt, v. 597, 599, 894.
Rohwedder 347.
Rost 25, 760, 786.
Roth (Potsdam) 55, 370. 716. (S. H.) 130, (B. D. M.) 81.
Roth (Frankfurt a. M.) 273.
Rubner 334, 786.
Ruegenberg 74, 235, 286, 287, 327, 330.
Runge 883.
Rusack 541.
Ruzicka 679.

Salm 334.
Salmon 559.
Salomon 431, 437, 716, (B. D. M.) 78, 82.
Saafelice 678.
Savigny, v. 248, 279, 284.
Savoire (S. H.) 96.
Schaefer 77.
Schaeffer, Oscar 191, 686, (S. H.) 115.
Schaeffer, R. 627.
Schaper 334.
Schawaller 810.
Schede 619, 621.
Schenk 353.
Scheuerlen 545.
Schichold 463.
Schild 884.
Schiller 633.
Schilling 23.
Schimmel 174.
Schlag 377.
Schlagenkaufer 366.
Schlechtendahl 351.
Schmidt (Liegnitz) 6, 537.
Schmidt (Posen) 186.
Schmidt (Alfred) 650, 865.
Schmidt, F. C. Th. 693.
Schmidt-Petersen 735.
Schmidt (Marburg) 760.
Schmidt, H. 785.
Schmidt (Bonn) 815.
Schmidt, M. B. 845.
Schmidtmann 246, 575, 582, 690.
Schmiele 508.
Schneider (Merseb.) 508.
Schneider (Wien) 721.
Schönstedt 174, 175.
Schrakamp 703, (B. P. M.) 21.
Schrenk-Nostiz, v. 356.
Schröder 187, (S. H.) 87.
Schütz, Joseph 350, 557.
Schulz, Arthur 637, 714, 789, (B. D. M.) 55.
Schulze-Bonn 815.
Schumann (S. H.) 126.
Schwabe 183.
Schwalbe 130.
Schwarze 360.
Schweizer 843.
Seel 758.
Seemann (S. H.) 82.
Seige 83.
Selburg 30, 334.
Seliger 667
Sengler 167.
Sergent 80.
Seubert 81.
Sichtenfeld 856.
Siefert 669.
Siegel 715, (B. D. M.) 78.
Skrzeczka 412.
Smith 83.
Soboda 686.
Solbrig 33, 58, 565.
Sonntag 83, 787.
Sprengel 31, 135.
Springfeld (S. H.) 60.
Staudy, v. 330.
Stauss 567.
Steffan 96.
Steinkopff (S. H.) 41.
Steinmeister 699.
Steinmetz 721, (B. D. M.) 107, 114.
Stier 404.
Stoelzing 457.
Stoewer 844.
Stolper, 359.
Strachau 523.
Strassmann 583, 706, 711, (B. P. M.) 68; (B. D. M.) 16.
Strassner 696.
Strössner 485.
Strohe 751.
Studt, Exc. 242, 330, 373, 374, (S. H.) 105.
Stumm 812.
Székely (S. H.) 122.

Tanzig 560.
Taschiro 626.
Tesdorf 75.
Teske 832.
Thalmann 888.
Thiele 438.
Thomas 670.
Thumm 406.
Tjaden 82.
Toerngren 662.
Tonzig 892.
Toporski 186.
Traugott 405.
Trillich 687.
Troeger 752.
Trott zu Solz, v. 699.
Turban (S. H.) 102.

Uber 822.
Ucke 626.
Ueberholz 592.
Uhlenhuth 364.
Uhlmann 795.
Ungar, 417, 746.
Unna 848.
Unterberger (S. H.) 102.

Vaillant 190.
Vansteenberghe 479.
Vetter 367.
Viereck 842.
Villaret 130.
Virchow 688, 760.
Voges 367.
Voigt (Hamburg) (S. H.) 118.
Vorster 400.
Voss, v. 13.
Voss 629.

Wachholz 189, 750, 881,
Wagner (S. H.) 87.
Waldschmidt 77.
Walker 203.
Walther 594.
Wartensleben, Graf v. 403.
Wasitlewsky 202.
Wassermann 363.
Weber 668.
Wecker 414.
Weichardt 323, 729.
Weicker 206.
Weihe 402.
Weinberg 680.
Weitzel 737
Wellburn 850.
Wendel 813.
Werner 510.
Wernicke 187, 333, 518.
Wesche 758.
Westergart 722.
Westphal 364.
Wetekamp 402.
Wetzel 666.
Weygandt 253.
Weyl 289, 791.
Wildholz 367.
Wilhelmi 18, 752, 841.
Williams 851.
Wille 722, (B. D. M.) 110.
Winkler 232, 283, 375.
Wodtke 42, 700, (P. Pr. M.) 5, 20, 21, 23.
Wolff 213, 366, 714, 788 (S. H.) 93.
Wollenberg 544.
Wolpert 893.

Zedlitz u. Neukirch v. 250.
Ziemke 349, 715, B. D. M.) 56.
Ziemssen, v. 95.

15. Jahrg. 1902.

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

Ein Fall von Exhibitionismus.

Von Dr. med. H. Hoffmann, Gerichtsarzt in Elberfeld.

Wohl jeder Fall von Exhibitionismus ruft die Frage wach: Ist der Thäter geistesgesund? Diese Frage erscheint umsomehr berechtigt, wenn der Thäter bereits desselben Deliktes wegen vorbestraft ist. Geschlechtliche Perversitäten[1]) sind in foro wenigstens so weit zu berücksichtigen, dass sie Veranlassung geben zu einer gerichtsärztlichen Untersuchung des Geisteszustandes des Thäters; das ist eine Forderung, der jetzt wohl allgemein von den zuständigen Behörden entsprochen wird.

Interessant ist der von Freyer[2]) geschilderte Fall, der zeigt, wie lange Zeit vergeht, und welche Schicksale einem solchen Kranken beschieden sein können, ehe er als Kranker erkannt wird. Und sicher ist dieses nicht der einzige derartige Fall! Anderseits glaube ich, dass v. Krafft-Ebing[3]) zu weit geht, wenn er im Allgemeinen sagt: „Die läppische Art und Weise dieser Geschlechtsbethätigung oder sexuellen Demonstration weist auf in-

[1]) Siehe Schuchardt: Zur krankhaften Erscheinung des Geschlechtssinnes. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1890, Nr. 6. Strassmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Stuttgart 1895. Bassenge: Der Exhibitionismus und seine forensische Bedeutung. Ing.-Diss. Berlin 1896. Reimann: Exhibition eines nicht erweislich Geisteskranken. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1898, Nr. 7. Schlockow: Der Kreisarzt. Berlin 1900.

[2]) Ein weiterer Beitrag zu den Fällen von Perversität der Geschlechtsempfindung. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1890, Nr. 8.

[3]) Psychopathia sexualis. Stuttgart 1894.

tellektuellen und ethischen Schwachsinn oder wenigstens auf temporäre Hemmung intellektueller und ethischer Funktionen hin."

Wenigstens kann man in foro nicht jeden Exhibitionisten als geisteskrank im Sinne des §. 51 des Strafgesetzbuches ansehen. Vielmehr muss man, wie auch Cramer[1]) betont, in jedem Falle von Exhibitionismus die Krankheit nachweisen, wenn der §. 51 zur Geltung kommen soll; die sexuell abweichende Handlung an sich genügt nicht, um eine geistige Erkrankung in dem Sinne dieses Paragraphen als vorhanden anzusehen. Auch Seiffer[2]) hebt hervor, dass es nicht auf die Qualität des Deliktes, sondern auf den Geisteszustand des Delinquenten ankommt.

Der Reiz, die Leidenschaft ist abnormer Natur, aber der normale Mensch muss eben auch den abnormen Trieb niederkämpfen können. Der weitaus grösste Theil der Exhibitionisten wird allerdings wohl mit Recht den §. 51 für sich bezw. für die That in Anspruch nehmen können: unter 75 Fällen von Exhibitionismus fand Seiffer nur 11, die nicht den Geisteskranken zuzuzählen waren.

„Gewohnheitsmässige" Exhibitionisten zu beurtheilen, macht oft grosse Schwierigkeiten, da derartige Menschen sehr häufig auf der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehen; hier ist die Antwort auf die Frage: „Krankheit oder Laster" nicht immer leicht.

Ihre Vertreter finden die Exhibitionisten in allen Gesellschafts- und in allen Altersklassen. Dass in der grossen Mehrzahl der Fälle vor Kindern, kleinen Mädchen, exhibitionirt wird, sucht v. Krafft-Ebing damit zu erklären, dass es eben leichter möglich sei, an Kinder heranzukommen, und dass den oft impotenten Thätern eine gewisse Scheu vor erwachsenen weiblichen Personen innewohne. Hoche und Seiffer dagegen sind anderer Ansicht: Der Exhibitionist sucht seine Befriedigung in der Entblössung seiner Genitalien, diese Befriedigung wird grösser, hat einen besonderen Reiz, wenn er die Wirkung der Entblössung an unverdorbenen, reinen Kindern beobachten, bei ihnen geschlechtliche Gedanken anregen kann.

Polenda glaubt zwischen Hernien und Anomalien der Geschlechtsorgane einerseits und dem Exhibitionismus anderseits einen gewissen Zusammenhang voraussetzen zu sollen, eine Annahme, die eine Bestätigung bisher nicht gefunden hat. Eher sind wohl abnorme Genitalien und der Exhibitionismus Zeichen einer allgemeinen Degeneration.

Das grösste Kontingent der Exhibitionisten stellen die Epileptiker; unter jenen 75 Fällen fanden sich 18 Epileptische. Auch Cramer sagt, dass der Exhibitionismus am häufigsten bei solchen Individuen vorkommt, die mit Fallsucht behaftet sind. Es kann dieser Umstand, d. h. die grosse Betheiligung der Epileptiker nicht Wunder nehmen, wenn man bedenkt, welch grossen

[1]) Gerichtliche Psychiatrie. Jena 1900.

[2]) Ueber Exhibitionismus. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Berlin 1898.

Prozentsatz die Epilepsie überhaupt liefert von solchen Personen, die mit dem Strafgesetze in Konflikt gerathen. Seiffer sagt, dass fast der vierte Theil aller Delinquenten, über die er in der Literatur berichtet fand, Epileptiker waren. Diese Kranken exhibitioniren ohne ein bewusstes Motiv; es treibt sie vielmehr ein innerer Drang, ein Befehl zu der That, sie handeln impulsiv. Sie begehen die That in einem Dämmerzustande, ohne Bewusstsein und ganz sicher ohne Cynismus, wie v. Krafft-Ebing ausdrücklich hervorhebt. Dass sie so leicht rückfällig werden, erklärt sich nach demselben Autor so: ist einmal eine bestimmte Handlung in einem Anfalle zu Stande gekommen, so wiederholt sie sich um so leichter in jedem folgenden Anfalle, weil sich sozusagen ein ausgefahrenes Geleise in der Bahn der Motivation gebildet hat.

Den Epileptikern stehen in Bezug auf die Ausübung der That sehr nahe die Neurastheniker. Auch diese handeln impulsiv, unter einem gewissen Drange, vielleicht auch in anfallsweise auftretenden Dämmerzuständen. Seiffer zählte unter seinen 75 Fällen 8 Neurastheniker, von denen er aber sagt, dass es „reine" Neurastheniker sicherlich nicht seien; ein Theil sei mit „epileptischen Elementen" vermischt, ein anderer Theil sei zu den „Degenerirten" zu zählen u. s. w. Krafft-Ebing sagt aber auch selbst von den Dämmerzuständen, dass sie vielleicht epileptoide seien.

Als dritte Gruppe seien die Dementen genannt, die an Zahl den Epileptikern gleichkommen, sie nach v. Krafft-Ebing sogar übertreffen. Zu diesen gehören die an angeborenem oder an erworbenem Schwachsinn Erkrankten (Dementia senilis, paralytischer Blödsinn u. s. w.). In diese Abtheilung werden auch gerechnet die sogenannten ideellen Exhibitionisten, die allerdings noch sehr weit von den reellen entfernt sind. Es sind dies Leute von sehr tief stehender Moral, die ein Vergnügen darin finden, die Wände öffentlicher Aborte u. s. w. mit unzüchtigen und schmutzigen Figuren zu bemalen.

Als weitere Gruppe zählt Seiffer 13 Degenerirte auf, zu denen er im Sinne Magnan's solche Kranke rechnet, bei denen auch sonstige Zeichen hereditärer Degeneration vorhanden sind, die ebenfalls unter einem bestimmten Zwange handeln, und deren That einen typischen Verlauf nimmt, wohin auch die Unruhe und Angst vor der That, Erleichterung und Beruhigung nach derselben gehören. Das Bewusstsein ist während der That erhalten.

Es folgt die Gruppe der Alkoholisten und die der eigentlichen Psychosen.

Den Schluss bilden die zweckbewussten, gewohnheitsmässigen Exhibitionisten. Dass wir uns bei ihnen oft auf der Grenze zwischen Gesund und Krank bewegen, ist schon angedeutet; oft sprechen hier pathologische Verhältnisse ein Wort mit, doch nicht kräftig genug, um dem Gutachter mit Recht den Hinweis auf §. 51 zu ermöglichen.

Die Begutachtung derartiger Fälle ist, wie schon gesagt,

nicht immer leicht: Die ganze Persönlichkeit, die Anamnese, die erbliche Belastung, das Motiv für die That muss berücksichtigt, jede Erkrankung (Epilepsie, Degeneration u. s. w.) muss festgestellt werden.

Schwierig und verantwortungsvoll ist das Gutachten, wenn die Aussagen des Untersuchten, nicht kontrollirt werden können, und wenn der Arzt nur auf diese Angaben angewiesen ist.

In dieser Lage war ich, als ich den nachstehenden Fall zu begutachten hatte:

Am 17. Mai Vormittags musste die 14 Jahre alte E. nach dem Geschäftslokale der Ortskrankenkasse gehen; dort in dem Hausflure traf sie den Angeschuldigten R., der seinen Geschlechtstheil aus der Hose hängen hatte und sich fortgesetzt so stellte, dass sie das Glied sehen musste. Dieselbe E. giebt weiter an, dass sie ungefähr 14 Tage früher denselben Mann auf der W.-Strasse in der gleichen Situation getroffen habe. Gesprochen habe der Thäter beide Male nicht; Zeichen von Trunkenheit habe sie nicht bemerkt.

Die 25 Jahre alte K. erzählt, dass ihr am 15. Mai an der Ecke der X.- und Y-Strasse eine Mannesperson begegnet sei, die sofort bei der Begegnung den Geschlechtstheil aus der Hose herausgezogen habe; an derselben Strassenecke habe sie am 17. Mai, Vormittags zwischen 9 und 10 Uhr, denselben Mann wieder getroffen, und wieder habe er seinen Geschlechtstheil aus der Hose herausgezogen gehabt. Gesprochen habe der Mann nicht; betrunken sei er nicht gewesen.

Den vorgeführten Angeschuldigten erkennt sie bestimmt wieder als den Mann, der ihr das geschilderte Aergerniss bereitet habe.

Endlich sagt eine dritte Zeugin, die H., sie habe am 17. Mai, Vormittags gegen 11 Uhr, von dem Fenster ihrer in der Z-Strasse belegenen Wohnung aus bemerkt, dass der Angeschuldigte auf der Strasse etwa 6 kleinen Mädchen seinen entblössten Geschlechtstheil gezeigt habe; sie kenne den beklagten R. daher, dass er schon einmal im Laufe des vergangenen Jahres öffentliches Aergerniss erregt habe dadurch, dass er auf der Strasse seinen Geschlechtstheil entblösst habe.

Der in der Untersuchungshaft befindliche R. leugnet jede Schuld: er giebt zwar zu, an jenem 17. Mai an den bezeichneten Orten gewesen zu sein, aber in seiner Nähe habe sich noch ein anderer Mann aufgehalten, der dann auch gesehen haben würde und gesehen haben müsste, wenn er exhibitionirt hätte.

Dieser zweite Mann, der grosse Unbekannte, konnte nicht ausfindig gemacht werden; die Zeuginnen bestreiten energisch, dass ein zweiter Mann dabei gewesen sei, auch sei ein Irrthum in der Persönlichkeit ausgeschlossen.

Erschwerend fällt für R. in's Gewicht, dass er bereits vier Mal desselben Deliktes wegen und zwei Mal wegen Vornahme unzüchtiger Handlungen vorbestraft ist.

Diese Häufigkeit der Strafthaten erweckte natürlich den Verdacht auf geistige Abnormität des Thäters.

R., 59 Jahre alt, stammt angeblich aus einer Familie, die erblich nicht belastet ist. Irgend welche Geistes- und Nervenkrankheiten, Krämpfe, Selbstmord oder Selbstmordversuche sollen in der Familie nicht vorgekommen sein, nur habe der Vater bisweilen getrunken, sei auch ab und zu betrunken gewesen. Die Eltern sind lange todt, die Todesursache ist R. unbekannt; über das Schicksal und den Aufenthaltsort der Geschwister weiss er nichts. Nach seiner Kenntniss sind Eltern und Geschwister stets gesund gewesen; ein Bruder ist an Cholera gestorben.

Seine Entwickelung soll regelmässig gewesen sein, jedoch hat er viel an skrophulösen Ausschlägen gelitten; in Folge dessen ist auch sein Schulbesuch kein regelmässiger gewesen. Er hat nie an Krämpfen gelitten und nie eine Geistes- oder Gemüthskrankheit überstanden. Von sonstigen Krankheiten giebt er an, dass er von Jugend an auf dem linken Ohre schwerhörig ist, dass er vor längeren Jahren ein Mal Gelbsucht, auch ein Mal Tripper gehabt, in Folge eines Unfalls die beiden Vorderarme gebrochen hat und seit Ende des vorigen

Jahres lungenleidend ist. (Tuberkulose.) Zeitweise hat er stark dem Alkoholgenusse (Schnaps) gefröhnt; seit einem Jahre trinkt er angeblich absolut nicht mehr.

Sein Geschlechtstrieb hat sich angeblich mit dem 15. oder 16. Lebensjahre entwickelt; Onanie will er nie getrieben haben. Er ist nach seiner Entlassung aus der Schule Maurer geworden, hat ausgelernt, ist dann auf der Wanderschaft gewesen; Soldat ist er nicht gewesen. Im Jahre 1870 hat er geheirathet, lebt aber seit 1884 von seiner Ehefrau getrennt; seit 1892 ist er offiziell geschieden, weil die Ehefrau die eheliche Treue nicht gehalten hat; wo sich dieselbe aufhält, weiss er nicht.

Aus der Ehe ist ein Sohn hervorgegangen, der jetzt 31 Jahre alt und — soweit B. weiss — auch immer gesund gewesen ist. Zwei Kinder sind an „Zahnkrämpfen" gestorben, und zwei Kinder todtgeboren.

Auch nach der Trennung von seiner Ehefrau hat er auf gewöhnlichem Wege geschlechtliche Befriedigung gesucht; er hat keineswegs eine Abneigung gegen normalen sexuellen Verkehr.

R. sieht elend aus und macht nicht gerade den Eindruck eines geistreichen Menschens. Er ist kaum mittelgross, seine Ernährung ist mangelhaft, seine Muskulatur und sein Fettpolster sind spärlich entwickelt. Das Aussehen entspricht ungefähr dem Alter. Der Kopf hat keine auffallende Form. Die beiderseits gleichen Pupillen reagiren etwas träge auf Lichteinfall; im linken äusseren Gehörgange besteht eitriger Ohrenfluss, das linke Trommelfell erscheint verdickt und getrübt. Die Zunge zittert kaum beim Herausstrecken, hat keine Zahneindrücke und keine Bissnarben.

Die Sprache ist fliessend. Die Lungen zeigen beide an der Spitze verschärftes Athmen; rechts findet sich auch stellenweise verkürzter Perkussionsschall. Der Puls ist regelmässig, klein und hart, 80 Schläge in der Minute; Herzdämpfung ist die gewöhnliche, die Herztöne sind rein.

An den Unterleibsorganen ist nichts Besonderes zu finden; die Leber ist nicht vergrössert, auch an den Geschlechtstheilen nichts Auffallendes. Bruch oder Bruchanlage besteht nicht.

Die ausgespreizten Finger zittern nur unmerklich; Schwanken des Körpers bei geschlossenen Augen und Füssen tritt nicht ein; der Kniescheibenreflex ist vorhanden.

Sein Wissen entspricht seinem Bildungsgrade; er ist in den Schulfächern noche inigermassen bewandert. Sein Vorstellungsvermögen ist nicht verlangsamt, sein Urtheil ist richtig.

Er selbst giebt keine Erklärung für seine Thaten; die früheren will er in der Trunkenheit begangen haben, die letzteren, deren wegen er jetzt unter Anklage steht, leugnet er in der oben geschilderten Weise.

Standen hier nun die treibenden und die hemmenden Vorstellungen in einem richtigen Verhältniss zu einander? Sicherlich nicht! Aber war das Missverhältniss durch Krankheit bedingt?

Gegen ein impulsives Exhibitioniren würde wohl der Umstand nicht sprechen, dass R. an dem fraglichen 17. Mai an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten gesehen worden ist, auch ein „Dämmerzustand" könnte von längerer Dauer sein; aber die Beobachtung und die Untersuchung ergiebt überhaupt keinen Anhaltspunkt für einen abnormen Geisteszustand, Trunkenheit eingeschlossen. Die Anamnese lässt im Stiche, der Vater war Potator, R. selbst hat zwei Kinder an „Zahnkrämpfen" (meningitis tub.??) verloren, zwei wurden todt geboren. Das ist das Einzige, was von Belang festgestellt wird ausser dem wahrscheinlich früher dagewesenen Alkoholmissbrauch; aber diese Momente genügen nicht, eine Unzurechnungsfähigkeit aus §. 51 herleiten zu können. Auch die wahrscheinlich auf skrophulöser Basis beruhende Ohr-Eiterung bringt uns für sich allein hier nicht weiter.

Die Frage: war die Perversität eine krankhafte, oder war

sie ein schamloser Verstoss gegen die Sittlichkeit? musste daher in dem letzteren Sinne beantwortet werden.

Demgemäss erfolgte Verurtheilung und zwar zu zwei und einem halben Jahre Gefängniss.

Zum Begriff „Homöopathische Zentral-Apotheke" im handelsrechtlichen Sinne.

Von Dr. **Arthur Schmidt**, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Liegnitz.

Am 1. April d. J. meldete der Apothekenbesitzer Ed. H. in G. bei dem Kgl. Amtsgericht daselbst zur Eintragung in das Handelsregister an, dass er unter der Firma:

„Kronen-Apotheke, Homöopathische Zentral-Apotheke, Drogenhandlung, Chemisch-analytisches und bakteriologisches Laboratorium, Ed. H.",

am Orte eine Apotheke betreibe. Am 15. April beantragte der Besitzer der Humboldt-Apotheke in G. bei dem Amtsgericht, den p. H. zu beauftragen, seine Firma „Homöopathische Zentral-Apotheke" im Handelsregister ändern zu lassen, da er bereits im Jahre 1897 habe eintragen lassen:

„Humboldt-Apotheke und Homöopathische Zentral-Apotheke in G., Carl M.",

indem er sich auf §. 30 des Handelsgesetzbuches und §. 8 des Gesetzes über unlauteren Wettbewerb berief.

Er begründete seinen Antrag mit der Behauptung, H. habe überhaupt keine homöopathische Apotheke; er halte nur homöopathische Mittel in einem Schrank feil (Abs. 1, §. 50 des Min.-Erl. vom 16. Dezbr. 1893), dürfe nach seinem Vertrage mit der Firma Schwabe-Leipzig nur die gebrauchsfertigen homöopathischen Originalpackungen und Geheimmittel von dieser Firma verkaufen, ferner Rezepte nur aus Schwabe'schen Verdünnungen herstellen, somit nicht die Thätigkeit eines Apothekers — nämlich Urstoffe, Urtinkturen und aus ihnen Verdünnungen und Verreibungen selbst bereiten — entwickeln. Der Kreisarzt gab am 1. Mai sein Gutachten dahin ab:

1. dass H. eine homöopathische Apotheke hat, wenn auch eine unvollständige (§. 50, Abs. 1. a. a. O.);

2. dass H. auch dann die Thätigkeit eines Apothekers entwickelt, wenn er gemäss seines Vertrages mit Apotheker Schwabe-Leipzig nur aus den von ihm bezogenen Urstoffen, Urtinkturen und deren Verdünnungen Rezepte anfertigt.

Der Vertreter des Klägers beantragte ein Obergutachten des Unterzeichneten, worin bezeugt werde:

1. dass nur der Antragsteller M. eine homöopathische Apotheke in G. besitze;

2. dass der Apotheker H. mit dem Zusatze „Homöopatische Zentral-Apotheke" eine Täuschung über die Art und den Umfang seiner Apotheke herbeiführe, nicht dagegen der Antragsteller M.; denn nur letzterer betreibe eine homöopathische Apotheke mit allen dazu nöthigen Einrichtungen, während H. lediglich ein oder zwei Schränke mit fertigen Präparaten dastehen habe.

In Verfolg dieses hatte ich die zwei folgenden Gutachten abzugeben und zwar:

I. ein vorläufiges auf Grund der Akten;

II. ein endgültiges auf Grund örtlicher Feststellungen in beiden Apotheken.

I. Vorläufiges Gutachten vom 11. Juni 1901.

Die Bezeichnung „Homöopathische Zentral-Apotheke“ ist in den vorhandenen Verordnungen über das Apothekenwesen, im besonderen auch in den Vorschriften über Einrichtung und Betrieb der Apotheken, Zweigapotheken, Krankenhausapotheken und ärztlichen Hausapotheken (vergl. Runderlass des Ministers der geistl. pp. Angelegenheiten vom 16. Dezember 1893, Nr. 12911) nicht enthalten. Die Ueberschrift unter E daselbst lautet:

„Homöopathische Apotheken und ärztliche homöopathische Hausapotheken.“

In §. 50 ebendaselbst wird unterschieden:

a) zwischen dem „Vorräthighalten homöopathischer Mittel in einem Schrank“;

b) dem Vorhandensein einer „vollständigen homöopathischen Apotheke“.

In der Anweisung zur amtlichen Besichtigung der Apotheken, Zweigapotheken, Krankenhausapotheken und ärztlichen Hausapotheken vom 16. Dezember 1893 a. a. O. heisst es im §. 26: „Homöopathische Abtheilungen“ in Apotheken werden gemäss §. 50 der Vorschriften über Einrichtung und Betrieb der Apotheken pp. besichtigt.

Hieraus ergiebt sich, dass unter die Bezeichnung „Homöopathische Abtheilungen“ in Apotheken sowohl die unter a) genannten „homöopathischen Schränke“, als die unter b) bezeichneten „vollständigen homöopathischen Apotheken“ begrifflich fallen.

Die Entscheidung, ob eine Einrichtung letzterer Art (b) vorliegt, hängt nach §. 50, Abs. 2 der betr. Vorschriften von dem Ermessen des Regierungspräsidenten ab, der sich hierbei in der Regel auf das Gutachten seines medizinisch-technischen Dezernenten, des Regierungs- und Medizinalraths, stützen wird, da allgemeine Bestimmungen über Wesen und Begriff einer „vollständigen homöopathischen Apotheke“ nicht bekannt sind, auch das Erforderniss einer bestimmten Anzahl homöopathischer Arzneistoffe — wie in dem Arzneiverzeichniss (Series medicaminum) gemäss §. 27 der Betriebsvorschriften für die „Apotheken“ — für die Inhaber „vollständiger homöopathischer Apotheken“ nicht gegeben ist. Nur für die homöopathischen, selbst dispensirenden Aerzte ist in der Anlage a zum Runderlass vom 28. Februar 1846 (Eulenberg's Medizinalwesen, 3. Auflage, Berlin 1874, S. 336) ein Verzeichniss der wichtigsten in der ersten Verdünnung vorräthig zu haltenden Arzneistoffe vorgeschrieben. Es sind deren 52.

Soll trotzdem von mir eine gutachtliche Aeusserung darüber abgegeben werden, was unter einer homöopathischen Zentral-Apotheke zu verstehen sei, so wird eine solche Bezeichnung an sich, d. h. unabhängig von der landespolizeilichen Erlaubniss, nur zulässig erscheinen,

1. wenn eine nach dem Ermessen des Regierungspräsidenten „vollständige homöopathische Apotheke“ vorhanden ist;

2. wenn diese gemäss §. 50 a. a. O. in einem nur zu diesem Zweck zu verwendenden hellen Raume und gemäss Abs. 3 u. 4 daselbst ordnungsmässig eingerichtet ist, und

3. wenn der Betrieb derselben sich nicht lediglich auf die Abgabe einzelner Arzeneien im Handverkauf oder auf Rezept an das Publikum des Apothekenortes und seiner nächsten Umgebung erstreckt, sondern als ein mehr oder weniger grosshändlerischer und von dem Wohnsitz des Apothekeninhabers als einem Mittelpunkte, über den gewöhnlichen Kundenkreis einer Apotheke hinaus räumlich sich ausdehnender erwiesen ist.

Eine im Herbst vorigen Jahres vorgenommene ordentliche Besichtigung der Humboldt-Apotheke führte zu einem Ergebniss, welches die Annahme des Vorhandenseins einer „vollständigen homöopathischen Apotheke“ und zwar mit besonderem Eingange von der Strasse aus und mit entsprechender Bezeichnung über der Eingangsthür, zulässt. Ob aber nach der vorher unter Ziffer 1—3 gegebenen Definition die Bezeichnung „homöopathische Zentral-Apotheke“ auf die von dem Apotheker M. in seiner Humboldt-Apotheke vorhandene vollständige homöopathische Apotheke zutrifft, lässt sich nur durch eine örtliche Untersuchung über den Geschäftsumfang der genannten homöopathischen Apotheke im Sinne der Ziffer 3 meiner Definition feststellen.

Die Kronen-Apotheke des H. hatte ich überhaupt noch nicht Gelegenheit zu besichtigen. Ob er „nur einen oder zwei Schränke mit homöopathischen Arzneimitteln“ nach Ansicht des Rechtsanwalt D. in dessen Eingabe vom 22. 5. d. J. hält oder eine „vollständige homöopathische Apotheke“ besitzt, ist mir unbekannt. Ohne die Vornahme einer örtlichen Besichtigung und einer Feststellung des Geschäftsumfanges und der Art des Vertriebes der vorhandenen homöopathischen Arzneimittel ist die gestellte Frage, ob der Apotheker H. berechtigt erscheint, seine Apotheke eine „Homöopathische Zentral-Apotheke“ zu nennen oder, ob in dieser Firmirung ein Verstoss gegen §. 18, Abs. 2 des H. G. B. zu finden ist, nicht zu beantworten.

Ich stelle daher Weiteres anheim und ersuche g. F., mich schriftlich zur Vornahme der erforderlichen Feststellungen in den Räumen der Humboldt-Apotheke sowohl, wie der Kronen-Apotheke zu G. ausdrücklich zu ermächtigen.

II. Definives Gutachten vom 11. September 1901.

Auf Grund der erhaltenen schriftlichen Ermächtigung vom 4. Juli d. J. 13. H. R. A. 206 begab ich mich am 26. August d. J. früh 8 Uhr in die Kronenapotheke des Apothekers H., Bismarckstrasse 2, und stellte folgendes fest:

An dem Hause des H. steht über dem Schilde „Kronenapotheke“ die Aufschrift: „Allein-Depot Dr. Schwabe's homöopathischer Zentral-Apotheke.“ Betritt man von der Strasse die Apotheke, so gelangt man in die Offizin; rechter Hand von dieser liegt ein einfenstriges schmales Zimmer mit dem Zu-

gang von der gen. Offizin. Auf dem äusseren Fenster dieses Zimmers steht „Kronenapotheke“; innerhalb des Fensters (Schaufensters) liegt ein Schild von Pappe mit der Aufschrift:

„Niederlage gebrauchsfertiger homöopathischer Arzeneien
in Originalpackungen
der homöopathischen Zentralapotheke
Dr. Willmar Schwabe, Leipzig.“

Ueber dem Schaufenster, aussen, steht „Homöopathische Offizin“.

Dieses Zimmer, ohne besonderen Eingang von der Strasse, enthält die in der Firma des H. benannte „Homöopathische Zentral-Apotheke“.

Es fanden sich hier an der an die Offizin der Kronenapotheke grenzenden Wand 3 Schränke, einer links, 2 rechts von der Zugangsthür, ferner ein auf einem Tisch ruhendes Gestell mit Büchern; in einem Fach dieses Gestelles standen 8 angebrochene Flaschen mit homöopatischen Arzeneien von Schwabe (Sulfur, Arsenik, Belladonna u. A.) von 10—15 Gramm Inhalt für die Rezeptur, d. h. zum Gebrauch bei Anfertigung homöopathischer Rezepte, in einem anderen Fach chemische Reagentien, auf dem Tisch ein Polarisationsapparat.

Auf den 3 vorgenannten Schränken, in denen sich die gebrauchsfertigen homöopathischen Arzeneien in Schwabe'scher Originalpackung befinden, standen allerlei massanalytische und andere Geräthe, wie solche für eine Laboratorium einer gewöhnlichen „Apotheke“ gemäss §. 21 der Vorschriften über Einrichtung und Betrieb der Apotheken, Zweig-Apotheken, Krankenhaus-Apotheken und ärztlichen Hausapotheken vom 16. Dezember 1893 vorräthig zu halten sind.

An der gegenüberliegenden Wand stand ein Schreibtisch, auf diesem 3 Mikroskope; im übrigen standen 1 Ofen und 1 oder 2 Stühle im Zimmer.

Um über die Art und Menge der vorhandenen Vorräthe eine Uebersicht zu gewähren, sei folgendes bemerkt:

Die beiden Hauptschränke rechter Hand, braun, I u. II, sind kaum von mittlerer Grösse; der linker Hand stehende gelbe Schrank III ist als klein zu bezeichnen.

Der Schrank I weist oben 5 Fächer mit Streukügelchen und Verreibungen in Verdünnungen 3—6 (Zeichen D3 bis D6) in kleinen Originalfläschchen, alphabetisch geordnet, in mehrfachen, bis zu 10 Reihen hinter einander gestellt, auf. Unterhalb sind 4 Fächer mit Originalfläschchen von 25 bis 100 Gramm, darunter auch Arzeneien zu äusserlichem Gebrauch, wie Rutatinktur u. A., alles mit Stanniol oben verschlossen und mit Schwabe'schem Papierschild.

Schrank II: in der oberen Hälfte hinter Glasthüren 9 Reihen kleinere Fläschchen zu 10 gr; hiervon sind die oberen 3 mit Mitteln der Tabula C in D2 bis D5, die unteren 6 mit indifferenten Mitteln besetzt. Ganz unten sind 7 Schiebekasten mit Fläschchen von Nux vomica, Belladonna u. A.; ferner Uebervorräthe in kleinen Mengen, 1 Schub mit sog. Spezialitäten, z. B. Kamphorpillen, Hamamelissalbe (50 gr), Arnikaseife, Choleratropfen u. A., die Flaschen mit Stanniolverschluss, alle Gefässe mit Schwabe's Papierschild; im untersten Fach in einem Schränkchen lagen homöopathische Drucksachen, wie anliegendes Stück.[1])

Ebenda war eine grössere Pappschachtel, bezeichnet Tab. B. (enthaltend homöopathische Gifte), mit 50 schwarz zugebundenen Fläschchen, z. B. Mercur. sulf. D3, Atropin. sulf. D3, Mercur. jodat. ruber D3, Digitalis D3 u. A., alles in Schwabe'scher Packung.

Schrank III, gelb, links von der Zugangsthür, enthält 5 Fächer, davon 4 mit Schwabe'schen homöopathischen Spezialitäten, z. B. Stuhlzäpfchen, Arnika-Kollodium, Zahntinktur, Hensel's Tonikum, theils in Flaschen, theils in Blechbüchsen von 50—150 gr. Im unteren Fach stehen 6 grosse 500 gr-Flaschen, diese zum Auswiegen für Anfertigung homöopathischer Rezepte, und zwar: Aconit, Bryonia, Belladonna, Nux vomica, Pulsatilla, Arsenicum D4, alle von Schwabe; ausserdem noch 2 Flaschen zu 200 gr, Rhus-Tinktur und Bryonia, letztere Flasche mit Schwabe'scher Beschilderung.

Während meiner längeren Anwesenheit wurde ein homöopathisches Rezept von Dr. M. angefertigt. Rhus toxicodendri 5,0 D3. S. Nach Bericht. Es wurde

[1]) Reklamestück, nicht abgedruckt.

zu diesem Ende ein kleines Schwabe'sches Originalfläschchen geöffnet; die Abwiegung und Anfertigung fand nicht in dem als „homöopathische Offizin" bezeichneten Zimmer, sondern in der Offizin der Kronen-Apotheke seitens des 1. Gehülfen statt. Es ergab sich auch, dass in der bis jetzt beschriebenen homöopathischen Offizin weder besondere Waagen, Gewichte, noch Mörser oder Löffel etc. zur Anfertigung homöopathischer Rezepte vorhanden waren.

Aus Vorstehendem ergiebt sich, dass der Apothekenbesitzer H. neben der Offizin der Kronenapotheke ein Zimmer besitzt, in welchem 3 Schränke — 1 kleiner und 2 mittelgrosse —, mit homöopathischen Mitteln in Schwabe'scher Packung für Handverkauf und Rezeptur sich befinden; es fehlen jedoch in diesem von ihm als „homöopathische Offizin" bezeichneten Raume die für die Rezept-Anfertigung sowohl für die indifferenten Stoffe bezw. die Mittel der Separanda, Tab. C, als auch für die Gifte, Tab. B, erforderlichen Waagen, Gewichte und sonstigen Dispensirgeräthe, so dass die H.'sche „homöopathische Offizin" nicht als eine „vollständige homöopathische Apotheke" im Sinne der Ziffer 1 meines vorläufigen Gutachtens (Bl. 31 der Akten), als eines der drei Erfordernisse für das Bestehen einer homöopathischen Zentral-Apotheke, angesehen werden kann.

Es fehlt ferner das für das Vorhandensein einer homöopathischen Zentral-Apotheke unter Ziffer 2 a. a. O. aufgestellte zweite Erforderniss, dass der als homöopathische Offizin benannte Raum nur zu diesem Zwecke Verwendung findet; denn es wurden in diesem Raume noch Reagentien und andere in die allopathische Haupt-Apotheke gehörende Gegenstände, ein mit Mikroskopen besetzter Schreibtisch, ein Polarisationsapparat, ein Büchergestell und dergl. mehr vorgefunden.

Obschon hierdurch erwiesen ist, dass die Vorbedingungen (s. 1. u. 2 a. a. O.) für die Berechtigung, diesen mit 3 Schränken für Handverkauf homöopathischer Mittel besetzten, nicht aber für Rezeptur solcher Mittel eingerichteten Raum und ohne besonderen Eingang von der Strasse, als homöopathische Zentral-Apotheke zu bezeichnen, fehlen, so bedarf es doch noch in Kürze der Begründung, dass für diese Berechtigung auch das unter Ziffer 3 a. a. O. angeführte letzte und wichtigste Erforderniss, nämlich dass der homöopathische Betrieb ein grosshändlerischer und ein über den gewöhnlichen Kundenkreis einer Apotheke in G. hinaus sich räumlich erstreckender sei, vermisst wird.

Nach §. 7 des mir von Herrn H. abschriftlich zugestellten, zwischen ihm als Rechtsnachfolger des Vorbesitzers L. (§. 6) und dem Dr. Willmar Schwabe zu Leipzig abgeschlossenen Vertrages werden die von anderen Apothekern in G. bestellten homöopathischen Waaren Herrn H. für seine Rechnung durch Dr. Schwabe-Leipzig zur Ablieferung übermittelt. Dieser Vertrieb hat nach Aussage des Herrn H. bisher nur an die Mohren-Apotheke (Luisenstrasse) und die Reichs-Apotheke (Moltkestrasse) stattgefunden; ebenso hat ein Verkauf homöopathischer Arzneimittel an Wiederverkäufer ausserhalb von G. bisher seitens des p. H. nicht stattgefunden. Den Nachweis, dass ein ausgedehnter Vertrieb der Schwabe'schen Mittel über den gewöhnlichen

Kundenkreis der Apotheken in G. hinaus anderweit, im Besonderen an Einzelkunden, vorliege, hat Herr H. auch nicht erbracht. Somit ist erwiesen, dass Herr H. nur eine unvollständige homöopathische Apotheke in einem auch für andere Zwecke dienenden Raume und keine homöopathische Zentral-Apotheke im Sinne meines vorläufigen Gutachtens vom 16. Juni d. J., Ziffer 1—3 (Bl. 31) besitzt.

Der Antrag des Klägers, des Besitzers der Humboldt-Apotheke und homöpathischen Zentral-Apotheke in G., Carl M., dem Apotheker Ed. H. in G. zu untersagen, in seiner Firma die Worte „Homöopathische Zentral-Apotheke“ zu führen, kann nur unter der Voraussetzung berechtigt erscheinen, dass er selbst eine homöopathische Apotheke besitzt, die nach Einrichtung und Betriebsumfang im Sinne der a. a. O. aufgestellten Definition als homöopathische Zentral-Apotheke benannt werden darf.

Der Nachweis für diese Berechtigung ist durch die am 26. v. M. gemachten örtlichen Feststellungen und durch sonstige Unterlagen erbracht.

In dem vorläufigen Gutachten vom 16. Juni d. J. war anerkannt, dass der Besitzer der Humboldt-Apotheke eine „vollständige homöopathische Apotheke“ mit besonderem Strasseneingang und entsprechender Bezeichnung über der Eingangsthür besitze.“

Zur näheren Begründung diene folgendes:

Das die homöopathische Apotheke enthaltende hohe und geräumige Zimmer hat zwei Zugänge, einen von der Offizin der Humboldt-Apotheke, einen von der Strasse her. Während man die Ecke Demianiplatz 56 und Grüner Graben gelegene Humboldt-Apotheke durch die Eingangsthür am Demianiplatz betritt, liegt die Eingangsthür zur homöopathischen Apotheke am Grünen Graben. Die letztere Eingangsthür trägt die Bezeichnung „Eingang zur homöopathischen Zentral-Apotheke“; oberhalb der Thür ist ein Schild „Homöopathische Zentral-Apotheke“.

An der rechten Wand finden sich:

I. Ein grosses Schrankgestell, braun, von etwa 3 m Höhe, 2,65 m Breite und 50 cm Tiefe, in der oberen Hälfte mit 5 getrennten Abtheilungen und 4, 5 und 9 Fächern, enthaltend Flaschen von 50—500 gr, auch 1—2 kg, mit zum Theil selbst bereiteten Urtinkturen und Verdünnungen von D1—8; in der unteren Hälfte 5 Reihen mit je 18 Schiebekästen für Streukügelchen und Pulver, selbst bereitet, D2—6; ausserdem Arbeitskästen.

II. Ein Giftschrank mit Glasthür, bezeichnet Tab. B.; oben 5 Fächer Verreibungen und Verdünnungen in Flaschen, unten Arbeitsgeräth: Waage, Löffel, Mörser, richtig bezeichnet.

An der linken Wand:

Zwei grosse, 2½ m hohe Wandgestelle mit 8 bezw. 9 Fächern.

I. Das der Strassen-Eingangsthür am nächsten gelegene Gestell enthält Pulververreibungen D1—6; auch Arbeitsgeräth, Mörser, Pistill und Mischzylinder, ausserdem in halber Höhe einen Dispensirtisch mit Tarirwaage zu 1 Kilo und einem Satz präzisirter Gewichte etc.

II. Das andere Wandgestell enthält oben Mittel der Tab. C, Urtinkturen und Verdünnungen, unterhalb Uebervorräthe von Dulcamara, Condurango, Thuja u. A.

Die Glasgefässe der vorgenannten Arzneimittel sind mit Glasstöpsel verschlossen und sämmtlich mit Brand- und Lackschildern versehen, welche in den vorgeschriebenen Farben inhaltsgemäss bezeichnet sind.

III. Ein kleines Wandgestell enthält $6 \times 4 = 24$ kleine Einzelfächer für abgefasste homöopathische Handverkaufspräparate mit der Signatur „Homöopathische Zentral-Apotheke für die Niederlausitz“.

Andere hierher nicht gehörende Gegenstände fanden sich in diesem Raume, ausser einem kleinen Schreibpult für Arzeneiabfertigung, nicht vor.

Aus Vorstehendem folgt, dass der p. M. ausser der Humboldt-Apotheke

1. eine vollständige homöopathische Apotheke führt,
2. dass diese gemäss §. 50 der Betriebsvorschriften vom 16. Dezember 1893 in einem nur zu diesem Zwecke zu verwendenden hellen Raume und gemäss Abs. 3 und 4 a. a. O. ordnungsmässig eingerichtet ist.

Es erübrigt sich noch die Erörterung des Umfanges des Betriebes im Sinne der unter Ziffer 3 am 16. Juni d. J. (Bl. 31) abgegebenen Definition des Begriffes „Homöopathische Zentral-Apotheke“:

Es wurden eine grössere Anzahl Blätter mit Bestellungen von homöopathischen Arzneimitteln im Handverkauf vorgelegt, aus denen hervorgeht, dass sich der Kundenkreis des p. M. nicht nur auf das Publikum der Stadt G. und deren nächster Umgebung, sondern weit darüber hinaus erstreckt, so z. B. Bestellungen:

für Kantor G., Uhust, Kreis Hoyerswerda, Ob.-Lausitz, Arzeneien zu 100 gr,
„ G. in Haynau, Bez. Liegnitz,
„ Missionar M. in Herrenhut in Sachsen,
„ Gutsbesitzer W. in Treuschnitz bei Loebau,
„ O. W. in Bunzlau, Bez. Liegnitz,
„ M. P. in Loebau,
„ Joh. Sch. in Schleife, Kr. Spremberg, Bez. Frankfurt a. O.,
„ Schweizer Sp. in Dom. Koeben, Bez. Breslau,
„ Fleischer Sch. in Hartmannsdorf bei Marklissa, Kr. Laubau,
„ Frau Gutsbes. K. in Kl.-Beuster b. Seehausen i. d. Altmark, Bez. Magdeburg,
„ 15 andere Personen aus den verschiedensten Gegenden der östlichen Provinzen.

Homöopathische Hausapotheken wurden mehrfach geliefert, so z. B. eine solche

für Kantor H. in Kunzendorf, Post Rabishau, Kr. Hirschberg,
„ L. E. in Hoyerswerda, O.-L.,
„ Förster M. in Seidenberg, Kr. Laubau,
} Bezirk Liegnitz,

eine zu 7 Mark nach Herrenhut in Sachsen,
eine zu 60 Mitteln an Apothekenbes. W. in Naumburg a. Queis, Bez. Liegnitz.

Weiter wurden vorgelegt 6 schriftliche Bescheinigungen von Personen aus Rabishau (Kreis Hirschberg), Rörsdorf bei Friedeberg a. Qu., Haynau (Kr. Goldberg), Bunzlau, Koslitz bei D.-Ossig (Landkreis Görlitz) und Brüx in Böhmen, dass sie seit Jahren homöopathische Mittel aus der Humboldt-Apotheke bezogen hätten.

Aus den anliegenden 3 Bescheinigungen der Engelapotheke, Adlerapotheke und des Apotheker Fr. in G. ist gleichfalls der wiederholte grössere Bezug homöopathischer Arzeneimittel aus der Humboldt-Apotheke ersichtlich.

Auch der Umsatz homöopathischer Arzeneimittel mittelst Rezeptur ist ein sehr erheblicher, wie aus den mir von p. M. übergebenen 3 Voll-Blättern, enthaltend Aufzeichnungen über die vom 1. Januar d. J. bis 26. August d. J. von den homöopathischen Aerzten Dr. M. und Dr. Tsch. in G. und Dr. K. in R., Kr. Rothenburg, verordneten 198 Rezepten zu ersehen ist. Der Wohnort der namentlich aufgeführten Kranken ist allerdings nicht angeführt.

Hiernach erstreckt sich der Handverkauf und die Lieferung von homöopathischen Arzeneimitteln auf Bestellungen ohne ärztliche Verordnung über die Regierungsbezirke Liegnitz, Breslau, Frankfurt, Magdeburg, das Königreich Sachsen und bis Böhmen; andererseits spricht die Lieferung von kleinen homöopathischen Hausapotheken an Einzelkunden, die Abgabe homöopathischer Mittel in grösseren Mengen an Apothekenbesitzer zum Wiederverkauf an Einzelkunden in Verbindung mit dem nicht unerheblichen Rezeptur-Umsatz dafür, dass der Vertrieb homöopathischer Mittel aus der homöopathischen

Apotheke des p. M. ein ausgedehnter, mehr oder weniger grosshändlerischer und im Besonderen über den gewöhnlichen Kundenkreis einer G.'er Apotheke sich räumlich weit hinaus erstreckender ist.

Demgemäss erscheint der Besitzer der Humboldt-Apotheke M. zu G. im Sinne der mehrfach erwähnten Definition (Bl. 31) berechtigt, seine homöopathische Apotheke eine „Homöopathische Zentral-Apotheke" zu nennen; nicht aber der Besitzer der Kronen-Apotheke, Apotheker H. eben daselbst, da er eine solche nicht, vielmehr nur eine „unvollständige homöopathische Apotheke" besitzt. Die weiter gestellte Frage, ob in der Firmirung „Homöopathische Zentral-Apotheke" seitens des H. ein Verstoss gegen §. 18 Abs. 2 des Handelsgesetzbuchs zu finden ist, zu beantworten, dürfte nicht Aufgabe des unterzeichneten Sachverständigen sein.

Vorstehendes endgültiges Gutachten ist von mir auf Grund der anbei zurückgereichten Akten 13 H. R. A. Nr. 206, der örtlichen Feststellungen und der beigefügten Druck- und Schriftstücke nach bestem Wissen erstattet worden.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 15. Oktober 1901 zu Frankfurt a. O. abgehaltene Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Frankfurt a. O.

Unter dem Vorsitze des Reg.- und Geh. Med.-Raths Dr. Barnik hatten sich zufolge Runderlass des Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten vom 4. Juli 1901 sämmtliche Kreisärzte des Regierungsbezirkes Frankfurt a. O., mit Ausnahme eines durch Schwurgerichtstermin verhinderten, am 15. Okt. 1901 in dem Sitzungssaale der Königlichen Regierung zu Frankfurt zu einer dienstlichen Versammlung vereinigt, um über den einzigen Gegenstand der Tagesordnung „Die Dienstanweisung für die Kreisärzte" zu berathen. Als Vertreter für den beurlaubten Herrn Regierungspräsidenten war Ob.-Reg.-Rath Dr. v. Voss erschienen und nahm mit lebhaftem Interesse an den Verhandlungen theil.

Dieselben dauerten mit Rücksicht auf die ausserordentlich gründliche Durchsprechung der einzelnen Dienstanweisungs-Paragraphen die respektable Zeit von nahezu 9 Stunden. Trotz angestrengtester Thätigkeit konnten jedoch nur die ersten zwei Drittel der Dienstanweisung genau durchberathen werden. Der Rest musste einer für das nächste Jahr zu erwartenden und auch allseitig sehr erwünschten dienstlichen Versammlung vorbehalten bleiben, weil dieselbe sonst entgegen dem Ministerialerlasse die Dauer eines Tages überschritten hätte. Da das zunächst stenographisch abgefasste Sitzungsprotokoll einen ausserordentlich grossen Umfang hat, so sollen hier nur die am meisten interessirenden Punkte, und zwar im Anschlusse an die Paragraphen der Dienstanweisung, in verkürztem Berichte wiedergegeben werden.

Bei der Berathung des §. 6 der Dienstanweisung (Vereidigung) erklärten alle Anwesenden übereinstimmend:

„Es ist durchaus nothwendig und für das Ansehen der amtlichen Stellung des Kreisarztes vor Gericht von Wichtigkeit, dass sein bei der Anstellung geleisteter Diensteid bei allen Gerichten seines Amtsbezirkes in gleicher Weise als Sachverständigen-Eid anerkannt wird.

Zur Zeit herrscht in dieser Hinsicht bei den verschiedenen Richtern eine grosse Willkür. Trotzdem nach Entscheidungen des Reichsgerichts vom 8. Januar (III. Strafsenat) und vom 15. Juni 1883 (II. Strafsenat) der Diensteid der Kreisärzte für gerichtsärztliche Gutachten innerhalb des Amtsbezirkes genügt, so verlangen manche Richter doch jedes Mal eine besondere Beeidigung. Ja, es ist sogar vorgekommen, dass der Einzelrichter vom beamteten Arzte eine generelle Beeidigung als Sachverständiger forderte, obwohl der zuständige

Landgerichtspräsident dieses etwa 1 Jahr vorher geradezu untersagt hatte. Zur Beseitigung dieser so verschiedenen Handhabungen ist eine einheitliche Regelung dieser Materie durch Ministerialerlass dringend geboten.

Bei §. 8 der Dienstanweisung betreffs des **Verhältnisses des Kreisarztes zu den Aerztekammern** wurde allseitig der Wunsch ausgesprochen, es möchte durch Abänderung des Gesetzes vom 25. November 1899 ein Ausscheiden der Medizinalbeamten aus der Aerztekammer erfolgen und zu diesem Zwecke von Seiten des Herrn Regierungspräsidenten dieser einstimmige Wunsch befürwortend an zuständiger Stelle vorgetragen werden. Zur Begründung dienten folgende Erwägungen: Die Medizinalbeamten befinden sich den Aerztekammern gegenüber in ähnlicher Lage wie die Militärärzte, welche ohne Schaden durch das Gesetz vom 23. Januar 1899 ausgeschieden sind. Sie haben ebenso wie die Militärärzte kein genügendes Interesse an den Aerztekammern und besonders nicht daran, von ihrem knapp bemessenen Staatsgehalt Abgaben — Ehrengerichtskosten, Reliktenversorgungen — für Zwecke zu zahlen, die für sie eigentlich gar nicht bestehen; denn zu den Ehrengerichten haben sie gar keine Beziehungen mehr, da sie denselben nicht unterstehen und dazu auch kein Wahlrecht haben. Wenn man ihnen nun die Rechte bezüglich der Ehrengerichte genommen, so muss man sie auch folgerichtig von den entsprechenden Pflichten — Kostenbeitrag — befreien. Was aber die Fürsorge für die Hinterbliebenen der Medizinalbeamten anlangt, so hat diese der Staat bereits übernommen; von der Aerztekammer wird also eine Unterstützung nicht mehr geschehen.

Das Einvernehmen zwischen privaten und beamteten Aerzten wird durch das Ausscheiden der Letzteren aus den Aerztekammern keineswegs verschlechtert, eher verbessert werden. Gerade durch die Betheiligung der Medizinalbeamten bei den Aerztekammerwahlen ist es in Folge vorliegender Konkurrenz zu Eifersüchteleien und Verschlechterung der Stellung gekommen. Eine Besserung muss eintreten, sowie seitens der beamteten Aerzte durch Ausscheiden aus der Kammer jede Konkurrenz wegfällt. Ausserdem wird durch das Kreisarztgesetz am meisten für den freundlichen Verkehr zwischen beiden Aerztekategorien dadurch gesorgt, dass die Amtsärzte einen Theil ihrer privatärztlichen Thätigkeit, so z. B. die Kassenpraxis, ganz aufgeben. Gerade diese Verzichtleistung, das Zurücktreten in der Konkurrenz bezüglich des Broderwerbs einerseits und eine rege Betheiligung der Medizinalbeamten in den Aerztevereinen anderseits hat einen viel grösseren Werth für die Annäherung als ein Zusammenwirken in den so selten (jährlich ein Mal) tagenden Aerztekammern. Endlich ist zu berücksichtigen, dass vor Einführung der Aerztekammern das Verhältniss überhaupt angenehmer war, als es jetzt ist; der beste Beweis dafür, dass die Aerztekammer-Einrichtung keineswegs zur Besserung beigetragen und dass sie für die Stellung des beamteten Arztes zum Privatarzte sicher nicht förderlich gewesen ist.

Nach §. 12 der Dienstanweisung (**Verhältniss zu dem Landrathe**) ist der Kreisarzt gehalten, die das Gesundheitswesen seines Kreises betreffenden Berichte mit Ausnahme der wöchentlichen Meldekarten durch die Hand des Landraths an den Regierungspräsidenten zu übermitteln. Anderseits aber, und dies ist äusserst wichtig, hat auch der Landrath die Verpflichtung, solche Berichte seinerseits vor der Absendung dem Kreisarzte vorzulegen. Im Anschlusse hieran empfiehlt der Vorsitzende, — besonders auch um einer unnöthigen Vermehrung des Schreibewesens vorzubeugen — mit den Landräthen über den zweckmässigsten Modus zur Behandlung der Sache eine Vereinbarung zu treffen. Es könnte vielleicht in der Weise gemacht werden, dass die nochmalige Zusendung eines Berichtes an den Kreisarzt nur dann erfolgt, wenn der Landrath mit der Aeusserung desselben nicht übereinstimmt bezw. Zusätze für nöthig hält. Da die Landräthe einer früheren Empfehlung des Regierungspräsidenten, die wichtigsten Paragraphen der Dienstanweisung mit den Kreisärzten zu besprechen zum Schaden der Sache nicht nachgekommen sind, so wird solches jetzt von ihnen verlangt werden.

Die bereits hier gestellte, eigentlich zu §. 91 gehörende Anfrage, ob der Kreisarzt für die Prüfung bezw. Begutachtung gewerblicher Anlagen liquidiren darf, wird bejaht. Es liegt bei dieser Materie auf dem Gebiete des Gesundheitswesens kein allgemeines Staatsinteresse, sondern ein privates

bezw. ortspolizeiliches Interesse vor. Daher ist der Kreisarzt zur unentgeltlichen Prüfung und Begutachtung der Vorlagen nicht verpflichtet, sondern vielmehr zur Erhebung von Gebühren (nach Absatz 2 §. 1 des Gesetzes vom 9. März 1872) berechtigt.

Unter Anerkennung der sehr werthvollen Bestimmung in §. 14 (Verhältniss zu der Ortspolizeibehörde) Abs. 4 und 5 der Dienstanweisung, welche die Ortspolizeibehörden verpflichtet, vom Kreisarzte gemachte Abhülfevorschläge wenigstens zu beantworten, eventuell sogar sie auszuführen, wird der Wunsch ausgesprochen, dass auch andere untere Verwaltungsbehörden, z. B. Landräthe, Kreisschulinspektoren u. s. w. gehalten sein müssten, dem Kreisarzte auf Zuschriften, das Gesundheitswesen betreffend, z. B. Abhülfevorschläge nach Schulbesichtigungen, eine Antwort zu geben. Solches unterbleibt nicht selten. Zur Abstellung dieses Uebelstandes wird empfohlen, die Urschriften mit der Bitte um Rückäusserung zu versehen oder eine persönliche Unterredung mit den Betreffenden oder, falls Alles nichts nützt, eine Eingabe an den Regierungspräsidenten zu machen.

Bezüglich der Frage, ob der Kreisarzt gleichzeitig ordentliches Mitglied der Gesundheitskommission sein darf, kam es bei §. 17 zu einer lebhaften Debatte. Die Mehrzahl der Versammlung sprach sich verneinend aus, weil die Zwitterstellung des Kreisarztes — einmal Regierungsvertreter, anderseits Kommissionsmitglied und Untergeordneter des Gesundheitskommissions-Vorsitzenden — nach dem Inhalte des Gesetzes sowohl, als mit Rücksicht auf die amtliche Stellung nicht zulässig erscheine. Da in zwei Kreisen des Bezirks der beamtete Arzt in die Gesundheitskommission gewählt worden ist, so übernahm es einer dieser Kreisärzte, durch Anfrage bei dem Regierungspräsidenten eine endgültige Entscheidung herbeizuführen.[1])

Bei der Besprechung des §. 25, betreffend das Diensteinkommen nicht vollbesoldeter Kreisärzte, wird von verschiedenen Seiten darüber geklagt, dass Gehalt mit Stellenzulage und hauptsächlich die Amtsunkosten-Entschädigung zu gering bemessen sind. Am schlechtesten stehen sich die Kreisärzte, welche zum 1. April d. J. in eine neue Stelle gekommen sind. Sie sind nicht selten einzig und allein auf ihr Diensteinkommen angewiesen, da Privatpraxis sowohl, als Einkommen aus Nebenstellungen als Krankenhaus-, Gerichtsgefängniss-, Bahn- und Impfarzt vollständig fehlen, auch in Zukunft nicht verlangt werden können. Anderseits ist die amtliche Thätigkeit — besonders die unentgeltliche am Wohnorte — eine sehr ausgiebige, so dass selbst bei einem kleinen Kreisarztbezirke, wie z. B. Spremberg, die Zahl der Geschäftsnummern bereits nach einem halben Jahre gegen 700 beträgt und die Amtsunkosten für die einfachsten und nothwendigsten Amtsbedürfnisse — Amtszimmer, Bureaueinrichtung, Schreibehülfe etc. — über 300 Mark betragen, während hierzu nur 210 M. bewilligt sind. Wenn aber der Kreisarzt genöthigt wird, von seinem Privatvermögen Unkosten für den Staat zu bezahlen, so kann dadurch leicht ein Schaden in der ganzen Sache entstehen. Daher erscheint es erwünscht, auf Grund erneuter Erhebungen wenigstens die Amtsunkosten-Entschädigungen der Kreisärzte zu verbessern; die Letzteren aber werden gut thun, alle Dienstausgaben anzuschreiben.

So sehr es die Medizinalbeamten befriedigen muss, wenigstens in einzelnen Fällen, nämlich bei Gefahr im Verzug u. s. w., gemäss §. 35 der Dienstanweisung sofort Anordnungen treffen zu können, empfiehlt es sich jedoch anderseits, dabei sehr vorsichtig zu Werke zu gehen, um unliebsame nachträgliche Verhandlungen mit den Behörden zu vermeiden. Vor Allem achte man

---

[1]) Unter dem 5. November hat der Regierungspräsident zu Frankfurt die gestellte Anfrage dahin beantwortet: Es erscheine nicht zulässig, dass der Kreisarzt einer Gesundheitskommission als Mitglied angehöre, zutreffendenfalls müsste ein Ausscheiden erfolgen. Eine Begründung wird nur im Allgemeinen gegeben durch Hinweis auf den Inhalt des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes, die Bildung von Gesundheitskommissionen vom 16. September 1899, auf die Geschäftsanweisung für die Gesundheitskommission vom 13. März 1901 und die Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901.

darauf, dass sämmtliche in §. 8 des Kreisarztgesetzes gestellten Vorbedingungen erfüllt sind, ehe man die zulässige Exekutive ergreift.

Zu den Untersuchungen, welche nach §. 37 der Dienstanweisung der Kreisarzt selbst ausführen soll, gehören nach Angabe des Vorsitzenden unter anderen diejenigen über Mauerfeuchtigkeit, den Kohlensäure-Gehalt der Luft, die qualitative Wasserbestimmung nebst Plattengiessen zum Nachweis der Bakterienkolonien etc. Alle dabei entstehenden Ausgaben sind als Amtsunkosten anzuschreiben.

Bei §. 39 (Besichtigung von Anstalten, Anlagen u. s. w.) wird festgestellt, dass der Kreisarzt, abgesehen von den seiner Aufsicht unterstellten Anstalten, wie z. B. Krankenhäuser, Volksschulen, keineswegs auf Grund seiner Ausweiskarte zum Zwecke der Besichtigung unbeschränkten Zutritt zu gewerblichen Anlagen, Molkereien u. s. w. hat. Diese darf er nur besuchen a. behufs Feststellung ansteckender Krankheiten, b. in Begleitung des Gewerbeinspektors, oder c. der Ortspolizeibehörde bei den Ortschaftsbesichtigungen bezw. Besichtigungen der Gesundheitskommission und endlich d. falls es sich um die Prüfung neuer Anlagen in einer Fabrik handelt.

Unter Berücksichtigung des §. 9 des Kreisarztgesetzes, der §§. 1 und 43 der Dienstanweisung, aus denen hervorgeht, dass der Kreisarzt zugleich Gerichtsarzt seines Bezirkes ist und daher nicht übergangen werden darf, zumal auch im §. 73 St. P. O. gesagt wird: „Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände vorhanden", erklärt die Versammlung einstimmig:

1. Es ist im Interesse einer genauen Rechtspflege dringend erwünscht, dass bei den gerichtlichen Leichenöffnungen neben dem zuständigen Kreisarzte als zweiter Obduzent in erster Linie ein benachbarter Kreisarzt event. ein Kreisassistenzarzt hinzugezogen wird. Nur wo dieses unmöglich ist, soll auf einen pro physicatu geprüften Arzt, nie aber auf einen anderen zurückgegriffen werden.

2. In Entmündigungssachen, sowie Geisteszustandsbegutachtungen seines Amtsbezirkes muss der Kreisarzt ebenfalls in erster Linie beansprucht werden.

Zur Begründung des zweiten Punktes diente die Erwägung, dass Geisteszustandsbegutachtungen auch zum gerichtsärztlichen Gebiete gehören. Da der Kreisarzt als Gerichtsarzt öffentlich bestellt ist (s. Absch. 1 §. 43 der Dienstanweisung), in der Psychiatrie eine besondere Prüfung abgelegt und in letzter Zeit sogar noch einen ausserordentlichen psychiatrischen Kursus von Staatswegen durchgemacht hat, so muss man ihm nicht nur die Kenntniss zur Beurtheilung der vorkommenden Fälle zutrauen, man muss ihn auch möglichst häufig zuziehen, damit sein Wissen auf diesem Gebiete immer wieder angeregt, aufgefrischt und vervollkommnet wird. Ausserdem darf man von dem Kreisarzt eine genauere Kenntniss der besonderen bezw. persönlichen Verhältnisse des zu Begutachtenden voraussetzen, da er mit den Kreisangelegenheiten und dessen Insassen am meisten vertraut sein soll. Dieses wird ihn aber um so mehr befähigen, den vorliegenden Zustand richtig zu beurtheilen.

Was den ersten Punkt anlangt, so sind die Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Hannover bereits 1889 mit einer fast gleichlautenden Bitte vorstellig geworden. Sie führten aus, die Kreisphysiker hätten erstens so selten Sektionen, dass sie sich in gerichtsärztlichen Beziehungen nicht ausreichend fortbilden könnten, und zweitens wären die hinzugezogenen, nicht pro physicatu geprüften Aerzte meistens unfähig, die Sektionen zu machen. Darunter leide die Zuverlässigkeit des Obduktionsbefundes.

Diese Ausführungen, welche auch heute noch zutreffen, hatten den Erfolg, dass der Justizminister einmal den 30. Mai 1890 die regelmässige Heranziehung der zuständigen bezw. benachbarten Medizinalbeamten zu den Sektionen und unter dem 30. Januar 1893 anstatt der Privatärzte thunlichst die Auswahl der pro physicatu geprüften verfügte. Leider war der Werth erwähnter Verfügungen kein vollkommener, da dieselben den Gerichten weiter gestatteten, bei Entstehung aussergewöhnlicher Kosten durch Verwendung des benachbarten Medizinalbeamten oder bei sonstigen besonderen Umständen, von dem beamteten Arzt als zweiten Obduzenten abzusehen. Es sind daher die früheren Uebelstände,

welche durch Verwendung von Privatärzten auftraten, bis in die neueste Zeit vorgekommen. Wollte man diesbezügliche Erhebungen bei den Kreisärzten anstellen, dann würde zum Beweise erwähnter Missstände ein sehr werthvolles Material geliefert werden und es würde sich eine grössere Zahl solcher Fälle ergeben, bei denen durch die Hinzuziehung eines nicht beamteten Arztes der Sektionsbefund undeutlich gemacht wurde — indem z. B. das Gehirn bei der Herausnahme zerrissen wurde — oder nur mit grossen Schwierigkeiten und erheblichem Zeitverlust erhoben werden konnte. Es liegen bereits Fälle vor, wo der zweite Obduzent wegen hohen Alters oder mangelnder Sektionstechnik die Obduktion aufgab. Der Kreisarzt musste dann sowohl seziren, als diktiren, und die Sektion dauerte anstatt 4, nunmehr gegen 8 Stunden. In einem anderen Falle wurde aus ähnlichen Gründen die Sektion einer neugeborenen Leiche an demselben Tage überhaupt nicht beendet. Die Sachverständigen mussten am folgenden Tage eine zweite Landreise machen; die Staatskasse hatte dadurch doppelte Kosten. Eine sichere Abhülfe kann nur durch Erfüllung der als Resolution vorgeschlagenen Wünsche geschehen und es wäre zu erstreben, dass die Medizinalbeamten aller Bezirke dieserhalb bei dem zuständigen Regierungspräsidenten vorstellig werden.

Nach §. 56 der Dienstanweisung hat der Kreisarzt Personen, welche die Genehmigung zum Handel mit Giften nachsuchen, zu prüfen. Es empfiehlt sich diesbezüglich bei der Konzessionsbehörde, welche mit dieser Bestimmung zunächst nicht vertraut sein dürfte, anzuregen, dass sie in jedem Falle die vorgeschriebene Prüfung ausführen lässt.

Zur Verbesserung des Hebammenwesen hält der Vorsitzende bei Besprechung des §. 61 der Dienstanweisung es für geboten, dass die Kreisärzte bei der Auswahl und Prüfung der Hebammenlehrtöchter möglichst strenge vorgehen und Personen, welche weit über 30 Jahre sind, mehrmals unehelich geboren haben, oder hinsichtlich der geistigen Befähigung (besonders auch im Rechnen und zwar nicht nur addiren, sondern auch multipliziren, dividiren etc.) erhebliche Mängel zeigen, das Fähigkeitszeugniss nicht ausstellen. In letzterem ist überdies stets ein Vermerk über etwa vorhandene Epilepsie zu machen, vielleicht derart, dass man nach genauem Ausforschen und Untersuchen zutreffenden Falls schreibt: Die A. leidet ihrer Angabe nach nicht an Krampfanfällen, und finden sich auch an ihr keine Erscheinungen, welche dafür sprechen. — Bei angestellten Hebammen ist auf gutes Inventarium, insbesondere gute Hebammentasche, zu sehen und anzustreben, dass dieselben ihre Berufsgeräthschaften, sowie Kleider in einem besonderen Schranke aufbewahren. — Allgemein wird darauf hingewiesen, dass das im Januar von den Hebammen dem Kreisarzte einzureichende Geburtenverzeichniss in einzelnen Rubriken nicht für die nach Form. V anzufertigende Gesammtübersicht passt. Der Vorsitzende sagt zu, wegen einer demgemässen Abänderung vorstellig zu werden.

Der §. 69 der Dienstanweisung, welcher von den Ortschaftbesichtigungen handelt, gab zu einer allseitigen lebhaften Diskussion Veranlassung. Zunächst gab der Vorsitzende den Rath, in den Ortschaften nicht etwa Alles mit einem Male verbessern zu wollen, sondern planmässig und schrittweise vorzugehen und erst den für den Ort jeweilig wichtigsten Punkt, z. B. die Trinkwasserverhältnisse anzugreifen. Nachdem dieser hygienische Theil im Laufe der Zeit erledigt, dann müsste zu einem anderen, vielleicht der Beseitigung der Abfallstoffe übergegangen werden u. s. w. — Erfahrungsgemäss seien die Zeiten von Epidemien am geeignetsten, um gesundheitliche Verbesserungen durchzudrücken, dieses müsste ausgenützt werden. — Was die Leitung bei den verschiedenen Besichtigungungen — der Ortschaften, Schulen, Gesundheitskommission — anlangt, so hat diese der Kreisarzt.

Aus der Mitte der Versammlung wurde von verschiedenen Seiten darüber geklagt, dass bei den Besichtigungen die Betheiligung und Unterstützung seitens der Behörden (Landrath, Ortspolizeibehörde), wie sie Abs. 3 des §. 14 der Dienstanweisung vorschreibt, meistens fehlten. Ohne Anwesenheit derselben wäre aber der Kreisarzt nicht berechtigt, Fabriken, Grubenwerke, Molkereien, Schlächtereien etc. zu besuchen, mithin falle der unter Umständen gerade wichtigste Theil der Ortsbesichtigung ganz weg. Anderseits gäbe es für die gesundheitlichen Bestrebungen kein schlechteres Vorbild, als wenn gerade die am meisten dazu berufenen Personen sich in kühler Reserve verhielten. Ihr

Beispiel müsse naturgemäss auf die Kreiseingesessenen zum Schaden der Sache einwirken. In einem Kreisarztbezirke hat sich bei 20 Ortschaftsbesichtigungen der Landrath niemals betheiligt, ja nicht einmal an seinem eigenen Wohnorte, obwohl er zu Hause war; die Amtsvorsteher waren in 5 Fällen zugegen. Mit Rücksicht auf dieses Ergebniss übernahm es der Vorsitzende bei dem Herrn Regierungspräsidenten vorstellig zu werden und Abhülfe zu schaffen.[1])

In Betreff der **Trinkwasserversorgung** machte der Vorsitzende zu §. 72 der Dienstanweisung die Bemerkung, das Resultat der örtlichen Besichtigung eines Brunnens wäre zunächst die Hauptsache und nicht etwa das der chemischen bezw. bakteriologischen Untersuchung. Es empfiehlt sich daher, letztere Untersuchungen nicht so häufig vornehmen zu lassen, zumal auch eine Verfügung des Regierungspräsidenten vom Juni v. J. sich in diesem Sinne ausspricht.

Gegen den Schluss der Versammlung wurde von dem Vorsitzenden der **Terminkalender** mitgetheilt und darauf hingewiesen, dass derselbe noch in einer besonderen Verfügung allen beamteten Aerzten des Bezirkes zugehen werde.

Dr. Birkholz-Spremberg.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Mord durch Erwürgen und demnächstiges Aufhängen der Leiche. Obduktion 5½ Wochen später. Gerichtsärztliches Gutachten von Kreisphys. u. San.-Rath Dr. A. Wilhelmi in Schwerin. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin u. s. w.; III. Folge, Bd. XXII, 2. H., S. 280.

Verfasser theilt ein Gutachten mit, welches er darüber zu erstatten hatte, ob die an der Leiche eines Erhängten gefundenen Verletzungen und Frakturen am Kehlkopf und Hals durch die Strangulation beim Erhängen mittelst des vorliegenden Strickes hervorgerufen oder auf andere Einwirkungen auf den Kehlkopf zurückzuführen seien, eventuell welcher Art die letzteren muthmasslich gewesen seien. Betreffs der eingehenden und erschöpfenden sehr interessanten Ausführungen des Gutachtens wird auf das Original verwiesen. Sein Gutachten kam zu dem Schluss, dass die Veränderungen am Halse nicht durch Strangulation beim Erhängen, sondern höchst wahrscheinlich durch ein seitliches Zusammendrücken des Kehlkopfs durch die erwürgende Hand eines Dritten verursacht worden seien. Es hatten sich bei der Sektion Brüche der Schildknorpelplatten und des Ringknorpels gefunden, welche beim Erhängen nur durch eine entsprechende tiefe Lage des Strankwerkzeuges erklärt werden konnten. Dieses aber hatte im Gegentheil besonders hoch gesessen. Im Uebrigen entsprach der Befund am Kehlkopf ganz dem gewöhnlich beim Erwürgungstod zu erwartenden. Der Angeklagte wurde zum Tode verurtheilt, obwohl er bis zuletzt leugnete und sein Sohn, der ihm geholfen, bei seinen entlastenden Aussagen blieb.

Prof. Dr. Ziemke-Halle.

Experimentelle Untersuchungen über Erfrieren. Von Privatdozent Dr. Ernst Giese, Bezirksarzt in Jena. Ibidem; S. 235.

Auf die interessanten Untersuchungen, welche Verfasser über den Tod durch Erfrieren angestellt hat, kann hier näher nicht eingegangen werden. Die Ergebnisse sind im wesentlichen Folgende:

Schon während des Lebens nachweisbar tritt bei der Abkühlung auf: eine Schädigung des Blutes und zwar bestehend in einer reellen Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen, in einer Abnahme des Hämoglobingehaltes des Gesammtblutes und in einem stärkeren Hämoglobingehalt des Kälteserums. Der Tod tritt ein durch eine Lähmung des Zentralnervensystems. Die pathologisch-anatomishe Untersuchung der Organe hat ein in diagnostischer Hinsicht verwerthbares Resultat nicht ergeben. Wir sind demnach bei dem negativen Leichenbefund beim Tod durch Erfrieren nach wie vor allein auf die Kenntniss der begleitenden Umstände für die Diagnose angewiesen.

Prof Dr. Ziemke-Halle.

---

[1]) Der Regierungspräsident hat daraufhin unter dem 5. d. Mts. verfügt, dass sich ausser den Ortspolizeibehörden auch die Landräthe an den Ortsbesichtigungen betheiligen sollen.

Zwei Fälle von tödtlicher innerer Lysolvergiftung mit Betrachtungen über Lysolwirkung. Von Dr. Burgl, k. Landgerichtsarzt in Nürnberg. Münchener med. Wochenschrift; 1901, Nr. 39.

I. Fall. Ein 5 Tage alter Knabe bekam aus Versehen von einer Wärterin statt eines Kaffeelöffels voll Rhabarbersäftchen einen Kaffeelöffel voll unverdünntes Lysol.

Der nach $^3/_4$ Stunden eingetroffene Arzt fand das Kind stark röchelnd, die Unterlippe und das Kinn stark verätzt und geschwollen, in der Mundhöhle viel Schleim, im Rachen nichts Auffallendes. Das Kind verstarb Abends, nachdem es das Medikament früh 7 Uhr bekommen hatte.

Obduktionsbefund. Aussere Besichtigung: Starke Verätzungen an allen Theilen, welche mit dem Gifte in direkte Berührung gekommen waren, so an den Lippen, Mundwinkeln, der äusseren Haut bis zum Kinn, der Zunge, dem weichen Gaumen, dem Schlundkopf, Kehldeckel, und der Speiseröhre. Nach Nr. 6 des Sektionsprotokolls war sowohl Ober- als Unterlippe verätzt, bezw. weissgrau, während sich unter der Unterlippe an der äusseren Haut braungelbe, vertrocknete Streifen fanden, welche sich von den Mundwinkeln nach abwärts zogen. Die verätzten Stellen waren 4 cm lang und 2 cm breit und reichten bis zum Kinn. Die Zunge war in ihrer ganzen Länge verätzt und mit einem schmierigen, hellgelben, in Fetzchen leicht ablösbaren Schorfe bedeckt. Die gleiche Verätzung fand sich an dem weichen Gaumen, dem Schlundkopfe und dem Halstheile der Speiseröhre. Auch über den ganzen Brusttheil der Speiseröhre erstreckte sich die Verätzung der Schleimhaut, welche sich in zahlreichen, gelben Fetzen loslöste. Selbst die Muskulatur war noch ein wenig von der Verätzung ergriffen und am Kehldeckel ebenfalls noch ein kleiner Theil der Schleimhaut mit einem gelben Schorfe bedeckt, während Kehlkopf und Luftröhre nichts Abnormes (Nr. 34 des Sektionsprotokolls) zeigten.

Innere Besichtigung: Der Inhalt des Magens reagirte schwach sauer und bestand aus etwa 10 g einer schleimig blutigen, graurothen Flüssigkeit von dicklicher Beschaffenheit. Am äusseren Ueberzuge des Magens fiel die starke Füllung der Gefässe auf, wodurch derselbe röthlich gefärbt erschien. Ebenso zeigte sich die Schleimhaut des Magens stark hyperämisch; die Gefässe waren bis in die kleinsten Stämmchen gefüllt. An der Oberfläche der ihren vollen Zusammenhang besitzenden Schleimhaut fanden sich weder Abschürfungen noch Geschwüre; auch war die Schleimhaut weder gewulstet, noch gelockert, noch mit Blutaustritten versehen. Der Zwölffingerdarm zeigte ebenfalls deutliche Schleimhauthyperämie (Nr. 18). — Die Blase enthält etwa 10 g einer schwarzbraunrothen, blutuntermischten, dünnen Flüssigkeit (Nr. 20). In beiden Lappen der linken Lunge fand sich eitrige Bronchitis, ebenso in den drei Lappen der rechten Lungen (Nr. 31). — An den Nieren war makroskopisch nichts Auffallendes nachzuweisen; die rechte Niere war deutlich gelappt, von hellbraunrother Farbe; auf dem Durchschnitte erschienen die Pyramiden gelb, die Rindensubstanz war dagegen braunroth gefärbt. Ebenso die linke Niere (Nr. 32). — In beiden Seitenventrikeln des Gehirns und in der vierten Gehirnkammer zeigte sich etwas blutig wässerige Flüssigkeit, ausserdem ein ziemlicher Blutgehalt des Gehirns (Nr. 37).

Bezüglich der Bronchitis bemerkt Verfasser, dass dieselbe als Lysolwirkung aufzufassen sei, da vor Einflössen des Lysols keinerlei derartige Erscheinungen vorhanden waren, das Kind sich bester Gesundheit erfreute und die Rhabarbermedizin lediglich zur Beförderung des Stuhlganges des Kindes (auf Anrathen der Hebamme) gereicht werden sollte. Eine Magenausspülung wurde von dem behandelnden Arzte wegen des zarten Alters des Kindes nicht vorgenommen.

II. Fall. Das 8 Jahre, 4 Monate alte, an leichter Angina und Laryngitis leidende Mädchen eines Arztes erhielt durch die Unachtsamkeit seiner Mutter statt eines Löffels des für ihn bestimmten Ipecacuanhainfuses einen Theelöffel reinen Lysols, worauf das Kind sofort Brechreiz bekam.

Man gab dem Kind Wasser zu trinken und Eis zu schlucken, sowie ein paar Löffel eines Brechmittels (Brechweinstein); es trat aber kein Erbrechen ein, das Kind sank auf das Bett zurück und verdrehte unter beständigem starken Luftziehen die Augen. Der nach $^1/_2$ Stunde eingetroffene zweite Arzt im Orte fand das Kind bewusstlos und regungslos, von livider Gesichtsfarbe, mit Trismus behaftet (Zeichen von Phenolvergiftung). Nach Einführen der

Magensonde erfolgte sofort Erbrechen und die Entleerung einer weissen Masse. Nach dem Erbrechen blieb das Kind bewusstlos und regungslos, wie vorher, wurde noch mehr blau und liess den Kopf sinken. Trotz Kampherein spritzungen und künstlicher Athmung starb es nach etwa zwei Minuten. Sektion wurde nicht gemacht. Später behauptete die Mutter, das Kind sei in Folge des Einführens der Schlundsonde statt in der Speiseröhre in den Kehlkopf gestorben bezw. erstickt. Diese irrthümliche Annahme wurde durch das gerichtsärztliche Gutachten entkräftet, welches darthat, dass an einer fehlerhaften Einführung der Sonde bei dem als tüchtigen Chirurgen bekannten Kollegen keine Rede sein könne, schon deshalb nicht, weil das Instrument, wenn es in den Kehlkopf oder in die Luftröhre gebracht worden wäre, es in der Länge von 10—12 cm auf den heftigsten Widerstand gestossen wäre, nicht aber 30 cm tief hätte eingeführt werden können, wie es thatsächlich geschehen sei; ferner hätte sich nach Entfernung der Sonde die Athmung sofort wieder einstellen müssen. Möglicher Weise habe das Kind an einer croupösen Pneumonie gelitten, ausserdem sei nicht zu übersehen, dass das Kind Brechweinstein bekommen habe, der ebenfalls kollabirend wirke. Möglicher Weise sei auch während des Erbrechens ein Theil des Erbrochenen in den Kehlkopf gelangt und dadurch Erstickung herbeigeführt etc. Auf dieses Gutachten hin wurden sämmtliche Angeklagte (Mutter und Vater des Kindes, sowie der beigezogene Arzt) freigesprochen.

Um sich ein Bild über die Giftwirkung des Lysols entwerfen zu können, hat Verfasser die ihm zugänglichen 18 Fälle in einer Tabelle zusammen gestellt unter Berücksichtigung der Berichterstatter, des Alters des Patienten, der Menge und Konzentration des Lysols, der Art der Anwendung, der Zeit von der Anwendung des Mittels bis zur Giftwirkung, der örtlichen und allgemeinen Erscheinungen, der Therapie, des Ausganges der Vergiftung und des allenfalls vorhandenen Sektionsbefundes.

Von den betreffenden 18 Fällen sind 13 Vergiftungen durch innerliche und 5 durch äusserliche Anwendung des Lysols herbeigeführt. Von den 13 innerlichen Fällen sind 7 genesen und 6 gestorben. Von den 5 äusserlichen Fällen sind 2 genesen und 3 gestorben. Unter den durch innere Vergiftung Gestorbenen befinden sich 5 Kinder im Alter von 5 Tagen bis zu 8 Jahren 4 Monaten und eine erwachsene Person.

Die tödtliche Dosis bei den Kindern war 2 Mal 1 Theelöffel, 1 Mal 1 Kaffeelöffel und 1 Mal 1 Kinderlöffel voll, 1 Mal unbekannt. Bei der Erwachsenen betrug die Menge 100 g. Bei den tödtlichen Vergiftungen durch äussere Anwendung trat der Tod 1 Mal dadurch ein, dass Lysol — in unbekannter Menge — aus Versehen unverdünnt auf die Haut applizirt wurde, ein Mal dadurch, dass ein Umschlag auf die Brandwunde eines 10 Monate alten Kindes in reines Lysol statt in 1 proz. Lysollösung getaucht wurde und 1 Mal durch Ausspülen des Uterus nach Expression der Nachgeburt mit 1800 ccm einer 1 proz. Spülflüssigkeit. Die grösste Dosis, nach welcher Genesung eintrat, betrug 60 g bei einer Erwachsenen und 25 g bei einem 4jährigen Kinde. Die kleinste Dosis, welche den Tod herbeiführte, war ein Thee- oder Kaffeelöffel voll, also 4—5 g Lysolum purum bei Kindern von 5 Tagen bis zu 8 Jahren.

Als örtliche Erscheinungen der Lysolvergiftung zeigten sich bei verschiedenen Vergiftungen: Brennen im Halse, aber keine Aetzungen (1 Fall); an Kinn und Gegend des rechten Mundwinkels und Unterkiefers deutliche Verätzungsmarken, Schleimhaut der Unterlippe blassgrau verfärbt, Uvula und hintere Rachenwand geröthet (1 Fall); starke Anätzungen des Zungengrundes, harten Gaumens, Rachens mit starkem Glottisödem (1 Fall); unbedeutende Gastritis und mehrere Tage anhaltende starke Albuminurie (1 Fall); an der Oberlippe mehrere geröthete, durch Aetzung entstandene Stellen, Brennen im Halse und in der Speiseröhre, Ueblichkeit, Erbrechen, Schmerzen im Magen, starke Röthung im Rachen, an den Tonsillen, Gaumenbögen, an Uvula und weichem Gaumen (1 Fall); andere örtliche Verätzungen als graubraune Schorfe gefunden (1 Fall); Verätzungen der Lippen- und Wangenhaut, der Schleimhaut der Mundhöhle und des Rachens, auch des Kehlkopfes, trüb, rothbraun, leicht abstreifbar (3 Fälle); Unterlippe und Kinn stark verätzt und angeschwollen (1 Fall); schwere Verätzungen (2 Fälle); hochgradige Veränderungen der von dem Lysol benetzten Stellen (1 Fall) und endlich fetzenweise Ablösung der Oberhaut (1 Fall).

Als allgemeine Erscheinungen ergaben die tabellarisch zusammengestellten Vergiftungsfälle: Bewusstlosigkeit, tiefes Coma, Cyanose, unfühlbaren Puls, langsamen Herzschlag, langsame Athmung; nach 2 Stunden Besserung des Zustandes, nach 5 Stunden Schwinden der Bewusstlosigkeit (1 Fall); Blässe des Gesichts, Leib- und Kopfschmerzen, heftiges Erbrechen, leichte Cyanose, schwachen Puls, 12 Athemzüge in der Minute, vollständig erhaltenes Bewusstsein (1 Fall); leichte Somnolenz, cyanotische Lippen, Erbrechen, beschleunigte Herzaktion und erschwerte Respiration (1 Fall); ähnliche Symptome, wie bei Karbolsäurevergiftung mit parenchymatöser Nephritis (1 Fall); vollständigen Kollaps, unzählbaren Puls, weder Rührungs- noch Regungsfähigkeit des Körpers (1 Fall); Bewusstlosigkeit von 5—6 Stunden, beängstigende Herzschwäche, Dyspnoe, Lungenödem, Temperatur 36°, vorübergehende Krämpfe der Kau-, Schlund- und Extremitätenmuskeln, Albuminurie (1 Fall); starkes Röcheln, Brechreiz, Cyanose, Trismus, Bewusstlosigkeit, Kollaps (1 Fall); Bewusstlosigkeit und Bewusstlosigkeit mit allgemeinen Krämpfen (2 Fälle).

Nachdem Verfasser noch über Behandlung und Prophylaxe sich etwas verbreitet hatte, kommt er zu folgenden Schlusssätzen:

1. Das Lysol hat zur Zeit, weil es die meisten Vorzüge und die wenigsten Nachtheile besitzt, als Antisepticum die grösste Verbreitung und entfaltet in einer 1 proz. Lösung zur Wundbehandlung und in $^1/_2$proz. Lösung zur Ausspülung von Körperhöhlen bei Erwachsenen und Kindern unter gewöhnlichen Verhältnissen keinerlei schädliche Wirkung; es ist aber kein ungefährliches Mittel und erscheint es geboten, ähnliche Vorsicht bei seiner Anwendung walten zu lassen, wie beim Karbolgebrauch.

2. Bei grösseren kranken Hautparthien oder ausgedehnten Wundflächen ist eine längere Applikation des Lysols, auch in oben genannter Verdünnung, zu meiden und gilt dies namentlich von Kindern. Ebenso sind stärkere Lösungen als die erwähnten zu meiden.

3. Konzentrirtes Lysol wirkt auf unversehrter Haut ätzend und giftig und sind hierdurch schon die schwersten Vergiftungserscheinungen, ja selbst ein Todesfall hervorgerufen worden.

4. Innerlich genommen wirkt das Lysolum purum ebenfalls ätzend und giftig und sind bei Kindern schon durch Mengen von 1 Kaffeelöffel voll wiederholt Todesfälle und bei Erwachsenen von 10 g an die schwersten Vergiftungserscheinungen beobachtet worden.

5. Die mit Magenausspülung behandelten Fälle von innerer Lysolvergiftung werden fast durchweg gerettet, während die der rechtzeitigen Magenspülung entbehrenden wiederholt tödtlich verliefen.

6. Die beste Behandlung der inneren Lysolvergiftung ist die mechanische Entfernung des Lysols durch die Magenpumpe und soll diese in jedem Falle, auch bei ganz kleinen Kindern, angewendet werden.

7. Bei innerer Anwendung des Lysols halte man sich mehr an die Minimal- als an die bisher empfohlenen Maximaldosen und wende das Mittel nur vorübergehend, bei Kindern und geschwächten Personen nur mit grösster Vorsicht, oder besser gar nicht an.

Dr. Waibel-Kempten.

Sekretionsvorgänge in den Zellen der Plexus chorioidei nach Darreichung von Muskarin und Aether. Von A. Pettit und J. Girard. Comptes rendus de soc. biol.; 1901, S. 825.

Bereits im Jahre 1664 hatte Willis angenommen, dass das Epithel, welches die Plexus des Zentralnervensystems auskleidet, die Natur einer Drüse habe. Faivre hat 1857 diese Annahme bestätigt, neuere Arbeiten, insbesondere von Obersteiner, gaben aber erst den thatsächlichen Beweis auf anatomischer Grundlage.

Physiologisch hat Cappelletti nachgewiesen, dass Pilokarpin oder Aether den Abfluss der Cerebrospinalflüssigkeit steigert und Cavazzani, dass lymphagoge Mittel auf die Erzeugung des Liquor cerebro-spinalis nicht einwirken.

Den experimentellen Nachweis der sezernirenden Thätigkeit des die Plexus chorioidei der Seitenventrikel auskleidenden Epithels geben nun Versuche des Verfassers mit Muskarin und Aether an Hund, Kaninchen und

Meerschweinchen. Die Zellen wurden zunächst im lebenden Zustande umspült von ihrer eigenen Cerebrospinalflüssigkeit, untersucht; sie sind überdies äusserst empfindlich gegen fixirende Reagentien aller Art, lassen aber auch bei Anwendung solcher erkennen, dass nach Einwirkung von Muskarin oder Aether auf den Körper des Versuchsthieres die Höhe der epithelialen Elemente zunimmt, die Trennung in zwei Zonen deutlicher wird, die distale Zone sich stärker entwickelt, das Auftreten und die Bildung hyaliner Körperchen stärker ausgesprochen ist, als in der Norm. Mit einem Worte: es findet eine stärkere Sekretion der epithelialen Elemente statt. Dr. Mayer-Simmern.

B. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Bakteriologische Untersuchungen über Pest. Von Reg.-Rath Prof. Dr. Kossel, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, und Stabsarzt Dr. Overbeck, Bataillonsarzt im Infanterieregiment Nr. 98, früher kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamt. Mit Mikrophotographien von Dr. Albert Maassen, technischer Hülfsarbeiter im KaiserlichenGesundheitsamt.

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. XVIII. Band. 1. Heft. Mit 6 Tafeln. Berlin 1901. Verlag von Julius Springer. 4°. Preis: 8 Mark.

Die typische Form des Pestbacillus ist die eines plumpen Kurzstäbchens mit abgerundeten Enden und deutlicher Polfärbung, der sich nach Gram entfärbt. Die Eigenthümlichkeit der Polfärbung theilt aber der Pestbacillus mit einer Reihe von Bakterien, welche unter Umständen differentialdiagnostisch in Frage kommen: Geflügelcholera-, Schweineseuchebakterien und den zur Gruppe der hämorrhagischen Septicämie gehörenden. Man muss sich daher hüten, auf Andeutungen von Polfärbung allzuviel Gewicht zu legen und diese Erscheinung nur gelten lassen, wenn sie in ganz ausgesprochener Weise sichtbar ist. Als differentialdiagnostisch wichtig wurden ferner Bact. coli, die Bazillen der Pseudotuberkulose der Nager und der Bacillus pneumo-enteritidis murium geprüft. Die Polfärbung kommt hier gar nicht, oder nur andeutungsweise zu Stande, und die Stäbchen sind plumper und meist länger, als die Pestbazillen. Ferner ist der Pestbacillus stets unbeweglich: er zeigt bei 30°, bei Zimmertemperatur und im Eisschrank bei 8° zwar auffallend starke Molikularbewegung, aber keine wahre Beweglichkeit. Von grösster Bedeutung für die Differentialdiagnose sind ferner die kulturellen Eigenschaften des Pestbacillus. Am besten hat sich Gelatine mit einem bestimmten Alkalescenzgehalt bewährt. Schon auf 24 Stunden alte Gelatineplatten bekommt man im Klatschpräparat charakteristische Bilder: feinste Kolonien von eigenartig unregelmässiger Gestalt in landkartenartiger Zeichnung angeordnet. Auf Agar mit erhöhtem Kochsalzgehalt nehmen die Pestbazillen ganz eigenartige Involutions- und Degenerationsformen an. In Bouillon wachsen die Bazillen, wenn man das Material vorsichtig auf die Oberfläche bringt, unter Bildung eines Häutchens, von dem lange Fäden in die Flüssigkeit herabhängen. Was den Thierversuch anlangt, so kommen die Verfasser zu der Ansicht, dass man sich nicht auf die Feststellung der einen oder anderen Eigenschaft beschränken, sondern möglichst verschiedene Arten der Impfung bei Ratten und Meerschweinchen ausführen soll. Zum Schluss wird noch die Serodiagnose kurz besprochen. Es wird der Diagnose der Pest beim erkrankten Menschen mittelst der Agglutinationsprobe nur ein bedingter Werth beigemessen, dagegen soll die Serumprobe ein gutes Hülfsmittel zur Prüfung einer verdächtigen Kultur bieten. Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber das Vorkommen der Pest bei den Schiffsratten und seine epidemiologische Bedeutung. Von Reg.-Rath Dr. H. Kossel, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes und Physikus Dr. Nocht, Hafenarzt in Hamburg. (Hierzu Tafel II). Ibidem.

In den letzten Jahren sind wiederholt Ausbrüche der Pest beobachtet worden, bei denen Anhaltspunkte dafür, dass der Krankheitsstoff durch Menschen eingeschleppt wurde, nicht vorhanden waren, bei denen man vielmehr annehmen musste, dass die Uebertragung auf andere Weise erfolgt war. Da in allen diesen Fällen die Gesammtheit der Umstände darauf hinwies, dass der Schiffsverkehr in irgend einer Weise an der Verschleppung des Krankheitsstoffes betheiligt war, so lag es nahe, diese Rolle den Ratten zuzuschreiben,

zumal ja diese Nager in den meisten Seeschiffen in mehr oder weniger grosser Anzahl vorhanden sind, und von ihnen bekannt ist, dass sie sehr empfänglich für Pest sind und die Krankheit leicht auf ihre Ortgenossen übertragen. Man nimmt diesen Ursprung der Pest an bei den Epidemien in Oporto und Sydney, sowie bei den auf dem englischen Dampfer Highland Prince im Herbst 1900 unter der Mannschaft vorgekommenen Fällen. Ebenso liefert der Bericht von Kitasato über die Pest in Japan Anhaltspunkte, die geeignet sind, den auf die Ratten gerichteten Verdacht zu verstärken. Der sichere Nachweis indessen dass auf den betr. Schiffen selbst pestkranke Ratten vorhanden waren, oder gewesen waren, konnte bisher nicht geführt werden. Erst in neuester Zeit konnte auf zwei in europäischen Häfen angekommenen Schiffen Rattenpest thatsächlich festgestellt werden, ohne dass Pesterkrankungen unter den an Bord befindlichen Menschen bekannt geworden sind. Der erste Fall dieser Art kam in Hamburg im Januar l. J., der zweite in demselben Monat in Bristol vor. Beide weisen auf Smyrna als vermuthliche Quelle der Ansteckung hin, beide zeigen deutlich die Gefahr, die unsere Häfen von den Schiffsratten droht. In der vorliegenden Arbeit wird der Hamburger Fall näher beschrieben, der namentlich aus dem Grunde interessant ist, weil dabei umfassende und gründliche Massregeln zur Behinderung der Uebertragung der Infektion durch die Ratten, durch das infizirte Schiff und die Ladung getroffen wurden.

Der Umstand, dass der grösste Theil der Ladung aus Nahrungsmitteln oder Rohstoffen zur Bereitung von solchen bestand, erschwerte einerseits die Ausführung der Desinfektion ausserordentlich, machte diese aber anderseits doppelt zur Pflicht. Denn man musste trotz der verhältnissmässig geringen Haltbarkeit des Pestansteckungsstoffes Bedenken tragen, Waaren, welche von Ratten besonders gern gefressen werden, wie Mehl und Sesamsaat, ohne Weiteres in die Lagerhäuser überführen zu lassen, zumal gerade zwischen den Mehl- und Saatsäcken Kadaver an Pest verendeter Ratten gefunden worden waren. Es wurde dabei nicht so sehr an die Möglichkeit gedacht, dass etwa durch Gebrauch des Mehls zur Bereitung von Speisen Erkrankungen an Pest bei Menschen hervorgerufen werden könnten, da eine solche Art der Uebertragung ist nach den bisherigen Erfahrungen als höchst unwahrscheinlich zu betrachten. Vielmehr befürchtete man, dass die Umhüllungen der Waaren noch lebende, von Ausscheidungen kranker Thiere stammende Pestkeime bergen könnten und so die Krankheit weiter verbreitet werden könnte. Gerade Lebensmittelmagazine haben bei den letzten Epidemien, so in Oporto, Alexandrien u. s. w. bei der Ausbreitung der Pest eine wichtige Rolle gespielt. Die Hamburger Beobachtungen weisen darauf hin, dass in den Hafenorten Aufsichtsorgane geschaffen werden müssen, welche nicht nur die aus kontrolpflichtigen Häfen kommenden Schiffe bei ihrer Ankunft besichtigen, sondern alle einlaufenden Schiffe während der ganzen Zeit ihres Aufenthalts im Hafen überwachen.

Dr. Rost-Rudolttadt.

Ueber eine bei Ratten vorkommende Seuche. Von Dr. med. Claus Schilling, früheren freiwilligen Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

Im Sommer 1900 wurde unter den weissen und bunten, später auch unter den grauen Ratten im Versuchsstalle des Gesundheitsamtes eine seuchenartige Krankheit beobachtet, der zahlreiche, namentlich junge Thiere zum Opfer fielen. Nach den Sektionsbefunden muss man zwei Formen unterscheiden: eine akute, unter überwiegender Betheiligung des Darmes, und eine chronische, bei welcher die Lungen den Sitz der Erkrankung darstellen. Man darf also annehmen, dass sowohl von der Lunge, als vom Darmkanal aus eine Infektion erfolgen kann. Aus den Milz- und Lungentheilen lässt sich ein lebhaft beweglicher Bacillus von kurzer, plumper Gestalt züchten, der die Anilinfarben leicht annahm, nach Gram sich entfärbte. Er gedeiht auf allen eiweisshaltigen Nährböden, am besten bei etwa 35°, versagt aber auf dem von Maassen angegebenen eiweissfreien; er ist fakultativ anaërob. Auf Gelatineplatten sind die oberflächlichen Kolonien nach 48 Stunden bei 21° leicht erhaben, in der Aufsicht als weissliche Punkte, in der Durchsicht als opake, leicht gelblich gefärbte Scheibchen zu erkennen. Die tiefliegenden Kolonien sind zunächst punktförmig, hellgelbgrün, feingestrichelt, kreisrund; später bildet sich eine doppelte Kontur aus. Die Gelatine wird nicht verflüssigt. Auf Agar entstehen kreisrunde

scharfrandige, dicke, feuchtglänzende, parzellenartig weisse Scheiben mit glatter Oberfläche. Kartoffel wird stark braunviolett gefärbt. Sch. schlägt für diesen Bacillus den Namen: Bacillus pneumo-enteritidis murium vor. Der Bacillus gehört zur Gruppe des Bact. coli, von dem er sich durch die schwache Traubenzucker- und die fehlende Milchzuckervergährung, ferner durch das fehlende Wachsthum in der Maassen'schen Nährlösung unterscheidet. Da die Rolle, welche die Ratten bei der Verbreitung der Pest spielen, immer mehr anerkannt wird, ist es Aufgabe der Gesundheitspolizei geworden, einem auffallenden Sterben unter den Ratten vorkommenden Falls besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Die Entscheidung, ob in solchen Fällen Pest vorliegt, wird nur durch die bakteriologische Prüfung ermöglicht. Ohne Weiteres lässt sich der neue Bacillus durch seine Beweglichkeit und Kulturmerkmale vom Pestbacillus unterscheiden.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Eine Milzbrandinfektion durch Ziegenhaare. Von Dr. L. Heim, a. o. Professor und Direktor des hygienisch-bakteriologischen Instituts der Königlichen Universität Erlangen. Ibidem.

H. untersuchte ein Hautstückchen aus der Wange einer 17jährigen Pinselarbeiterin, die unter milzbrandverdächtigen Erscheinungen erkrankt war. Theile des Stückchens wurden einem Meerschweinchen und zwei weissen Mäusen unter die Haut geschoben, die übrigen wurden zur strichförmigen Aussaat auf Agar und Gelatine benutzt, endlich mikroskopische Präparate angelegt und mit Löffler's Blau gefärbt. Erst am vierten Tage war die Milzbranddiagnose mit wünschenswerther Sicherheit gestellt durch den typischen Befund an den Organen einer Maus, welche von der Impfstelle einer anderen, mit milzbrandverdächtigen Agarkulturen infizirten Maus abgeimpft worden war. Von den drei, mit Theilen des ausgeschnittenen Hautstückchens unmittelbar geimpften Thieren war keins zu Grunde gegangen. Auch in den übersandten Proben von Ziegenhaaren, die in der Fabrik verarbeitet wurden, konnte H. die Milzbrandbazillen nachweisen, und zwar in dem zentrifugirten Waschwasser der Haare. Es ist dies der erste Fall, in dem es gelungen ist, die Milzbrandkeime, die man an dem in einer Fabrik verarbeiteten Materiale vermuthet hatte, einwandsfrei mit Hülfe des Züchtungsverfahren aufzufinden. Dr. Rost-Rudolstadt.

Weitere Untersuchungen zu dem im §. 2,1 der Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 28. Januar 1899 für Rosshaarspinnereien u. s. w. vorgeschriebenen Desinfektionsverfahren mittelst Wasserdampf. Nach einem im Dezember 1899 erstatteten Bericht. Von Dr. P. Musehold, Oberstabsarzt, früher kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamt. Ibidem.

Die durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. Januar 1899 für die Rosshaarspinnereien obligatorisch gewordene Desinfektion des Rohmaterials mittelst gesättigtem Wasserdampf — bei 0,15 Atmosphären-Ueberdruck und halbstündiger Dauer — hat in den Kreisen der betheiligten Industriellen wiederholt Einspruch erfahren. Es wurde behauptet, dass das Rohmaterial, namentlich das der besseren Qualität, durch eine derartige halbstündige Durchdämpfung minderwerthig oder gar unbrauchber werde und an Gewicht verlöre. Die neueren Untersuchungen zeigen nun, dass keiner dieser Einwände begründet sei. Die Haare sind nach der Desinfektion ebenso dehnbar und fest, wie vorher, und was den Substanzverlust betrifft, so ergab sich, dass ein solcher nur bei ungereinigtem Materiale in Folge eines Mehrabganges von Schmutz während der weiteren Verarbeitung stattfindet. Die aus desinfizirtem gewaschenen Material hergestellte Haarprobe, sowie die aus nicht desinfizirtem, in gleicher Weise hergestellte Parallelprobe wurde durch Sachverständige in Bezug auf die Qualität als gleichwerthig erachtet. Um ein solches Resultat zu erzielen, müssen allerdings gewisse Dampfdruckgrenzen nicht nur bei der Desinfektion, sondern ganz besonders bei der Krausdämpfung innegehalten werden. Bei dem Dampfapparate muss die Einströmöffnung oben liegen, Thermometer und Manometer müssen exakt arbeiten und sich gegenseitig kontroliren.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Die Zersetzung der Nitrate und der Nitrite durch die Bakterien. Ein Beitrag zum Kreislauf des Stickstoffs in der Natur. Von Dr. Albert Maassen, technischem Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamt. Ibidem

M. fasst die Hauptergebnisse seiner Untersuchungen in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Die nitrat- oder nitritzersetzenden Bakterien werden durch die Anwesenheit der salpeter- oder salpetrigsauren Salze sowohl in ihrem Wachsthum als auch in ihrer sonstigen biologisch-chemischen Thätigkeit beeinflusst.

2. Nicht alle Bakterien, welche Nitrate in Nitrite überführen, sind befähigt, die Nitrite beim Wachsthum in eiweisshaltigen Nährböden weiter zu zersetzen.

3. Manche Bakterien, die Nitrate nicht, oder doch nur in kaum merkbarer Weise angreifen, vermögen Nitrite zu reduziren, ohne dass dabei ein Freiwerden von Stickstoff zu beobachten ist.

4. Die Nitritzersetzung ist bei den nicht denitrifizirenden Bakterien nur bei ganz geringem Nitritgehalt des Nährbodens (0,01 und 0,005 % Natriumnitrit) nachweisbar.

5. Ein Zusatz von Kohlenhydraten oder mehrwerthigen Alkoholen zum Nährboden begünstigt die Nitrat- und die Nitritzersetzung.

6. Bei Abwesenheit organischer stickstoffhaltiger Verbindungen greifen auch solche Bakterien den Nitrat- und Nitritstickstoff an, die in eiweisshaltigen Nährlösungen Nitrate oder Nitrite nicht zersetzen.

7. In eiweissfreien Nährlösungen dient die Zersetzung der Nitrate und Nitrite den Bakterien nicht als ein Mittel zur Deckung ihres Stickstoffbedarfs.

8. Der Zersetzung der Nitrate unter Stickstoffbildung geht die Reduktion zu Nitrit voran.

9. In eiweissfreien Nährlösungen folgt auf die Nitritbildung die Ammoniakbildung als zweite Phase des Stickstoffassimilationsprozesses.

10. Die sogen. Denitrifikationsbakterien denitrifiziren unabhängig von dem jeweiligen Nährmaterial, die übrigen nur dann, wenn bestimmte Kohlenstoffverbindungen im Nährboden zugegen sind.

11. Der bei Gegenwart von mehrwerthigen Alkoholen oder Kohlenhydraten sich abspielende Denitrifikationsvorgang ist nicht abhängig von der Fähigkeit der Bakterien, Kohlenhydrat etc. zu verjähren.

12. Beide Arten der Denitrifikation werden durch die Gegenwart sauerstoffreicher Körper, wie Chlorate, gehemmt, ohne dass hierbei eine Schädigung des Wachsthums eintritt.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber den Einfluss des Natronsalpeters auf den Stoffwechsel des Hundes. Von Dr. E. Rost, kommissarischer Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

R. versuchte den Einfluss des Salpeters auf den Stoffumsatz in drei Versuchsreihen an Hunden im Stickstoff-Gleichgewicht festzustellen: 1. bei Anwendung kleiner Gaben, 2. bei mittleren und grossen Gaben ohne gesteigerter Wasserzufuhr, 3. bei denselben Mengen aber mit gleichzeitiger Deckung des durch die Diurese mehr ausgeführten Wassers. Die Ergebnisse waren folgende:

1. Weder kleine noch grosse Mengen Natronsalpeter haben einen Einfluss auf die Fresslust, das Wohlbefinden, Kothentleerungen und Körpergewicht erkennen lassen.

2. Kleine Gaben, welche keine Diurese erzeugen, beeinflussen den Stoffwechsel nicht.

3. Bei grösseren Gaben, die eine lebhafte Diurese hervorrufen, lässt sich bei Darreichung von Wasser eine direkte Wirkung auf den Stoffwechsel, bestehend in einer Stickstoff-Sparung nachweisen. Wird dagegen dem Thiere mit der Nahrung nicht genügend Wasser zur Ausscheidung des Salpeters gegeben, so wird die Salpeterwirkung durch die Salzwirkung (Wasserentziehung) verdeckt, die in einer Steigerung des Eiweisszerfalls besteht.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Zur Kenntniss des Stoffwechsels wachsender Hunde. Von Privatdozent Dr. med. E. Rost, kommissarischer Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte. (Hierzu Tafel VIII). Ibidem.

Die Versuchsthiere, 3 Hunde, blieben bis zum 56. Lebenstage an der Mutter und wurden alsdann bis zum 70. Lebenstage mit Milch und Pferdefleisch, später mit Fleisch, Fett und Kohlenasche ernährt. Am 78. Lebenstage be-

gannen die Stoffwechseluntersuchungen zunächst bei pro Kilo Körpergewicht beständig steigenden Fleisch- und Fettmengen, später, vom 98. Lebenstage an, bei gleichbleibender Nahrung. Die drei Hunde haben während des 88 Tage dauernden Versuchs Folgendes gezeigt:

1. Ein Hund hat um 96, zwei Hunde je um 110 % an Gewicht zugenommen;

2. in dem letzten Drittel des Versuchs ist bei sämmtlichen Thieren die Menge des ausgeschiedenen Harns merklich angestiegen (wesentlich durch Konzentrirterwerden des Körpers);

3. Die im Harn und Koth nicht zur Ausscheidung gelangten Stickstoffmengen sind wesentlich grösser, als sich aus der Zunahme des Körpergewichts berechnen lässt (Wasserabgabe des Körpers auf der einen Seite, Bildung von Protoplasma der Zellen mit höherem Stickstoffgehalt als Muskelsubstanz auf der anderen Seite);

4. Die drei Thiere haben mit einer im Anfang des Versuchs pro Kilo annähernd gleichen Nahrung gleich hausgehalten.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Die Erfolge der Freiluftbehandlung bei Lungenschwindsucht. Nach dem aus den Lungenheilstätten eingegangenen Materiale bearbeitet im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Berichterstatter: Reg.-Rath Dr. Engelmann.

Die Beobachtungen beziehen sich im Ganzen und Grossen auf die von Anfang 1899 bis Mitte 1900 aus der Behandlung entlassenen Kranken. Ihre Zahl beläuft sich auf 6273 — 5059 = 80,6 % Männer und 1214 = 19,4 % Frauen —. die in 31 Heilstätten, Genesungsheimen und Kurorten untergebracht gewesen waren. Fast drei Viertel der Verpflegten standen in dem arbeitskräftigsten Alter von 20 bis 40 Jahren. Bei 56,2 % waren die sozialen Verhältnisse als günstig, bei 31,7 % als mittelmässig und bei 12,1 % als schlecht bezeichnet. Bei mehr als der Hälfte wurde die Entstehung der Krankheit auf andauernde, durch den Beruf bedingte Staubeinathmung zurückgeführt. 2177 = 34,7 % waren entweder unmittelbar belastet, oder durch Infektion in der Familie tuberkulös geworden. In nahezu der Hälfte der Fälle handelte es sich um Erkrankungen von weniger als einjähriger Dauer. Die Dauer der Behandlung belief sich durchschnittlich auf 92,4 Tage. In der Zunahme des Körpergewichts kam der Einfluss der Anstaltsbehandlung auf die Besserung des Ernährungszustandes der Kranken folgendermassen zum Ausdruck. Unter den 6273 Verpflegten zeigten beim Ablauf der Kur 303 keine Zunahme oder eine Gewichtsverminderung, 31 waren während der Behandlung gestorben, bei 129 fehlten die betr. Angaben. Von den übrigen 5810 hatte Jeder durchschnittlich 5,8 kg an Körpergewicht zugenommen. Ueber den Grad der bei der Entlassung vorhandenen Erwerbsfähigkeit war in 6108 Fällen berichtet worden. Unter je 100 waren: 67,3 vollständig erwerbsfähig für den alten Beruf, 7,1 vollständig erwerbsfähig für einen anderen Beruf, 14,6 theilweise erwerbsfähig, 11,0 nicht erwerbsfähig.

Eine allgemeine Charakteristik des Endergebnisses der Behandlung war in 6225 Fällen gegeben. Es sind von je 100 der Verpflegten: 87,7 als geheilt oder gebessert, 8,8 als ungebessert, 3,1 als verschlechtert entlassen worden und 0,5 mit dem Tode abgegangen.

Die Erfolge der Freiluftbehandlung sind in der jetzigen Berichtsperiode in Bezug sowohl auf die wirthschaftliche, als die klinische Heilung wesentlich besser als früher, hauptsächlich dadurch verursacht, dass diesmal eine sorgfältigere Auswahl der für die Anstaltsbehandlung geeigneten Fälle stattgefunden hatte. Was die Dauer des Heilerfolges anlangt, so können bei geeigneter Auswahl des Krankenmaterials die Ergebnisse auch in Bezug auf ihre Nachhaltigkeit als zufriedenstellend angesehen werden. Von 424 Personen im sogen. ersten Stadium (einseitiger oder doppelseitiger Spitzenkatarrh, Infiltration einer Spitze oder leichte Dämpfung höchstens eines Lungenlappens oder zweier halben Lappen) waren beim Ablauf des vierten Jahres immer noch annähernd die Hälfte, bis zur Mitte des vierten Jahres beträchtlich mehr als die Hälfte erwerbsfähig.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Mittheilungen aus den deutschen Schutzgebieten. Bericht über das Vorkommen der Framboesie und des Ringwurms auf den Marschall-Inseln und auf Nauru. Von Reg.-Rath Dr. Bartels. Ibidem.

Der Bericht ist für den Medizinalbeamten von geringem Interesse.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber die sanitätspolizeiliche Ueberwachung des Radelns, besonders bezüglich der Geschäftsdreiräder für halberwachsene junge Leute. Von Dr. med. Proelss-Scheessel. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; XXXIII. Bd., H. 3.

Beim Radfahren kommen nützliche und schädliche Momente in Betracht, die erstens im Rade, zweitens im Fahrer und drittens in anderen Umständen liegen. Um diese zu beweisen, giebt Verfasser eine kurze Geschichte des Radelns und eine, durch die beigefügten Zeichnungen auch für Nichtradfahrer verständliche Beschreibung des Baues der verschiedenen Radarten, besonders auch der Geschäftsdreiräder. Die übrigen oben erwähnten Momente sind den Aerzten aus den Debatten in verschiedenen medizinischen Gesellschaften und einer sehr reichen Literatur genügend bekannt, weshalb sich ein Eingehen auf sie an dieser Stelle erübrigt.

Die Frage, ob der Staat ein Interesse am Radeln und ein Recht zu dessen sanitätspolizeilicher Ueberwachung habe, glaubt Verfasser unbedingt bejahen zu dürfen. Auch das „Wie" dieser Ueberwachung wird ausführlich erörtert und Vorschläge gemacht, die vielleicht etwas zu sehr in die persönliche Freiheit des einzelnen Radlers eingreifen, als dass sie allgemeine Anerkennung finden dürften. Aber selbst wenn man dem Verfasser nicht in allen diesen Vorschlägen zu folgen vermag, wird man ihm darin beistimmen müssen, dass der Staat nach der Richtung, die die soziale Gesetzgebung in neuester Zeit eingeschlagen hat, nicht allein das Recht, sondern auch die Pflicht hat, die wirthschaftlich Schwachen zu unterstützen und vor Ausbeutung durch ihre Arbeitgeber zu schützen. Für unsere Frage kommen dabei hauptsächlich diejenigen halbreifen Burschen in Betracht, die zum Ausfahren von Waaren und dergl. auf Geschäftsdreirädern angestellt sind. Da für den Medizinalbeamten wohl auch nur diese Art von Radfahrern Interesse haben kann, seien die betreffenden Vorschläge des Verfassers in extenso wiedergegeben. Er verlangt:

1. Die Verwendung von Personen unter 20 Jahren zum Dreiradfahren ist verboten.

2. Der Fahrer ist von dazu angestellten Aerzten vor Verwendung auf Kosten des Arbeitgebers oder einer Krankenkasse zu untersuchen, und sind in dem Zeugnisse speziell der Zustand von Lunge, Herz, Niere, Brustkorb, Puls, Muskulatur und Sinnesorgane positiv anzusprechen, sowie die Brustumfänge bei Einathmung und Ausathmung zahlenmässig in Zentimetern anzugeben. Als Mindestmass ist zu verlangen, dass der mittlere Brustumfang die halbe Körperlänge erreiche. Es ist anzugeben, ob der Untersuchte im letzten Halbjahr länger erkrankt gewesen ist. Nur wenn dieses Zeugniss günstige Umstände feststellt, ist die Fähigkeit zum Dreiradfahren als erwiesen anzusehen.

3. Vor Einstellung ist das Rad einer Untersuchung auf seine Tauglichkeit durch eine polizeiliche, sachverständige Person zu unterziehen und nach befundener Tauglichkeit mit einer Nummer oder sonstigem Zeichen zu versehen, durch welche das Rad zum Gebrauche legitimirt wird.

4. Das Rad muss auch eine Uebersetzung von nicht über 50 englischen Zoll haben. Die Tretkurbel muss über 18 cm lang sein. Die Griffe der Lenkstange dürfen nicht unterhalb der Sattelfläche stehen.

5. Das Gewicht des Rades darf nicht über 50 kg mit Kasten betragen; die vordere Fläche des Kastens darf nicht über 0,50 qm gross sein und von der hinteren nicht überragt werden.

6. Das Anbringen von Schildern zur Firmenangabe und sonstigen plastischen Verzierungen auf dem Rade und Kasten ist verboten. Zur Reklame darf nur die Fläche des Kastens und nur Anstrich benutzt werden.

7. Eine Belastung des Kastens ist nur bis zu 30 kg statthaft und darf durch dieselbe keine Vergrösserung der oben genannten luftschneidenden Fläche über 0,50 qm eintreten.

8. Der Kasten muss mittelst federnden Gestelles auf dem Rade be-

festigt sein, am besten vor dem Fahrer, andernfalls darf zwischen Lenkstange und Fahrer kein Rahmengestell, wie beim Herrenzweirad sei, sondern es muss ein tiefes Gestell, wie beim Damenrad vorhanden sein.

9. Das Rad muss mit Bremsvorrichtung und Schmutzblech versehen sein.

10. Für jedes Jahr ist die Besichtigung des Rades und Untersuchung des Fahrers zu wiederholen. Letztere unter genauer Prüfung und Vergleichung oben unter 2 festgestellter Gesichtspunkte. Bei einem Zurückgehen des Allgemeinbefindens (dauernd schnellerem Puls) ist die Erlaubniss zum Dreiradfahren zu versagen.

11. Dem Radfahrer ist geeignete Kleidung zum Wechseln, ein Zimmer zum Umziehen und ein am Rade zu befestigender geeigneter Umhang zur Verfügung zu stellen.

12. Rauchen auf dem Dreirade ist verboten.

13. Es ist eine Schnelligkeit unter 7 Minuten pro Kilometer nicht statthaft.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Wie erhalten und befestigen wir unsere Gesundheit? Grundbegriffe der Gesundheitspflege. Zusammengestellt von Hygienicus. 1901, Harburg a. E., 14 Seiten.

Unter dem Pseudonym „Hygienikus" verbirgt sich Kreisarzt Dr. Franz Bachmann, der u. A. bereits durch seine Arbeit: „Was ist Krankheit und wie heilen wir?" Berlin 1894 (Ein Versuch unsere Heilmethoden empirisch zu begründen), einem breiteren Publikum für das Verständniss hygienischer Grundgesetze den Boden zu ebnen versucht hat.

Den niederen Volksschichten werden heutzutage ganz rapide bessere Lebensbedingungen zu Theil; neue Geschlechter wachsen auf, die eine Entfaltung Jahrhunderte lang verhaltener Volkskräfte darstellen. Neben diesem Zuwachs an Volkskapital beobachten wir aber gleichzeitig eine verkehrte und vernachlässigte Erziehung des Volkes. Dieses muss daher zur Einfachheit, Zufriedenheit, zur Liebe zur Natur, zu häuslichem Glück und Familiensinn neu erzogen werden. Ein bestimmtes Mass von Wissen in Bezug auf die Grundlagen der Gesundheitslehre und auf die Ursachen der Krankheiten ist nothwendig.

Die Anschauungen des erfahrenen Arztes in Bezug auf die Aetiologie schliessen sich an die Humoralpathologie an; in Bezug auf die Vorbeugung ist folgender Satz herauszuheben: „Die Verordnungen der heutigen Medizinalgesetzgebung sind trotz des Drängens der extremen Bakteriologen glücklicher Weise im Grossen und Ganzen massvoll geblieben; wer sich also den amtlich angeordneten, dem einzelnen Fall angepassten Desinfektions- und Absperrmassregeln widersetzen wollte, der würde hierdurch einen Unverstand beweisen."

Dr. Mayer-Simmern.

Besprechungen.

Dr. Theodor Koller: Die Konservirung der Nahrungsmittel und die Konservirung in der Gährungstechnik. Sammlung chemischer und chemisch-technischer Vorträge, herausgegeben von Prof. Dr. Felix B. Ahrens. V. Band. 11./12. H. Stuttgart 1900. Verlag von Ferd. Enke. Gr. 8°, 60 Seiten. Preis: 1 Mkrk.

Nach der modernen Anschauung muss sich die Konservirung von Nahrungsmitteln die Aufgabe stellen, alle Bakterien, die eine Zersetzung der in brauchbarem Zustande zu erhaltenden Stoffe bewirken können, dauernd unschädlich zu machen. Zu diesem Zwecke kann man folgende Verfahren einschlagen:

1. andauernde Abkühlung,
2. kurze Zeit andauerndes Erwärmen,
3. Wasserentziehung,
4. Zusatz gewisser chemischer Präparate.

Die einzelnen Konservirungsmethoden sind je nach Art der Nahrungsmittel auszuwählen.

Zur Konservirung von Fleisch ist die Kälte das praktisch brauchbarste und im Grossen zulässige Mittel, zu erwähnen ist hierbei noch ein neues Schnellpökelverfahren: Zuhülfenahme der Elektrizität. Eine andere, vielleicht für

Kriegsfälle brauchbare Methode der Fleischkonservirung (nach Deichsteller-München) ist folgende: Ganze, ausgeweidete Schlachtthiere, oder grosse zweckmässig abgetheilte Stücke werden mit Essigsäure besprüht und dann in Sägemehl, das mit Kochsalz imprägnirt und sterilisirt ist, verpackt und so transportirt. Bei der Konservirung der Eier handelt es sich darum, die Poren der Schalen luftdicht abzuschliessen. Als bestes Konservirungsmittel für Eier hat sich bisher Wasserglaslösung erwiesen. Die Milch wird durch geringen Zusatz von Salizylsäure (0,1—0,2 g auf 1 l) längere Zeit erhalten. Auch das Gefrierenlassen der Milch ist empfehlenswerth.

Für die Butter ist ebenfalls die Salizylsäure das am meisten geeignete Konservirungsmittel. Für die Obstkonservirung hat sich Einwickeln der einzelnen Früchte in Seidenpapier und Einschichtung in Holzwolle am besten bewährt. Als geeignetste Konservirungsmittel für Biere sind die Salizylsäure und die Benzonsäure hervorzuheben, während das Pasteurisiren des Bieres neuerdings nicht mehr geübt wird. Most wird im Vakuum eingedampft und hält sich in diesem Zustande beliebig lange unverändert. Auch Zusatz von Salizylsäure zum Most ist empfehlenswerth.

Von den verschiedenen Konservirungsmethoden für Weine sind vorzuziehen das Alkoholisiren, das Pasteurisiren (nicht anzuwenden bei jungen, noch nicht vollständig vergorenen Weinen und auch nicht bei feinen bouquetreichen Weissweinen) und das Salizyliren. Die Kartoffeln werden nach dem Verfahren von Reinle-Baumgarten in ein Mehl übergeführt, das alle werthvollen Substanzen der Kartoffel vollständig erhält.

Die Desinfektion von Fässern geschieht nach den Versuchen von Krause am besten durch strömenden, gespannten Wasserdampf. Sodann ist eine Imprägnirung des Holzes mit Paraffin vorzunehmen, die auch für die kleinen Fasstheile, Zapfen u. a. anzuwenden ist. Korke werden zweckmässig längere Zeit hindurch mit gespanntem Dampf behandelt oder auch in wässeriger Salizylsäurelösung (20—25 g auf 1 l) gekocht. Als Konservirungsmittel für Hefe dienen Flussäure, Salizylsäure, Rohzuckerlösung und auch Bierwürze, besser wird die Hefe in trockenem Zustande konservirt (sorgfältig umhüllt in gut schliessenden Gefässen). Presshefe hält sich am besten im Eiskeller. Die Konservirungsverfahren für Malz und Hopfen dürften nur für technische Gewerbetreibende Interesse haben. Dr. Brummund-Uelzen.

Dr. Granier, Med.-Rath u. Königl. Bezirksphysikus: **Die Badehülfe.** Ein Leitfaden für Bademeister, Heilgehülfen und Krankenpfleger. Berlin 1901. Verlag von Richard Schoetz. Gr. 8°; 47 Seiten.

Die „Badehülfe" ist als Ergänzung zu des Verfassers Lehrbuch für Heilgehülfen und Masseure herausgegeben. Die kleine Schrift belehrt in knapper Form und doch völlig ausreichend über alle Bäderarten und die dabei den Badehelfern obliegenden Pflichten. Eine Empfehlung des vortrefflichen kleinen Werkchens ist überflüssig. Dr. Brummund-Uelzen.

Deutscher Hebammen-Kalender 1902. Verlag von Elwin Staude-Berlin W. Preis: 1 Mark.

Die wesentlichste Veränderung gegen das Vorjahr ist bedingt durch den „Abriss der praktischen Geburtshülfe von Prof. Dr. Walther-Giessen", der sich zwar ebenso wie der frühere (von Geheimrath Dr. Abegg) zweckmässig an das Preussische Hebammenbuch anlehnt, aber doch viele wesentliche Vorzüge aufweist.

Gewünscht hätte ich, dass auf Seite 122 schärfer hervorgehoben wäre, dass bei Todtgeburten bereits der vollendete 6. Kalendermonat die standesamtliche Anzeige bedingt, da die Ministerial-Erlasse von 1889 und 1890 noch den vollendeten 7. Kalendermonat angaben und die Länge von 32 cm doch nur eines der Zeichen ist. Einer besonderen Empfehlung bedarf der Kalender, der jetzt zum 14. Male erscheint, nicht mehr. Dr. Blokusewski-Daun.

Temperatur-Tabellen und Tagesberichte für Hebammen in Buchform. Berlin 1902. Verlag von Elwin Staude. Preis: 60 Pf.

Jedes Heft enthält 56 Tabellen für je 10 Tage; die einzelnen Blätter sind perforirt, damit sie leicht herausgetrennt werden können, und so eingerichtet, dass die Hebammen ihren eigenen Namen nebst Wohnung und genaue Adresse und Namen der Wöchnerin notiren, sowie die Morgen- und Abendtemperatur, Puls und Befinden der Wöchnerin während der ersten zehn Tage des Wochenbetts und etwaige ärztliche Verordnungen eintragen können. Werden die Tabellen genau geführt, d. h. notirt eine Hebamme regelmässig die Temperatur der Wöchnerin, so wird sie nicht nur den Verlauf eines etwaigen Fiebers beurtheilen und rechtzeitig das Inanspruchnehmen ärztlicher Hülfe verlangen können, sondern dem Arzte auch eine werthvolle Unterlage für seine Diagnose und die einzuschlagende Behandlung geben. Desgleichen ist dem Medizinalbeamten durch die Tabellen ein neues Mittel an die Hand gegeben, sich von der Gewissenhaftigkeit der ihm unterstellten Hebammen zu überzeugen. Die Einführung der Temperaturtabellen in Buchform kann daher nur empfohlen werden. Dr. Blokusewski-Daun.

Tagesnachrichten.

Am 21. und 22. Dezember 1901 hat im Kaiserlichen Gesundheitsamte unter Vorsitz des Präsidenten desselben eine amtliche Kommission getagt, um die beiden zur Ausführung der Verordnung über den Verkehr mit Geheimmitteln erforderlichen Spezialitätenlisten festzustellen. Der Kommission gehörten etwa 30 Mitglieder des Reichsgesundheitsamtes und 3 Vertreter der pharmazeutischen Grossindustrie an. Es wurde über nicht weniger als 170 Geheimmittel berathen; für jedes derselben war ein Referent und ein Korreferent bestellt. Dem Vernehmen nach sind 110 davon als Geheimmittel anerkannt, 20 gänzlich verboten und 40 freigegeben. Die gefassten Beschlüsse unterliegen nunmehr der Genehmigung des Bundesraths.

Die medizinische Fakultät in Berlin hat dem Vernehmen nach eine Eingabe an den Kultusminister gerichtet, worin sie diesen bittet, dass im Interesse des medizinischen Unterrichts wichtige Aenderungen und Neuorganisationen nicht ohne Befragen der Fakultät in's Leben gerufen werden möchten.

Der Ausschuss des bayerischen Landtages hat die zweite Lesung der ärztlichen Standes- und Ehrengerichtsordnung verhältnissmässig schnell beendet und ist das Ergebniss derselben günstiger als das der ersten Lesung. Beschlossen wurde u. A., dass in das Gesetz selbst folgende allgemeine Vorschriften der Standesordnung aufgenommen werden sollten:

„Der Arzt ist verpflichtet, seine Berufsthätigkeit gewissenhaft auszuüben und durch sein Verhalten in Ausübung des Berufes, sowie ausserhalb desselben sich der Achtung würdig zu zeigen, die sein Beruf erfordert. Politische, wissenschaftliche und religiöse Ansichten oder Handlungen eines Arztes als solche können niemals Gegenstand eines ehrengerichtlichen Verfahrens bilden."

Weiterhin wurde beschlossen, in das Gesetz noch die nachstehende Bestimmung aufzunehmen:

„Die Standesordnung darf keine Bestimmung enthalten, welche dem Arzt freie Wahl der Heilmethode oder des Heilverfahrens verbietet."

Ausserdem soll die Standesordnung eine Vorschrift über die Honorarfragen Krankenkassen gegenüber etwa in folgender Form enthalten:

„Bei Verträgen mit öffentlichen oder privaten Korporationen, Versicherungsgesellschaften, Kranken-, Unfall-, Invaliditäts- und sonstigen Kassen soll der Arzt eines unlauteren Herabdrückens oder Unterbietens sich enthalten."

Der diesjährige Aerztetag wird am 27. und 28. Juni in Königsberg i. Pr. stattfinden. Auf der Tagesordnung ist ausser dem Kommissionsbericht über die Revision des Krankenkassenversicherungsgesetzes gesetzt: 1. Bericht über den jetzigen Stand des ärztlichen Unterstützungswesens in Deutschland (Referent: Geh. San.-Rath Dr. Selberg in Berlin); 2. Aufgaben der Hospitalärzte gegenüber den Anforderungen der neuen Prüfungsordnung.

Der **Vorstand des Vereins für Arbeiter-Wohlfahrts-Einrichtung** hat in seiner Sitzung am 27. November v. J. beschlossen, die nächste Konferenz am 5. und 6. Mai 1902 in Hamburg abzuhalten. Für die Tagesordnung sind folgende Gegenstände in Aussicht genommen: 1. Erleichterung der Unterbringung bedürftiger Kranker in Volksheilstätten und Genesungsheimen; 2. Erbbaurecht und Arbeiterwohnungen.

Die **berufsgenossenschaftlichen Vertrauensärzte und ihre Stellung zu den Aerzten** bildete den Gegenstand einer am Sonnabend, den 21. Dezember 1901 in Braunschweig stattgehabten Schöffengerichtssitzung, in der eine Beleidigungsklage des Vertrauensarztes der Ziegelei-Berufsgenossenschaft, San.-Rath Dr. Blasius-Berlin, gegen den Oberarzt des Herzoglichen Krankenhauses, Prof. Dr. Sprengel, zur Verhandlung stand. Nach einem im Hannoverschen Courier gebrachten Bericht und einer diesen z. Th. berichtigenden Zuschrift des Prof. Dr. Sprengel bildete der Anlass der Beleidigungsklage ein Brief, in dem dieser sich gegenüber der Ziegelei-Berufsgenossenschaft Hannover verwahrt hatte, dass die von ihm vorgeschlagenen Rentensätze von dem Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft, San.-Rath Dr. Blasius-Berlin, herabgesetzt würden, ohne dass der betreffende Vertrauensarzt die Kranken überhaupt gesehen habe.[1]) Ein Arzt, der so verfahre, begehe einen Vertrauensbruch gegenüber den humanen Pflichten, die er als Arzt auf sich nehme. In der Verhandlung erklärte Prof. Dr. Sprengel, dass ohne die Untersuchung eines Kranken ein derartiges Verfahren des Vertrauensarztes, der der Berufsgenossenschaft über die Höhe der zu bewilligenden Rente seinen Rath ertheilt, nichts weiter sei, als ein besonderer Modus, die Renten zu drücken. Er betonte in erster Linie die Nothwendigkeit der exakten Untersuchung und forderte dieselbe als Vorbedingung für das Urtheil auch des Vertrauensarztes. Er hätte selbst oft Gelegenheit gehabt, die Thätigkeit von berufsgenossenschaftlichen Vertrauensärzten zu beobachten; aus seiner persönlichen Erfahrung sei ihm aber kein Fall bekannt, in welchem ein Vertrauensarzt die von einem anderen Arzt festgesetzte Rente erhöht habe. Nach dieser Erfahrung müsse er persönlich Bedenken gegen die Thätigkeit der Vertrauensärzte tragen, namentlich aber dann, wenn für den Vertrauensarzt seine vertrauensärztliche Thätigkeit einen wesentlichen Theil seiner Berufsarbeit ausmache und der Verlust derselben eventuell eine wirthschaftliche Existenzfrage bedeute. Das vom San.-Rath Dr. Blasius bei der Ziegeleiberufsgenossenschaft geübte und von ihm getadelte Verfahren entspreche ausserdem keineswegs dem bei anderen Berufsgenossenschaften üblichen Modus, müsse vielmehr als eine — nach seinen Erfahrungen — seltene Ausnahme bezeichnet werden. Wenn die Vertrauensärzte ihre Stellung so weit ausbeuteten, dass sie einschneidende Gutachten abgeben, ohne die Kranken zu untersuchen, dann sei im öffentlichen Interesse geboten, dagegen Front zu machen. San.-Rath Dr. Blasius hob diesen Angriffen gegenüber hervor, dass er in diesem Falle, wie in jedem Falle, und zwar nach den für Bemessung der Rente vorgeschriebenen Tabellen verfahren habe. Er habe sehr wohl ein zweites Gutachten abgeben können, weil das des Prof. Dr. Sprengel so ausführlich und präzise gewesen sei, dass es ihm eine genügende Unterlage für seine Beurtheilung geboten habe, ohne nochmalige Untersuchung des Kranken. Er müsse die Stellung der Vertrauensärzte hoch halten, und die Art und Weise der Angriffe, die sich in diesem Falle gegen ihn persönlich richteten, zurückweisen. Nach dem Gutachten des Professors habe er keine höhere Rente aussetzen können; denn die Heilung dor Verletzung müsse schnell vorwärts gegangen sein, da bereits ein „unempfindlicher Druck des Fingers“ nach dem Gutachten konstatirt gewesen sei.

In seiner Entgegnung verwahrte sich Prof. Dr. Sprengel gegen die Auffassung einer persönlichen Gehässigkeit, und betonte nochmals in längerer

---

[1]) Bei dem Verletzten, dem ein Finger der rechten Hand abgenommen war und bei dem ausserdem der Kleinfinger noch steif war, hatte Professor Dr. Sprengler den Grad der Erwerbsunfähigkeit auf 40 % geschätzt; während San.-Rath Dr. Blasius 25 % für ausreichend gehalten hatte, und dementsprechend die Rente festgesetzt war.

Ausführung, dass er lediglich die Sache und das System der Vertrauensärzte bekämpfe. Festgestellt wurde sodann, dass die Aerztekammer in Braunschweig, bei der San.-Rath Dr. Blasius den Prof. Dr. Sprengel zur Anzeige gebracht hatte, es abgelehnt habe, gegen diesen das Disziplinarverfahren einzuleiten. Die Kammer hat zum Ausdruck gebracht, dass Professor Sprengel durch die scharfe Rüge seine Standesehre und seine Pflicht nicht verletzt habe. Sie stände auch auf dem Standpunkt, dass eine Herabsetzung der Rente ohne persönliche Untersuchung des Kranken niemals gebilligt werden könne. Als Sachverständiger wurde Dr. med. Kredel-Hannover vernommen. Der Sachverständige sagte, er halte den Ton des inkriminirten Briefes für bedauerlich, doch müsse er den Standpunkt des Prof. Sprengel einnehmen. Dieser ideale Standpunkt sei derjenige, der von jedem Arzt angestrebt werden müsse. Er habe persönlich nie ein Gutachten oder Urtheil ohne Untersuchung abgegeben, sofern er nicht mit dem abgegebenen Gutachten eines Kollegen in Uebereinstimmung gewesen sei. Es wäre die Pflicht des San.-Raths Dr. Blasius gewesen, bei einer solchen Differenz ein zweites Gutachten einzuholen, oder sich mindestens mit Prof. Sprengel in Verbindung zu setzen, worauf San.-Rath Dr. Blasius bemerkte, dass es ihm unmöglich sei, wegen jedes Gutachten eine Korrespondenz zu unterhalten. Der Gerichtshof erkannte an, dass der Beklagte zweifellos in Wahrnehmung berechtigter Interessen gehandelt habe, doch habe er durch die scharfen Ausdrücke den Gegner auch persönlich treffen wollen. Es sei ihm deshalb nicht in vollem Umfange die Wohlthat des §. 193 St. G. B. zuzusprechen. Unter Berücksichtigung dieser Umstände wurde der Angeklagte wegen Beleidigung zu 150 Mark Geldstrafe event. 15 Tagen Gefängniss verurtheilt.

Die neue preussische Arzneitaxe für 1902 bringt in Bezug auf die allgemeinen Bestimmungen nur nachstehende geringe Aenderungen: Pulverkästchen, Gläser mit eingeriebenen Glasstöpseln, feste Deckel jeder Art zu Salbenkruken sowie weisse Kruken können jetzt auf ärztliche Anweisung auch bei allen Krankenkassen- u. s. w. Rezepten berechnet werden; die Abgabe von weissen Kruken ist bei Augensalben auch ohne diese Anweisung zulässig. Bei fabrikmässig hergestellten Arzneizubereitungen kann der Apotheker jetzt den vom Hersteller festgesetztea Originalverkaufspreis nehmen, auch wenn sich dieser höher als 60 % des Einkaufspreises stellt. Bei der Herstellung der Tabletten ist der Arbeitspreis insofern abgeändert, als der ermässigte Satz von 5 Pfg. pro Stück schon bei Verordnung von 5 Stück (früher erst bei 10 Stück) eintritt. Neu aufgenommen sind 22 Arzneistoffe, gestrichen dagegen nur drei; Preiserhöhungen sind eingetreten bei 34, Preissermässigungen bei 149 Arzneimitteln.

Deutscher Medizinalbeamtenverein.

Für die **Vereinsmitglieder** ist die **Mitgliedskarte** für den **Deutschen Medizinalbeamtenverein** der heutigen Nummer beigefügt.

Minden, den 1. Januar 1902.

Der vorläufige Vorstand des Deutchen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

Für die Abonnenten der Zeitschrift: Der heutigen Nummer der Zeitschrift liegt das **Inhaltsverzeichniss und Sachregister** der Beilage zur Zeitschrift bei, dasjenige für das Hauptblatt gelangt mit der nächsten Nummer der Zeitschrift zur Versendung.

Für die **Abonnenten des Kalenders für Medizinalbeamte:** Trotz aller Bemühungen ist es nicht möglich gewesen, den Druck des Kalenders noch vor dem 1. Januar fertig zu stellen; der Kalender wird jedoch bestimmt in den ersten Tagen der nächsten Woche den Abonnenten zugestellt werden.

Der Herausgeber.

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

J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

15. Jahrg. 1902.

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

Die Mitwirkung des Kreisarztes und der Gesundheits-Kommissionen auf dem Gebiete der Wohnungshygiene.[1])

Von Kreisarzt Dr. Solbrig in Templin.

Die Bedeutung, die die Wohnungshygiene als Arbeitsfeld des Kreisarztes haben soll, geht aus dem ersten Abschnitt des §. 70 der Dienstanweisung hervor, in dem es heisst:

„Der Kreisarzt muss allen Verhältnissen, welche für die Reinhaltung des Bodens und der Luft in Betracht kommen, seine Aufmerksamkeit zuwenden und dies als eine der wichtigsten Aufgaben seiner dienstlichen Thätigkeit ansehen."

Im Nachstehenden will ich versuchen, die eigentliche Wohnungshygiene, entsprechend dem Abschnitt XIX (§§. 70—73) der Dienstanweisung, unter Hervorhebung der wichtigsten hier in Frage kommenden Gesichtspunkte, zu besprechen.

In diesem Abschnitt wird wiederholt auf die bestehenden baupolizeilichen Vorschriften verwiesen. Letztere sind nun, wie bekannt, nicht einheitlich für Stadt und Land erlassen, sondern es bestehen solche in jedem Regierungsbezirk mit mehr oder weniger grossen Unterschieden in den einzelnen Abschnitten, selbst in dem einzelnen Regierungsbezirk sind oft gesonderte Vorschriften erlassen, je nachdem es sich um grössere oder kleinere Städte oder um das platte Land handelt; ausserdem haben eine Reihe grösserer Städte besondere Baupolizeiordnungen. Es erscheint darum nothwendig, dass sich der Kreisarzt mit den in seinem Wirkungskreise geltenden baupolizeilichen Vorschriften bekannt macht. So existiren

[1]) Nach einem Referat bei der Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam vom 19. Oktober 1901.

z. B. im Bezirk Potsdam drei verschiedene Baupolizeiordnungen; die erste gilt für die Städte, mit Ausnahme von Charlottenburg, Köpenick und Teltow, die zweite für die Vororte von Berlin, die dritte für das platte Land; alle drei enthalten, die beiden ersteren ausführlichere, die letztere nur kurz gefasste und spärliche Vorschriften, welche es sicher stellen, dass bei Neubauten und auch bei Umbauten gesundheitsgemässe Wohnungen hergestellt werden. Die hygienisch wichtigste Vorschrift, die, wie ich noch kurz anführen will, in allen drei Baupolizeiordnungen des Bezirks Potsdam vorkommt, lautet, dass die Wohnungen hinlänglich Luft und Licht haben, trocken und der Gesundheit nicht nachtheilig sind.

Gänzlich fehlen, und zwar fast allgemein im Reiche, Gesetze, nach denen schon vorhandene gesundheitswidrige Wohnungen zu verbessern und zu schliessen sind, und die eine gesundheitswidrige Benutzung an sich gesundheitsgemässer Wohnungen verbieten.

Nun kommen die Medizinalbeamten im Allgemeinen nur selten in die Lage, zu beurtheilen, ob ein im Bau befindliches Wohngebäude die baupolizeilichen Bedingungen erfüllt, ob also für hinreichend Luft und Licht gesorgt wird, ob die Wohnung trocken genug und sonst der Gesundheit etwa nachtheilig sein könnte; denn dies Alles wird vor dem Bau und während desselben von bautechnischer Seite geprüft und kontrolirt. Die Medizinalbeamten haben vielmehr fast stets mit den von Menschen bereits längere oder kürzere Zeit bewohnten Räumen zu thun; ihre Aufgabe ist es, zu prüfen, ob diese oder jene Wohnung die vom hygienischen Standpunkt zu stellenden Bedingungen — alles im Rahmen der bestehenden baupolizeilichen Vorschriften — erfüllt, ob das weitere Wohnenbleiben gesundheitlich zulässig ist, ob und welche Verbesserungen vorzunehmen sind, oder ob die Wohnung etwa ganz als unbewohnbar zu bezeichnen ist.

Es sind deshalb bestimmte Normen aufzustellen, welche die etwa ganz allgemein gehaltenen baupolizeilichen Vorschriften (wie z. B. im Bezirk Potsdam) präzisiren. Natürlich muss man dabei in bescheidenen Grenzen bleiben; denn es ist damit zu rechnen, dass aus wirthschaftlichen Gründen und in Folge des Umstandes, dass, besonders in grösseren Städten, noch vielfach ein grosser Wohnungsmangel ist, viele Menschen in Wohnungen leben, welche die Idealforderungen an eine gute, gesunde Wohnung längst nicht erfüllen, und dass schliesslich, wie auf einer Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege gesagt wurde, eine schlechte Wohnung immer noch besser ist als gar keine Wohnung. Anderseits darf auch nicht zu nachsichtig in der Beurtheilung des gesundheitsgemässen Wohnens verfahren werden.

Im Allgemeinen sind naturgemäss die Wohnungen der besser Situirten gesundheitsgemässer beschaffen und werden auch gesundheitsgemässer benutzt, so dass hauptsächlich die Wohnungen der arbeitenden und ärmeren Klassen es sind, auf die sich die nachfolgenden Ausführungen beziehen.

Die drei Hauptforderungen an eine gesunde Wohnung sind:

1. Trockenheit,
2. Versorgung mit hinreichender und guter Luft,
3. Helligkeit.

1. Trockenheit. Die Schäden feuchter Wohnungen sind genugsam bekannt; es möge hier nur kurz angeführt werden, dass gewisse Erkältungskrankheiten in feuchten Wohnungen häufiger sind und dass vor allem wegen des besseren Gedeihens der Mikroorganismen an feuchten Wänden Infektionskrankheiten, wie Cholera, Diphtherie, in feuchten, besonders Kellerräumen überwiegen.

Auf die sich hieraus ergebenden Forderungen, wie für den Bau trockener Wohnhäuser zu sorgen ist, gehe ich nicht ein, da dies mehr bautechnischer Natur ist; betonen möchte ich die Wichtigkeit, die den Zwischendecken als häufigen Brutstätten von Pilzen und Keimen beizumessen ist, und die Wichtigkeit dichter Fussböden. — Eine häufige Quelle der Feuchtigkeit der Wohnungen ist das zu frühe Beziehen bei noch nicht ausgetrockneten Wänden. Da nun das Austrocknen je nach Grösse des Baues, nach der Jahreszeit u. a. m. ganz verschieden lange dauert, so müsste in jedem Falle eine sachgemässe Untersuchung über den Grad der Trockenheit eines Baues vorgenommen werden, ehe die Erlaubniss zum Bewohnen gegeben wird. Weil dies Verfahren aber umständlich erscheint, so wird in den Baupolizeiverordnungen eine Mindestfrist zwischen Rohbauabnahme und Gebrauchsabnahme festgesetzt. Diese Frist beträgt z. B. nach den im Bezirk Potsdam gültigen Bauordnungen für die Städte „in der Regel 4 Monate“. Nach übereinstimmenden Ansichten namhafter Forscher ist aber diese Frist wenigstens für die Wintermonate als zu knapp bemessen anzusehen; es wäre deshalb zu wünschen, dass die Roth'sche Forderung, die Frist im Sommer auf 4, im Winter auf 6 Monate festzusetzen, allgemein Eingang fände. In der Baupolizeiordnung für die Vororte Berlins ist z. B. eine Frist von „in der Regel 6 Monaten“ festgesetzt, während die für den Bezirk Potsdam für das platte Land erlassene Baupolizeiordnung überhaupt hierüber nichts enthält.

Einer genügenden Austrocknung der Wohngebäude trägt eine weitere Bestimmung in den Baupolizeiordnungen Rechnung, indem vorgeschrieben wird, dass die Putzarbeiten nicht vor einer bestimmten Frist (nicht früher als 6 Wochen beispielsweise in den Städten des Bezirkes Potsdam) nach der Rohbauabnahme begonnen werden dürfen.

Dringend nöthig ist es, dass nicht so häufig, wie es wenigstens nach meinen geringen Erfahrungen der Fall ist, von solchen festgesetzten Fristen ohne genügenden Grund abgesehen wird; in solchen Ausnahmefällen müsste m. E. eine vorherige Prüfung durch einen Bau- und Medizinalbeamten stattfinden und hierbei der Grad der Mauerfeuchtigkeit festgestellt werden. Auf die Methoden zur Bestimmung des Feuchtigkeitsgehaltes der Wände hier einzugehen, würde zu weit führen; gegebenen Falles müsste der Kreisarzt eine solche Untersuchung vornehmen und ist dieselbe

nach der Methode von Glaesgen[1]) nicht zu schwierig. Als Massstab für den zulässigen Grad der Mauerfeuchtigkeit wird im Allgemeinen angenommen, dass der Gesammtmörtel nicht mehr als 2 % freies Wasser enthalten soll.

Nicht selten wird der Medizinalbeamte zur Begutachtung herangezogen, wenn eine Wohnung längere oder kürzere Zeit bezogen ist und von den Bewohnern die Klage über Feuchtigkeit laut wird.

Bei Beurtheilung, ob eine Wohnung feucht und deswegen der dauernde Aufenthalt darin für Menschen als gesundheitsgefährlich anzusehen ist, ist grosse Vorsicht am Platze; es wird, wie bekannt, häufig durch eignes — absichtliches oder unabsichtliches — Verschulden der Inwohner, besonders durch Waschen und Kochen in den Wohnräumen bei mangelhafter Lüftung, eine Wohnung feucht. Dies kommt namentlich bei kleinen, mit zu wenig oder keinen Nebenräumen ausgestatteten Wohnungen der unbemittelten Klassen vor. Der Medizinalbeamte wird daher genau, event. durch wiederholte Untersuchungen, auch wohl unter Zuziehung eines Bausachverständigen, zu prüfen haben, ob die Wände durch eine in den Mauern aufsteigende Feuchtigkeit oder durch unzweckmässige Benutzung feucht sind. Finden sich hierbei dauernd feuchte Stellen an den Wänden, ausgedehnte Schimmelbildung an den Tapeten, modriger Gernch oder dergleichen, so ist ein solcher Raum als unbewohnbar zu bezeichnen.

2. Hinreichende und gute Luft. Die nachtheiligen Folgen, die der Aufenthalt in schlechter, verdorbener und unzureichender Luft mit sich bringt, sind genügend bekannt, als dass darauf näher eingegangen zu werden braucht. Die Hauptquellen der Luftverschlechterung in den Wohnräumen sind zu suchen: 1. in ungesunder Lage des Hauses, 2. in ungesunder Bauart des Hauses, 3. in Staub innerhalb und ausserhalb der Wohnungen, 4. im Menschen durch seine Hautausdünstungen und den Athmungsprozess, 5. in Heizung und Beleuchtung.

Betreffs Lage und Bauart eines zu erbauenden Hauses hat der Medizinalbeamte für gewöhnlich kein Urtheil abzugeben. Dagegen enthalten die Baupolizeiordnungen fast ausnahmslos Bestimmungen über die Abmessung der Haushöhe im Vergleich zur Strassen- und Hofbreite. So ist z. B. in Berlin die grösste zulässige Gebäudehöhe relativ gleich der Hofbreite + 6 m, absolut gleich 22 m, die grösste Zahl der Wohngeschosse 5, das geringste Mass des Hofraumes gleich $^1/_3$ des ganzen Grundstückes. In den Städten des Bezirks Potsdam ist die geringste Abmessung der Höfe auf 5 m bei einer Grundstücksgrösse von 40 bezw. 50 qm, die grösste Tiefe der Gebäudetheile auf 18 m, die Zahl der Geschosse inkl. Keller- und Dachwohnungen auf nicht mehr als 4 festgesetzt; die Haushöhe darf nicht grösser als die Strassenbreite, die Höhe der Wohnräume nicht geringer als 2,50 m sein u. s. w.

---

[1]) Vergl. Handbuch der Hygiene von Weyl; IV. Bd., S. 594.

Bedauerlicher Weise lassen alle unsere Baupolizeiverordnungen die Bestimmung vermissen, wieviel Luftraum auf jeden einzelnen Kopf der Insassen einer Wohnung fallen muss. Wenn in der für den Bezirk Potsdam gültigen Verordnung vorgeschrieben ist, dass die Wohnungen „hinlänglich Luft" erhalten sollen, so ist damit dem subjektiven Ermessen ein sehr weiter Spielraum gelassen. Gewiss darf man nicht zu weitgehende, weil unerfüllbare Forderungen stellen, daran müsste jedoch festgehalten werden, dass, entsprechend den durch den Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege aufgestellten Forderungen, jedes vermiethete, als Schlafraum benutzte Gelass für jedes Kind unter 10 Jahren wenigstens 5 cbm, für jede ältere Person wenigstens 10 cbm Luftraum enthalten muss, andernfalls jedoch ein solcher Raum als gesundheitswidrig anzusehen ist. Gänzlich fehlen auch allgemeine Bestimmungen, die der Ueberfüllung der Wohnungen entgegenarbeiten. Die thatsächlichen Verhältnisse, besonders in grossen Städten, sind in der Beziehung noch recht missliche, und dringend zu wünschen wäre es, wenn wenigstens die allergröbsten Missstände durch gesetzliche Regelung eine Abhülfe erfahren könnten. Die Forderung, dass jede Familienwohnung wenigstens aus zwei Räumen bestehen muss, ist eigentlich das Mindeste, was zu verlangen wäre; eine einzimmerige Wohnung, die mehr als 5 Personen beherbergt, ist entschieden als überfüllt zu bezeichnen; mindestens müsste bei jeder solchen, aus einem Zimmer bestehenden Familienwohnung ein besonderer Kochraum vorhanden sein.

Ein fernerer Uebelstand entsteht vielfach dadurch, dass in Folge Aftervermiethung gar nicht für Wohnzwecke bestimmte luft- und lichtarme Nebenräume zu Wohnzwecken herangezogen werden. —

Dass jede, auch kleine Wohnung einen besonderen Flur hat, ist ausser aus sozialen Gründen deshalb nothwendig, um bei etwaigem Herrschen von ansteckenden Krankheiten einen einigermassen wirksamen Abschluss zu ermöglichen.

Damit eine Lufterneuerung der Wohnräume möglich ist, muss verlangt werden, dass alle zu längerem Aufenthalt für Menschen dienende Räume bewegliche Fenster haben, die unmittelbar in's Freie führen.

3. Helligkeit. Das Ueberwiegen von Skrophulose in schlecht belichteten Hof- und Kellerwohnungen führt, wie kurz erwähnt werden mag, Uffelmann auf den Mangel an Licht zurück. Zur Beurtheilung, ob ein Wohnraum ausreichend belichtet ist, ist bis jetzt wohl das Verhältniss der lichtgebenden Fläche der Fenster zur Grundfläche des Wohnraumes als die einfachste und zweckmässigste Prüfung anzusehen. Zu weitgehende Forderungen sind natürlich auch hierbei zu verwerfen; die Forderung jedoch, dass dies Verhältniss 1 : 12 wenigstens betragen soll, um einen Wohnraum als ausreichend belichtet zu bezeichnen, dürfte nicht zu weit gehen. In den Baupolizeiverordnungen fehlen, wenn aus den im Potsdamer Bezirk geltenden auf andere geschlossen

werden darf, genauere Vorschriften in dieser Beziehung; so ist in den genannten Verordnungen nur angegeben, dass Räume, die zu dauerndem Aufenthalt für Menschen bestimmt sind, „hinreichend" Licht haben. —

Sind nun diese Forderungen: Trockenheit, Luft und Licht bei allen Wohnungen zu stellen, so sind zwei Gruppen von Wohnungen besonders hervorzuheben, weil bei ihnen an sich schon ungünstige Verhältnisse existiren; ich meine die Keller- und Dachwohnungen. Die Kellerwohnungen bieten durch die oft bestehende Feuchtigkeit, den Mangel an Luft und Licht besonders gesundheitliche Bedenken dar, die darin ihre Bestätigung finden, dass nachgewiesenermassen epidemische Infektionskrankheiten bei weitem häufiger in Keller- als in anderen Wohnungen auftreten. Vom rein hygienischen Standpunkt ist deshalb der Wunsch wohl gerechtfertigt, dass Kellerräume zum dauernden Aufenthalt für Menschen zu verbieten sind. Da es jedoch nicht angängig ist, die vielfach bestehenden Kellerwohnungen aufzuheben, so müssen wir wenigstens dahin streben, dass bei Neuherstellung von Gebäuden die Anlage von Kellerwohnungeu verboten wird (wie dies z. B. in manchen grossen deutschen Städten, wie München, Frankfurt a. M., Stuttgart, auch ausserdeutschen Städten, wie Paris, Rom, und in ganz England allgemein durchgeführt ist).

So lange aber noch Kellerwohnungen zugelassen sind, müssen Massregeln getroffen werden, welche die oben angeführten Schädlichkeiten auf ein Mindestmass beschränken. Diesen Forderungeu werden auch die Baupolizeiverordnungen gerecht, indem z. B. im Bezirk Potsdam vorgeschrieben ist, dass der äussere Fenstersturz 0,60 bis 1 m und die Decke mindestens 1 m über der Erdoberfläche und die Fussbodenkante mindestens 0,3 m über dem höchsten bekannten Grundwasserstande liegen, dass die Räume in den Wänden gegen Nässe geschützt und gegen aufsteigende Erdfeuchtigkeit und Erddünste durch undurchlässige Sohlen gesichert werden; ferner dass nur an Strassen und Höfen von mindestens 10 m Breite Kellerwohnungen gestattet sind.

Werden Kellerräume feucht oder im oben erwähnten Sinne überfüllt und schlecht belichtet gefunden, so ist in höherem Masse als bei den anderen Wohnungen der Ausspruch der Unbewohnbarkeit gerechtfertigt.

Bei den Dachwohnungen liegen die gesundheitlichen Bedenken vor Allem in den ungünstigen Wärmeverhältnissen, indem im Sommer zu grosse Hitze, im Winter zu grosse Kälte herrscht. Es wird auf das erstere Moment von Flügge das Ueberwiegen der Sommerdurchfälle der Kinder in Dachwohnungen zurückgeführt. Ausserdem bringt die oft beträchtliche Höhe die Anstrengung des vielen Treppensteigens mit sich; desgleichen sind schliesslich die Dachwohnungen wegen zu grosser Niedrigkeit und ungenügender Fenster oft mangelhaft mit Luft und Licht versorgt. Zur Vermeidung der Uebelstände ist in den Baupolizeiverordnungen einmal eine Beschränkung der Geschosszahl der Häuser (z. B. in Berlin, Hamburg, Breslau 5, Köln, Magdeburg etc., auch in den

Städten des Reg.-Bez. Potsdam 4) vorgeschrieben, und zweitens wird manchmal nur ein Theil der Dachräume zu Wohnzwecken gestattet.

Auch bei Dachwohnungen ist streng darauf zu achten, dass die oben aufgestellten Minimalforderungen an Luft und Licht erfüllt werden, andernfalls ihre Unbewohnbarkeit auszusprochen ist.

Einer kurzen Besprechung bedürfen gewisse Gruppen von Wohnungen mit Rücksicht auf die Art der Insassen. Es gehören dahin Herbergen, Schlafstellen, Massenquartiere und Arbeiterwohnungen. Der §. 72 der Dienstanweisung betont die Wichtigkeit der Beaufsichtigung dieser Wohnstellen durch den Kreisarzt. Diese Wichtigkeit entspringt daraus, dass das Beisammenwohnen vieler Menschen naturgemäss besondere gesundheitliche Gefahren mit sich bringt. Es sind deshalb besondere Polizeiverordnungen über Schlafstellen, Massenwohnungen u. s. w. erlassen. Sehr genaue und ausführliche Vorschriften existiren beispielsweise im Bezirk Potsdam für die Wohnungen der Wanderarbeiter im landwirthschaftlichen und industriellen Betriebe; ohne auf diese näher einzugehen, will ich nur erwähnen, dass hierin das Mindestmass an Bodenraum im Schlafraum auf 2 qm, der Mindestluftraum auf 7,5 cbm pro Kopf festgesetzt ist, und dass das Verhältniss der lichtgebenden Fensterfläche zur Grundfläche = 1:12 betragen soll.

Die etwa im Bezirke des Kreisarztes gültigen Bestimmungen für Massenquartiere und dergl. bieten denselben die Handhabe, Missstände zur Anzeige zu bringen und auf Abstellung etwaiger Mängel hinzuwirken.

Worauf der Kreisarzt auf dem Gebiete der Wohnungshygiene zu achten hat, habe ich in den Hauptzügen zu schildern versucht. Bei welchen Gelegenheiten er und die Gesundheitskommissionen ihre Mitwirkung zu entfalten haben, bleibt kurz zu besprechen.

Der §. 71 der Dienstanweisung bespricht die Mitwirkung des Kreisarztes bei Begutachtung von Baupolizeiordnungen, soweit solche für seinen Amtsbezirk erlassen werden. Im Allgemeinen dürfte dies nur selten vorkommen, da diese Verordnungen meist für grössere Bezirke (Reg.-Bezirk) erlassen werden; im geeigneten Falle sind die hygienischen Forderungen, wie sie hier kurz besprochen sind, zur Geltung zu bringen.

Weiter und vor Allem sind es die Ortsbesichtigungen und die gemeinsamen Besichtigungen durch ihn und die Gesundheitskommissionen, die den Kreisarzt veranlassen werden, den Charakter der Wohnungen in den einzelnen Ortschaften seines Kreises im Allgemeinen kennen zu lernen und grobe Missstände aufzudecken. Natürlich ist es, selbst bei kleineren Ortschaften bei einer Besichtigung nicht möglich, auf die Details der Wohnungen zu achten. Es gehören dazu längere und wiederholte Besichtigungen.

Eine weitere Gelegenheit, die Wohnungen kennen zu lernen, bietet sich bei den Ermittlungen über ansteckende Krankheiten. Grade wenn solche herrschen, ist die Wohnungs-

frage eine besonders wichtige. Eine Wohnung, die für Gesunde allenfalls genügen kann, ist beim Ausbruch von Krankheiten, besonders ansteckender Krankheiten, oft als unzulässig zu bezeichnen.

Um sein Ziel nach Möglichkeit zu erreichen, bedarf der Medizinalbeamte der Mitwirkung der Aerzte seines Kreises, besonders der Kommunal- und Armenärzte, die über die sanitären Missstände der Wohnungen der armen Bevölkerung in den Städten mit am besten unterrichtet sind. In dieser Beziehung ist der §. 23 der Dienstanweisung, der das Verhältniss des Kreisarztes zu den nicht beamteten Aerzten regelt, zu beherzigen. Daneben soll er sich die im §. 73 erwähnten Wohlfahrtseinrichtungen angelegen sein lassen. Auf diesem Gebiete ist durch Bildung von Bau- und Wohnungsvereinen, Gründung von Arbeiterhäusern und Arbeiterheimen u. s. w. in Deutschland schon Erhebliches geleistet; es bleibt jedoch noch viel zu thun übrig, und kann der Kreisarzt durch Belehrungen und Rathschläge viel zur Verbesserung der Arbeiterwohnungen beitragen. Auch die Belehrung des Publikums durch Vorträge und volksthümliche Aufsätze in gelesenen Zeitungen, in denen auf die Nothwendigkeit der Lüftung und Reinhaltung der Wohnungen und dergl. mehr hingewiesen wird, wie dies im Programm verschiedener Wohnungsvereine steht, sind ein dankbares Feld für den Medizinalbeamten. Es darf eben kein Mittel als überflüssig betrachtet werden, das dazu beitragen kann, auf dem wichtigen Gebiete der Wohnungshygiene bessernd zu wirken; denn bessert man die Wohnungsverhältnisse, bessert man die Gesundheitsverhältnisse. —

Es lässt sich, wie wir sehen, bei den jetzigen Vorschriften und Verordnungen durch den Kreisarzt und die Gesundheitskommissionen manches erreichen. Allein ist jedoch der Kreisarzt bei seinem sonst grossen Wirkungskreise nicht in der Lage, die Beaufsichtigung der Wohnungen, besonders in den grösseren Städten, vorzunehmen. Dazu bedarf es einer regelmässigen, stetigen Ueberwachung, die durch besonders ausgebildete Wohnungs- bezw. Gesundheitsinspektoren ausgeübt wird. Solche würden zweckmässig als Hülfsbeamte[1]) des Kreisarztes fungiren.

Nachdem bereits seit längerer Zeit in anderen Staaten, besonders Frankreich und in hervorragender Weise in England, durch besondere Wohnungsämter eine gesundheitliche Ueberwachung der Wohnungen eingeführt ist, wird neuerdings auch bei uns diese Angelegenheit, mit der sich der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege im Jahre 1891 genauer beschäftigt hat, praktisch durchgeführt. Im Königreich Württemberg ist eine Wohnungsaufsicht durch besondere Organe durch Minist.-Verfügung vom 21. Mai 1901[2]) eingerichtet, auch in Bayern und Hessen

---

[1]) Vergl. S. 749, Nr. 22 der Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jahrg. 1901.
[2]) Vergl. Beilage zu dieser Zeitschrift; 1901, Nr. 17, S. 221 ff.

besteht eine solche, desgleichen soll in einigen preussischen Regierungsbezirken eine ähnliche Einrichtung getroffen werden.

Die Hauptgesichtspunkte der vorstehenden Ausführungen fasse ich in folgenden Sätzen zusammen:

1. An eine gesunde Wohnung ist die Forderung zu stellen, dass sie trocken, mit guter und hinreichender Luft versehen und hell genug ist.

2. Behufs genügender Austrocknung von Neubauten hat die Frist zwischen Rohbau- und Gebrauchsabnahme im Sommer wenigstens 4, im Winter wenigstens 6 Monate zu betragen.

3. Ein genügender Grad von Trockenheit ist vorhanden, wenn der Gesammtmörtel der Mauern nicht mehr als 2 % freies Wasser enthält.

4. Länger bestehende feuchte Flecken an der Wand machen eine Wohnung unbewohnbar.

5. Behufs Zuführung guter Luft muss jeder zum dauernden Aufenthalt für Menschen dienende Raum mit Fenstern versehen sein, die ins Freie führen.

6. Als hinreichende Luftmenge ist zu bezeichnen, dass auf jedes Kind unter 10 Jahren 5, jede ältere Person 10 cbm Luftraum kommt, und dass die Höhe der Wohnräume mindestens 2,5 m beträgt.

7. Als Massstab für hinreichende Helligkeit hat das Verhältniss der Lichtfläche der Fenster zur Fussbodenfläche 1 : 12 zu betragen.

8. Eine Wohnung ist als überfüllt anzusehen, wenn sie nur aus einem Raum besteht und mehr als 5 Personen beherbergt.

9. Familienwohnungen sollen möglichst aus zwei Räumen bestehen.

10. Ein besonderer Kochraum ist bei den aus 1—2 Zimmern bestehenden Familienwohnungen nöthig; auch soll jede Wohnung ihren eigenen Flur haben.

11. Kellerwohnungen sind möglichst bei Neubauten nicht zuzulassen; bei bestehenden Keller- und ebenso bei Dachwohnungen ist besonders streng darauf zu achten, dass die baupolizeilichen Vorschriften und die Minimalforderungen an Luft und Licht erfüllt werden.

12. Der Kreisarzt hat, falls er zur Begutachtung von Baupolizeiordnungen herangezogen wird, auf die Durchführung der Minimalforderungen zu dringen.

13. Gelegentlich der Orts- und der gemeinsamen Besichtigungen durch den Kreisarzt und die Gesundheitskommissionen ist der allgemeine Charakter der Wohnungen festzustellen und auf die Abstellung grober Missstände hinzuwirken.

14. Auch sonst, besonders gelegentlich der Ermittelung bei ansteckenden Krankheiten, hat der Kreisarzt die Besichtigung der Wohnungen vorzunehmen und bei bestehenden gesundheitswidrigen Zuständen seine Massregeln zu treffen.

15. Einer besonderen Beaufsichtigung bedürfen Massenwohnungen von Arbeitern, Herbergen, Schlafstellen und ist auf Be-

folgung der etwaigen besonderen Polizeiverordnungen zu achten.

16. Den gemeinnützigen Bestrebungen auf dem Gebiete der Wohnungshygiene, besonders der Bildung von Bauvereinen, der Anlage von Wohnungen für Arbeiter in grösseren Betrieben hat der Kreisarzt seine Aufmerksamkeit zu widmen sowie Rath und Belehrungen zu ertheilen.

17. Anzustreben ist eine reichsgesetzliche Regelung zum Schutze gesunden Wohnens im Sinne des vom Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege beschlossenen Entwurfs.

18. Anzustreben ist ferner eine dauernde Beaufsichtigung des Wohnungswesens in Form von Wohnungsämtern unter Aufsicht des Kreisarztes und unter Mitwirkung der praktischen Aerzte.

Der Vorbereitungsdienst des Kreisarztes.

Von Reg.- u. Med.-Rath Dr. Wodtke in Köslin.

Der Kreisassistenzarzt ist, wie seine kurze Entwickelungsgeschichte lehrt, ein noch unfertiges Gebilde der Medizinalreform. Bei der Emanirung des Kreisarztgesetzes vom 16. September 1899 trat er in §. 5 unter der allgemeinen Bezeichnung Assistent in die Erscheinung. In der dem Etatsentwurf für 1901/2 beigegebenen Denkschrift zur Ausführung des Kreisarztgesetzes hiess es: „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".

Wenn hier die Unterstützung der Kreisärzte durch den Kreisarztassistenten in erster Linie stand, so brachte schon die Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 dem Kreisarztassistenten eine neue Entwickelungsstufe. Der Name wurde in den eines Kreisassistenzarztes geändert und mit der Namensänderung ging auch eine Wandelung des Wesens einher. In §. 33 Abs. 3 der Dienstanweisung wurde bestimmt, „dass sich der Kreisarzt die wissenschaftliche und dienstliche Förderung des Assistenten angelegen sein zu lassen hat". Der Ton wurde jetzt auf die Ausbildung des Kreisassistenzarztes gelegt, während seine Gehülfenstellung zurücktrat.

Die darauf erfolgende Ernennung von Kreisassistenzärzten, deren Lebensalter etwa zwischen 30 und 55 Jahren schwankte, liess noch nicht erkennen, ob bei der neuen Stellung die Entlastung der Kreisärzte oder die Ausbildung des Nachwuchses die Hauptsache sein sollte. Kreisassistenzärzte, die in stark bevölkerten Kreisen ihren Wohnort am Amtssitze des Kreisarztes angewiesen erhalten hatten, konnten bezüglich ihrer weiteren Ausbildung als wohlversorgt gelten. Aber die Mehrheit der Kreisassistenzärzte war in kleinen Orten weit von dem Amtssitz des Kreisarztes entfernt angesiedelt worden, in Kreisen von 50000 bis 80000 Einwohnern, wo weniger die Anzahl der Dienstgeschäfte als die räumliche Ausdehnung des Kreises eine Entlastung des

Kreisarztes zu fordern schien. In solchen Orten steht es mit der Ausbildung der Kreisassistenzärzte weniger gut, da die persönliche Einwirkung des Kreisarztes nur gelegentlich stattfindet und sonstige Anregungen selten sind. Durch den Ministerialerlass vom 18. Mai 1901 ist aber auf die Ausbildung des Kreisassistenzarztes für das Amt eines Kreisarztes ein solches Gewicht gelegt worden, dass eine Anstellung von Kreisassistenzärzten in Kreisen und Orten, welche für die Förderung ihrer Ausbildung nicht geeignet sind, kaum noch zu erwarten ist.

Die neuen Kreisassistenzärzte erblickten in ihrer Ernennung eine unmittelbare Anwartschaft auf eine Stelle als Kreisarzt. Mindestens glaubten sie nach der Sorgfalt, mit der gemäss obigem Ministerialerlass die Vorschläge zum Kreisassistenzarzt erfolgen sollten, anderen Aerzten gegenüber einen Vorsprung zu besitzen. Wenn nun auch einleuchten sollte, dass ein Vorbereitungsdienst einen gewissen Zeitraum in Anspruch nehmen muss, so wird doch die Wahrnehmung, dass die Vorbereitung nicht ein unbedingtes Erforderniss ist, um zu dem gewünschten Ziele zu gelangen, die Bedeutung der Kreisassistenzarztstellen herunterdrücken. Erwägungen darüber, weshalb die einen Bewerber um Kreisarztstellen einer praktischen Ausbildung zu dem Amte bedürfen, welches die anderen ohne eine solche erlangen, können leicht zu verkehrten und ungünstigen Schlüssen führen. Der heutige Kreisarzt kann die Gewandtheit und Sicherheit in seinem Wirken, deren er, abgesehen von seinem Fachwissen, in dem Verkehr mit den verschiedensten Behörden bedarf, nur durch praktische Schulung sich erwerben. Es kann auch kein Zweifel darüber sein, dass es dem Amte zuträglicher und für alle Betheiligten vortheilhafter ist, wenn der Kreisarzt die praktische Schulung nicht erst im Amte mit den dann unausbleiblichen und sehr empfindlichen Verdriesslichkeiten durchmacht, sondern sie bereits in das Amt mitbringt. Daher erscheint die Forderung eines Vorbereitungsdienstes für alle Bewerber um das Amt eines Kreisarztes gerechtfertigt.

Wie kann aber die Einführung der künftigen Kreisärzte in die kreisärztlichen Geschäfte zweckmässig und gründlich geschehen?

Bei der Beantwortung dieser Frage wird gegenüber der Ausbildung des künftigen Kreisarztes die Konkurrenz der Entlastung der im Amte befindlichen Kreisärzte umsomehr zurücktreten müssen, als das Bedürfniss einer Entlastung von den Kreisärzten häufig noch in Abrede gestellt und der Kreisassistenzarzt mitunter sogar als eine unwillkommene Beigabe betrachtet wird. Zur Verhütung der dauernden Ueberbürdung einiger weniger Kreisärzte giebt das Gesetz vom 16. September 1899 genügend Mittel an die Hand. In solchen Fällen werden die Anstellung eines Gerichtsarztes, oder die eines zweiten Kreisarztes, oder die Zuweisung eines Theiles des Kreises an einen benachbarten, weniger belasteten Kreisarztbezirk, vor allem aber die Vollbesoldung leicht Abhüfe schaffen. Es liegt ein gewisser Wider-

spruch darin, einem nicht vollbesoldeten Kreisarzt, der nach der Bemessung seines Gehalts durch sein Amt nicht voll in Anspruch genommen wird, noch einen Kreisassistenzarzt zuzugesellen. Folgerichtig könnte nur ein vollbesoldeter Kreisarzt einen Gehülfen erhalten, aber ausgenommen den Kreisarzt in Waldenburg sind sämmtliche, mit Assistenten bedachte Kreisärzte nicht vollbesoldet.

Auch die Frage der Ueberwachung eines Hafens oder eines bedeutenden Grenzüberganges, oder der Versorgung einer ärztearmen Gegend mit einem tüchtigen Arzte kann nicht mit der Frage nach der zweckmässigsten Art der Einführung in einen wichtigen Geschäftskreis verbundeu werden, oder gar Einfluss auf ihre Entscheidung gewinnen.

Auf die Schwierigkeit der Ausbildung der Kreisassistenzärzte in kleinen, von dem Wohnsitze des Kreisarztes weit entfernten Orten in ausgedehnten Kreisen mit geringer Bevölkerungsdichte ist bereits hingewiesen worden; aber auch in stark bevölkerten Gegenden kommt es noch ganz auf die Persönlichkeit des Kreisarztes an, ob ein befriedigendes Ergebniss erzielt wird. Die im letzten Absatz des Ministerialerlasses vom 18. Mai 1901 vorgesehene wissenschaftliche und dienstliche Förderung durch den Regierungs- und Medizinalrath wird sich wegen der räumlichen Entfernung bisher wohl meistens als unthunlich erwiesen haben. Wie kann also mit Sicherheit mehr erreicht werden?

Für die Regierungs-Bauführer des Hochbaufaches und ähnlich für die anderen Bauführer ist in §. 28 der Vorschriften über die Ausbildung und Prüfung für den Staatsdienst im Baufache vom 1. Juli 1900 eine dreimonatige Thätigkeit bei einer Königlichen Regierung vorgeschrieben, während welcher sie deren Einrichtung und Gliederung kennen lernen und zu diesem Zwecke in der Registratur, in der Expedition und bei den bautechnischen Räthen mit Arbeiten aus dem Gebiete der Verwaltung mit der Prüfung von Entwürfen, Anschlägen und dergleichen beschäftigt werden sollen. Was für den künftigen Kreisbauinspektor recht, ist für den künftigen Kreisarzt billig; denn die Beziehungen des Kreisarztes zu allen Zweigen der Verwaltung sind eher noch lebhaftere als die des Baubeamten. Durch eine dreimonatige Beschäftigung bei der Regierung würde der künftige Kreisarzt einen Einblick in die Verwaltung und Verständniss für die formale Seite der Amtsführung gewinnen, während die Unterweisung durch den Regierungs- und Medizinalrath an der Hand eingehender Berichte ihm später für die Erledigung der kreisärztlichen Geschäfte von grösstem Nutzen sein würde. Daneben hätte er möglichst behufs Sammlung von praktischen Erfahrungen den am Sitze der Regierung befindlichen Kreisarzt bei Konstatirung von übertragbaren Krankheiten, bei Besichtigungen, Prüfungen, Terminen u. s. w. zu begleiten, sowie in mehreren Kreisen als zweiter Gerichtsarzt zu fungiren. Ueber seine Thätigkeit würde er ein monatlich abzuschliessendes Geschäftsverzeichniss zu führen haben. Aerzte, welche während dieser Zeit die Ueberzeugung gewinnen, dass die kreisärztliche Thätigkeit ihren Neigungen nicht

entsprechen wird, können, ohne wesentliche Einbusse erlitten zu haben, in ihre frühere Praxis wieder eintreten. Diejenigen Aerzte, welche im Staatsdienste bleiben, werden nach Erledigung des Vorbereitungsdienstes bis zur Anstellung als Kreisarzt entweder weiter bei der Regierung oder bei Kreisärzten oder mit der Vertretung von beurlaubten Kreisärzten beschäftigt. Zur Ausübung einer gewerblichen ärztlichen Praxis wird dabei schwerlich Zeit und Gelegenheit zu finden sein, so dass nöthigenfalls einem Verbot oder der Bedingung einer besonderen Genehmigung nichts entgegenstände.

Die Remuneration müsste allerdings wenigstens den Höchstbetrag der jetzt für die Kreisassistenzärzte ausgeworfenen erreichen. Die Denkschrift zur Ausführung des Kreisarztgesetzes sprach sich bezüglich der Remuneration dahin aus, „diese Remunerationen (von 1200—1800 M.) sind erheblich höher als die Besoldung der seitherigen Kreiswundärzte und entsprechen im Allgemeinen der Remuneration der ärztlichen Assistenten an den Universitätsinstituten". Die Besoldung der seitherigen Kreiswundärzte, denen die Kreisarztassistenten nicht entsprechen sollten, konnte eigentlich zum Vergleich kaum herangezogen werden. Die Gleichstellung aber mit den Assistenten an den Universitätsinstituten, welche gewöhnlich unmittelbar nach der Approbation ihre Stelle erhalten, war insofern nicht gerechtfertigt, als Kreisarztassistenten kreisärztlich geprüft sein, mithin im allergünstigsten Falle mindestens vor drei Jahren die Approbation erworben haben müssen. In Wirklichkeit wird dieser Zeitraum sich erheblich verlängern, da ein zur Anstellung als Kreisarzt geeigneter Arzt stets eine ganze Reihe von Jahren erfolgreicher Praxis hinter sich haben muss. Nicht als ob er die Gewähr bieten müsste, neben seinem Amt noch eine grössere ärztliche Praxis zu erwerben — denn es gehört wenig Prophetengabe dazu, um die allmähliche Umgestaltung der meisten Kreisarztstellen in vollbesoldete vorherzusagen —, sondern weil er nur in voller Vertrautheit mit der ärztlichen Praxis den vielen Aufgaben seines Amtes, insbesondere der Thätigkeit als Sachverständiger gerecht werden und gegenüber den anderen Aerzten seine Stellung wahren kann. Man darf sogar Zweifel hegen, ob die in der Dienstanweisung in §. 3 zu 4 geforderte Ausübung einer fünfjährigen selbstständigen Thätigkeit als Arzt vor der Anstellung als Kreisarzt im Allgemeinen ausreichend ist. Jedenfalls hat die trotz des erheblichen Unterschiedes der Lebensalter zwischen den Kreisassistenzärzten und den Assistenten an den Universitätsinstituten gezogene Parallele die Remuneration der ersteren in ungünstiger Weise beeinflusst. Eine Aufbesserung des Diensteinkommens der im Vorbereitungsdienst für den Kreisarzt befindlichen Arzt wird nach der ganzen Sachlage unumgänglich sein.

In unserer hastigen Zeit, in der man sich gern mit dem Lesen des Etiketts begnügt, ohne in eine weitere Prüfung des Inhalts des Gefässes einzutreten, haben Titel eine nicht zu unterschätzende praktische Bedeutung. Es würde zweckmässig sein, den etwas schwerfälligen und auch wenig zutreffenden Titel eines

Kreisassistenzarztes fallen zu lassen, und denjenigen Aerzten, welche nach zurückgelegtem dreimonatigem Vorbereitungsdienst der Anstellung als Kreisarzt entgegensehen, den Titel Medizinalassessor zu verleihen. Dieser Titel besitzt bereits Bürgerrecht und ist für die künftigen Kreisärzte nach den überstandenen Prüfungen und dem Lebensalter gewiss ebenso berechtigt, wie der Assessortitel in anderen Fächern.

Es ist wohl selbstverständlich, dass bei einem so grossen Werke, wie es die Medizinalreform ist, nicht alle Theile von vornherein gleich glücklich ausgeführt werden konnten. Manches, was anfänglich nebensächlich erschien, stellte sich später als wichtig heraus. Man muss dankbar sein, dass überhaupt der Assistent in das Kreisarztgesetz und der Kreisarztassistent in den Etat hineingekommen und entwicklungsfähig ist. Wenn sich aber die preussischen Kreisärzte in der Regel aus den Kreisassistenzärzten ergänzen sollen, so ist es im Interesse ebenso sehr des Standes der Medizinalbeamten, als der gesammten Medizinalverwaltung nothwendig, die Stellung des Kreisassistenzarztes, die Vorstufe des Kreisarztes, in das rechte Licht zu rücken.

Das preussische Medizinalwesen in dem Staatshaushalts-Etat 1902/1903.

Vom Herausgeber.

Dass die ungünstige allgemeine Finanzlage auch für den Medizinaletat nicht ohne Rückwirkung bleiben würde, musste von vornherein angenommen werden. Deshalb darf man sich unter diesen Umständen nicht verwundern, wenn manche Wünsche, z. B. Einstellung einer grösseren Anzahl von vollbesoldeten Kreisarztstellen, Erhöhung der Dienstaufwands-Entschädigung namentlich für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte u. s. w. vorläufig unerfüllt geblieben sind; man muss es vielmehr dankbar anerkennen, dass trotz der zur grössten Sparsamkeit auffordernden Finanzlage der Medizinaletat nach manchen Richtungen hin einen Fortschritt aufweist und jedenfalls den Beweis liefert, dass auf dem durch das Kreisarztgesetz angebahnten Wege der Umgestaltung unseres Medizinalwesens vorwärts geschritten werden soll.

Die vor längerer Zeit in den politischen Zeitungen gebrachte Mittheilung, dass im nächsten Etat für die Medizinalabtheilung ein besonderer Ministerialdirektor vorgesehen werden sollte, hat sich nicht als zutreffend erwiesen; denn der Etat für diese Abtheilung weist nur insofern eine Aenderung auf, als bei der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen 3600 M. mehr eingestellt sind, theils für eine neue Mitgliedstelle, die einem zweiten Vertreter der inneren Medizin übertragen werden soll, theils für die Berufung von ständigen Hülfsarbeitern zur Entlastung der ordentlichen Mitglieder in der Abfassung der zahlreichen umfassenden Gutachten. Uns dünkt, dass wenn die Wissenschaftliche Deputation für das preussische Medizinalwesen die anerkannt erste wissenschaftliche Autorität auf

gerichtsärztlichem und hygienischem Gebiete bleiben soll, ihr auch ein Vertreter der gerichtlichen Medizin angehören, sowie das hygienische Fach stärker vertreten sein müsste; desgleichen ist eine Vertretung des Ingenieur-, Wasser- und Hochbaufaches bei vielen hygienischen Fragen schwer zu entbehren. Die Zahl der Mitglieder würde dadurch allerdings wesentlich grösser werden; es könnten dann aber ebenso wie beim Reichsgesundheitsrath, verschiedene Abtheilungen, z. B. für rein medizinische, für gerichtsärztliche und hygienische Angelegenheiten gebildet werden, ein Verfahren, was sich für die der Deputation obliegenden Aufgaben jedenfalls als vortheilhaft erweisen würde.

Auch die von mancher Seite bei der Ernennung des Prof. Dr. C. Fränkel-Halle a./S. zum Medizinalassessor des Medizinalkollegiums der Provinz Sachsen gehegte Erwartung auf eine zeitgemässere Reform der Provinzial-Medizinalkollegien, namentlich mit Rücksicht auf eine grössere Thätigkeit nach der hygienischen Richtung hin, hat sich nicht erfüllt. Hoffentlich ist diese Frage aber ebensowenig ad calendas graecas geschrieben, wie die Errichtung von Untersuchungsanstalten in den einzelnen Provinzen bezw. Regierungsbezirken, die s. Z. in der Presse bereits als bevorstehend angekündigt wurde.

Die vom Landtage im vorigen Jahre erbetene Denkschrift über die Durchführung des Kreisarztgesetzes liegt noch nicht vor, es wird aber im Etat bereits mehrfach auf sie hingewiesen, so dass ihre Vorlage in allernächster Zeit zu erwarten steht. Der Etat weist in Bezug auf die Kreisärzte und Kreisassistenzärzte gegen die vorjährigen Positionen insoweit eine Aenderung auf, als jetzt auch dem Regierungs- und Medizinalrath bei der Königlichen Regierung in Gumbinnen ein Kreisarzt als ständiger Hülfsarbeiter beigegeben werden soll, dass ferner drei Kreisarztstellen (Beuthen, Köln (Stadt) und Saarbrücken) in vollbesoldete umgewandelt, für die Kreise Meppen, Hümmling und Daun Kreisärzte sowie für die Kreise Neidenburg, Osterode (Ostpr.), Niederung, Schwetz, Marburg und Kirchhain Kreisassistenzärzte neu vorgesehen sind. Ausserdem soll in Marburg ein neues Extraordinariat für gerichtliche Medizin eingerichtet und dem Inhaber die Kreisarztgeschäfte in Marburg und Kirchhain übertragen werden. Weiterhin ist in den Etat im Ordinarium ausser dem Wartegeld (rund 160000 M.) für die zur Disposition gestellten Medizinalbeamten noch ein Betrag von 50000 Mark eingestellt, als Unterstützungsfonds für diese Beamten, da, wie der Herr Finanzminister in seiner Etatsrede ausführte, „das Wartegeld in vielen Fällen nicht ausreichen dürfte und deshalb angemessene Beihülfen gewährt werden sollen.“ Es ist sehr erfreulich, dass von Seiten der Königlichen Staatsregierung selbst die Unzulänglichkeit des den zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten gewährten Wartegeldes anerkannt wird und auf Abhülfe Bedacht genommen ist; dies giebt der Hoffnung Raum, dass, wenn jener Betrag nicht ausreichen sollte, um langjährige und verdiente Beamte im hohen Alter vor pekuniärer Bedrängniss zu schützen, er auch noch eine

weitere Erhöhung erfahren wird, und zwar um so eher, als die Mehrausgabe doch nur eine vorübergehende ist und sich von Jahr zu Jahr verringert. Insbesondere sollten hierbei auch die Wittwen und Waisen der auf Wartegeld gestellten und inzwischen verstorbenen Medizinalbeamten nicht vergessen werden; denn das ihnen gesetzlich zustehende Wittwen- und Waisengeld ist unter den obwaltenden Verhältnissen ein recht niedriges, wenn man bedenkt, dass die früheren Kreisphysiker durchschnittlich vielleicht ein Wartegeld (Gehalt mit Entschädigung für Gebühren) von 1200 Mark, die Kreiswundärzte ein solches von 700 Mark beziehen.

Die Gesammtsumme der dauernden Ausgaben für die Medizinalbeamten weist gegen das Vorjahr ein Mehr von fast 400000 Mark auf, das allerdings zur Hälfte durch die Wartegelder bedingt wird. Weit mehr tritt die jetzt vorhandene grössere Fürsorge für das öffentliche Gesundheitswesen in dem Extraordinarium hervor, das sich, abgesehen von den Neubauten der Charité, auf über 1 Million (1037000), d. h. 415250 Mark höher als im Vorjahre stellt, obwohl gerade die ausserordentlichen Ausgaben überall auf das Aeusserste eingeschränkt sind. Die Medizinalbeamten werden sich in erster Linie darüber freuen, dass ein Beitrag von 26000 Mark für die Abhaltung von dreiwöchigen Fortbildungskursen, die sich auf Hygiene, gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Staatsarzneikunde erstrecken sollen, eingestellt und damit ein sicherlich von allen gehegter Wunsch in Erfüllung gegangen ist. Desgleichen ist ein Betrag von 25000 Mark zur Bestreitung der Kosten der ersten Anschaffung von Apparaten u. s. w. für die Kreisärzte vorgesehen; der aber voraussichtlich noch öfter im Etat wiederkehren muss, wenn er ausreichen soll. Nicht minder erfreulich ist die Einrichtung einer hygienischen Station in Beuthen i. Oberschl., die Einstellung von erheblichen Beträgen und zwar nicht nur wie früher für die Bekämpfung der Granulose und die Untersuchung der Maul- und Klauenseuche, sondern auch, und zwar zum ersten Male, für die Veranstaltung von Forschungen der Ursache und Verbreitung der Krebskrankheit und der Errichtung von Baracken für Krebskranke in Anlehnung an die erste medizinische Klinik der Charité, sowie für praktische Versuche zur Bekämpfung des Typhus, für ärztliches Fortbildungswesen u. s. w.

Auch nach einer anderen Richtung hin zeigt der Etat einen Fortschritt auf gesundheitlichem Gebiete, d. i. der zum ersten Male im Etat des Finanzministers erscheinende Wohnungsinspektor. In seiner Etatsrede gab hierzu der Herr Finanzminister folgende bemerkenswerthe Erklärungen:

„Ich muss noch auf einen Punkt im Etat des Finanzministeriums hinweisen, der scheinbar unbedeutend ist und mir doch von erheblicher prinzipieller Bedeutung zu sein scheint. Das ist, dass für Düsseldorf ein Wohnungsinspektor vorgesehen ist, der erste Wohnungsinspektor, der überhaupt im Etat erscheint. Meine Herren, ich habe als Minister des Innern den Anstoss dazu gegeben, dass die Frage des Erlasses eines Wohnungsgesetzes wieder in Angriff genommen worden ist; denn ich halte die Regelung der Wohnungs-

frage für eine der wichtigsten Aufgaben unserer inneren Politik, eine Aufgabe, bei der sich alle Konfessionen und alle Schichten der Bevölkerung, meine ich, die Hand reichen können. Naturgemäss darf man hierbei auch nicht schablonisiren, sondern wird den durchaus verschiedenen Verhältnissen in Stadt und Land, in Grossstadt und Kleinstadt Rechnung zu tragen haben. Ich hoffe, dass dieser Gesetzentwurf, der in seinen Grundzügen bereits aufgestellt ist, demnächst die weiteren Stadien durchlaufen und zu einer wesentlichen Besserung der Wohnungsverhältnisse führen wird. Während die eigentliche Fürsorge auf diesem Gebiete naturgemäss den Kommunen obliegen wird, die zugleich das nächste Interesse daran haben, die sanitären und wirthschaftlichen Verhältnisse in ihren Gemeinden zu bessern, ist es doch auch Aufgabe des Staats, wenigstens in gewissen Grenzen, helfend hinzuzutreten, und dazu rechne ich, dass, wo ein Bedürfniss vorhanden ist, derartige Wohnungsinspektoren geschaffen werden. Es ist ja ganz natürlich, dass in den kleineren Städten bei dem überwiegenden Einfluss der Haus- und Grundbesitzer sich die Wohnungsreform nicht inde m Masse wird durchsetzen lassen, als es wünschenswerth ist, und deshalb ist es wünschenswerth und nothwendig, ein obrigkeitliches Orgen zu schaffen, das diese ganze Bewegung überwacht und, so weit nöthig, vorangeht. Es ist wünschenswerth, den Regierungspräsidenten in den industriell besonders wichtigen Bezirken ein Organ beizugeben, das ihnen als Berather auf diesem Gebiete dient." *)

Mit dem Erlass eines Wohnungsgesetzes würde allerdings einem dringenden Bedüfniss abgeholfen werden. Nicht minder dringend ist aber der Erlass eines Ausführungsgesetzes zum Reichsseuchengesetz unter Aufhebung des Regulativs vom 8. August 1835 und unter Berücksichtigung der einheimischen Seuchen. Der Erlass dieses Gesetzes war bereits in der vorjährigen Thronrede angekündigt; hoffentlich kommt es in diesem Jahre zur Vorlage, obwohl es ebenso wenig in der Thronrede Erwähnung gefunden hat, als das dem Landtage im vorigen Jahre bereits vorgelegte, aber nicht zur Verabschiedung gelangte Gebührengesetz, dessen Wiedervorlage wohl bestimmt zu erwarten steht.

Wir lassen nunmehr nachstehend die einzelnen Positionen des Medizinaletats (Kapitel 125) folgen:

1. Besoldung von 38 Mitgliedern (600—1200 M.) und 36 Assessoren (600—1050 M. der Provinzial-Medizinalkollegien	58950,— M.
2. Besoldung von 36 Regierungs- und Medizinalräthen mit 4200—7200 M., und von 1 Regierungs- und Medizinalrath mit 1200 M.	205800,— „ [1])
3. Besoldung von 7 vollbesoldeten Kreisärzten als ständige Hülfsarbeiter bei den Regierungen in Königsberg, Gumbinnen,	

*) In der Begründung heisst es betreffs der amtlichen Stellung des Wohnungsinspektors: „Seine Thätigkeit soll sich auf die Kontrolle der Ortsbehörden einschliesslich der örtlichen Wohnungskommissionen, auf die Feststellung der örtlichen Wohnungsverhältnisse, auf die gleichmässige Handhabung der einschlägigen Vorschriften im gesammten Regierungsbezirke, auf Massnahmen zur Besserung der Wohnungsverhältnisse und auf die Förderung der Wohnungspflege, namentlich auch des gemeinnützigen Bauwesens erstrecken. Da dem Wohnungsinspektor gegenüber den Bürgermeistern und Wohnungskommissionen der grösseren Städte, sowie gegenüber den in vielen Orten des Bezirks angestellten Gemeindebaubeamten mit höherer technischer Vorbildung eine gesicherte Autorität beiwohnen muss, so soll derselbe aus der Zahl der höheren Baubeamten entnommen und ihm das Gehalt der Bauinspektoren (3600—5700 M. bewilligt werden.

[1]) Mehr: 22800 M. nach Massgabe des Dienstalters der Regierungs- und Medizinalräthe.

Potsdam, Breslau, Oppeln, Arnsberg und Düsseldorf (mit 3600—5700 M.)	34800,— M. [2]
4. Besoldung von 18 vollbesoldeten Kreisärzten (3600—5700 M.)	90800,— „ [3]
5. Besoldung von 477 nicht vollbesoldeten Kreisärzten und 15 nicht vollbesoldeten Gerichtsärzten mit mindestens 1800, höchstens 4200 M., im Durchschnitt 2700 M. Gehalt, sowie für sonstige Besoldungen	1338846,— „ [4]
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	38340,— „ [5]
7. Zur Remuneration von 33 Kreisarzt-Assistenten (mindestens 900 M., höchstens 1800 M., im Durchschnitt: 1200 M.), sowie von Hülfsarbeitern im Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamtendienst bei den Provinzial-Medizinalkollegien und zu Beihülfen für die Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarztes durch Stadtärzte	52101,— M. [6]
8. Zu Bureaubedürfnissen der Provinzial-Medizinalkollegien, Dienstaufwandsentschädigung für 2 Regierungs- und Medizinalräthe in Berlin (je 1200 M.), für Vertretung von Reg.-	

---

[2]) **Mehr**: 13200 M. und zwar 9600 M. nach Massgabe des Dienstalters der Kreisärzte und 3600 M. als Mindestbesoldung für einen vollbesoldeten Kreisarzt als ständiger Hülfsarbeiter bei der Regierung in Gumbinnen.

[3]) **Mehr**: 36800 M. und zwar 26000 M. nach Massgabe des Dienstalters der Kreisärzte und 10800 M. für 3 vollbesoldete Kreisärzte des Stadt- und Landkreises Beuthen mit Stadtkreis Königshütte, des Stadtkreises Köln und des Kreises Saarbrücken (je 3600 Mindestgehalt).

[4]) **Mehr**: 8100 M., je 2700 M. Durchschnittsbesoldung für 3 nicht vollbesoldete Kreisärzte für die Kreise Meppen, Hümmling und Daun.

Weniger: Durchschnittsbesoldung für 3 nicht vollbesoldete Kreisärzte in Beuthen, Köln und Saarbrücken in Folge Errichtung vollbesoldeter Kreisarztstellen daselbst (8100 M.), sowie Durchschnittsbesoldung für den nicht vollbesoldeten Kreisarzt der Kreise Marburg und Kirchhain. Die Kreisarztgeschäfte sollen hier künftig von einem bei der Universität zu Marburg anzustellenden ausserordentlichen Professor im Nebenamt unentgeltlich wahrgenommen werden; der Etat sieht deshalb bei dieser Universität ein Extraordinariat für gerichtliche Medizin vor.

[5]) **Mehr**: 2520 an Wohnungsgeldzuschüssen für einen vollbesoldeten Kreisarzt als Hülfsarbeiter bei der Regierung in Gumbinnen und 3 weitere vollbesoldete Kreisärzte.

[6]) **Mehr**: 6000 M. Durchschnittsremunerationen für 5 Kreisarzt-Assistenten in den Kreisen Neidenburg, Osterode i. Ostpr., Niederung, Schwetz, Marburg und Kirchhain, sowie 4600 M. zu Beihülfen für die Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarztes durch Stadtärzte; **weniger**: 2400 M. Durchschnittsremuneration (je 1200 M.) für die bisherigen Kreisarztassistenten in den Kreisen Meppen und Hümmling.

	und Medizinalräthen (3000 M.), an 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 M., für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte und Gerichtsärzte bis zu 750 Mark, 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	162 705,—	M. [7]
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	350 022,85	„ [8]
11.	Institut für Infektionskrankheiten	189 725,—	„ [9]
12.	Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. .	74 750,—	„ [10]
13.	Zur Unterhaltung einer staatlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für die Zwecke der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung	51 440,—	„ [11]
14.	Hygienisches Institut in Posen	35 902,—	„ [12]
15.	Zuschüsse für einige Krankenanstalten	6 271,47	„
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 sächlichen Ausgaben	81 820,—	„ [13]
18.	Zu Reagentien bei den Apothekenrevisionen	1 900,—	„
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.	Wartegeld für die auf Grund des Kreisarztgesetzes zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten (künftig wegfallend)	160 426,45	„
21.	Zur Unterstützung für die auf Grund des §. 15 des Kreisarztgesetzes auf Wartegeld gestellten Medizinalbeamten (künftig wegfallend)	50 000,—	„
22.	Zu Almosen an körperlich Gebrechliche zur Rückkehr in die Heimath, sowie für arme Kranke	900,—	„

[7]) **Mehr**: 2250 M. zu Dienstaufwands-Entschädigung für 3 nicht vollbesoldete Kreisärzte (je 250 M.) und für 8 vollbesoldete Kreisärzte (Differenz zwischen den Durchschnittssätzen von 250—750 M. von je 500 M = 1500 M.).

[8]) **Mehr**: 40 769 M.

[9]) **Mehr**: 28 300 M., darunter Besoldung für einen Abtheilungsvorsteher (6500 M.) und 2 Abtheilungsleiter (je 8250 M. = 6500 M.), sowie 10 000 M. für wissenschaftliche Untersuchungen.

[10]) **Mehr**: 6800 M..

[11]) In der Begründung heisst es hierzu: Die Anstalt hat am 1. April 1901 ihren Betrieb im Hause Kochstrasse Nr. 73 in Berlin eröffnet. Sie konnte im ersten Betriebsjahre noch nicht die volle Wirksamkeit entfalten, weil erst ihre Organisation vollendet und die Behörden und Interessentenkreise mit der Einrichtung der Anstalt bekannt gemacht werden mussten. Die bisherige Inanspruchnahme der Anstalt hat aber schon gezeigt, dass sie einem dringenden Bedürfnisse Rechnung trägt und ihre dauernde gedeihliche Wirksamkeit gesichert ist. Es erscheint daher die Errichtung etatsmässiger Stellen für den Vorsteher (technischen Leiter mit 6000 M.) und den Sekretär erforderlich. Hierdurch, sowie durch die Bereitstellung erhöhter Mittel zur Remunerirung von Hülfsarbeitern entsteht ein **Mehrbetrag** von 6440 M.

[12]) **Mehr**: 1060 M. für feste Besoldung (4000 M.) und Wohnungsgeldzuschuss für den bisher gegen Remuneration angestellten pathologischen Anatomen.

[13]) 1390 M. mehr für sächliche Ausgaben.

23. Für medizinalpolizeiliche Zwecke einschliesslich 15000 M zur Bestreitung der Kosten der sanitätspolizeilichen Kontrole behufs Abwehr der Choleragefahr und 15000 M. für das Leprakrankenheim im Kreise Memel . . . . . 100000,— M.
24. Verschiedene andere Ausgaben (Zuschuss für Arzt auf der Kurischen Nehrung, Quarantaineanstalten u. s. w.) . . . 25782,— „[14])

Zusammen	3361982,19 M.
im Vorjahre	2976302,74 „
Darnach mehr	385679,45 M.

Für einmalige und ausserordentliche Ausgaben sind ausserdem vorgesehen:

a) 450000 M. zum Neubau nebst innerer Ausgestaltung eines Geschäftshauses für das Kultusministerium auf dem Grundstücke Behrenstrasse 72, auf dem zur Zeit sich das Dienstgebäude der Medizinalabtheilung befindet.

b) 1918040 M. (655520 M. weniger als im Vorjahre) für Neu- und Umbauten von klinischen Universitätsinstituten, Ergänzung des Inventars derselben, Deckung von Fehlbeträgen u. s. w.; hiervon interessiren besonders: Ankauf der Instrumente und Sammlungen des Dr. med. Vogt in Berlin für das an das physiologische Institut neu anzugliedernde neurobiologische Laboratorium für Gehirnforschung (Nervenanatomie, Nervenphysiologie und Psychologie), Neuerrichtung einer Irrenklinik in Greifswald, Errichtung einer Poliklinik für psychische und Nervenkranke in Göttingen,[1]) sowie Versuche im hygienischen Institut zu Marburg mit Tuberkulose-Giftpräparaten gegen die Rindertuberkulose.

c) 74800 M. zum Neubau der Quarantäneanstalt in Neufahrwasser. Die Quarantäneanstalt in Neufahrwasser soll nicht nur für die Aufnahme einzelner Pestkranker ausreichen, sondern auch bei dem Ausbruche anderer Seuchen genügen, welche, wie die Cholera, meist in gehäufteren Fällen auftreten. Vorgesehen sind daher: eine Beobachtungsbaracke für Ansteckungsverdächtige, eine Krankenbaracke, ein Beamtenwohnhaus, ein Desinfektionsgebäude, eine Leichenhalle mit Laboratorium, eine Beobachtungsbaracke für Gesunde und Nebenanlagen.

d) 237000 M. zum Neubau der Quarantäneanstalten in Swinemünde (105000 M.) und Emden (132000 M.). Mit Rücksicht auf die in den letzten Jahren verstärkt aufgetretene Pest- und Choleragefahr genügen die bisher in Swinemünde und Emden vorhandenen Quarantäneanstalten den in hygienischer Beziehung zu stellenden Anforderungen nicht mehr. Es fehlt ein nach der Internationalen Sanitäts-Konferenz vom 19. März 1897 erforderlichen Pavillon für Ansteckungsverdächtige, auch empfiehlt es sich, dass die Pavillons in Massivbau hergestellt werden. Da ein Ausbau der bisherigen Anstalt sich als unzweckmässig erwiesen hat, ist die Neuerrichtung in Aussicht genommen."

e) 10000 M. zur Unterhaltung einer hygienischen Station in Beuthen O.-Schl. Aus Anlass der im Sommer 1900 im Kreise Beuthen ausgebrochenen Typhusepidemie ist in der Stadt Beuthen O.-Schl. eine hygienische Station mit der Aufgabe eingerichtet worden, bei der ätiologischen Aufklärung der Epidemie und den Arbeiten zur Bekämpfung derselben

---

[14]) 7424 M. mehr, darunter 6000 M. Beihülfe an das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen. In der Begründung heisst es hierzu: „Bei der fortschreitenden Entwickelung der ärztlichen Kunst und Wissenschaft hat sich das Bestreben in ärztlichen Kreisen geltendgemacht, der Fortbildung der in der Praxis stehenden Aerzte grössere Aufmerksamkeit als bisher zuzuwenden. Zu diesem Zwecke hat sich ein Komitee gebildet, welches Fortbildungskurse für Aerzte zunächst in Berlin und dann in anderen Städten Deutschlands einzurichten beabsichtigt. Bei der Bedeutung dieser Bestrebungen für die Zukunft des für das Volkswohl so hochwichtigen Standes der Aerzte erscheint die Bereitstellung eines staatlichen Zuschusses gerechtfertigt."

[1]) Dieselbe ist bereits unter Leitung des Prof. Dr. Cramer, Direktor der dortigen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt und psychiatrischen Universitätsklinik seit Beginn dieses Semesters eröffnet.

mitzuwirken und hygienische Untersuchungen über Wohnungsverhältnisse, Wasserversorgung, Entfernung der Abfallstoffe etc. auszuführen. Die Einrichtung hat sich bewährt. Es erscheint im öffentlichen Interesse dringend wünschenswerth, die Anstalt als wissenschaftliche Untersuchungsstation für hygienische Zwecke bis auf Weiteres beizubehalten und dem hygienischen Institut der Universität Breslau, welches auch bisher schon die Oberleitung mit bestem Erfolge geführt hat, zu unterstellen. Zur Unterhaltung sind erforderlich

an Remunerationen für den Anstaltsleiter und einen Assistenten jährlich	5100 M.
an Löhnen und sächlichen Ausgaben jährlich	3900 „
zur Beschaffung von Mobiliar, Apparaten und Instrumenten	1000 „
zusammen	10000 M.

Die Stadt Beuthen hat sich erboten, die erforderlichen Räumlichkeiten für Laboratorien und Stallungen unentgeltlich zur Verfügung zu stellen und die Kosten für Heizung, Gas und Wasser zu tragen. Ferner hat sich der Oberschlesische Berg- und Hüttenmännische Verein in Kattowitz bereit erklärt, einen Jahresbeitrag von 4000 M. zur Unterhaltung der Station zu zahlen."

f) 30000 zur Untersuchung der Maul- und Klauenseuche. „Die Untersuchungen über die Maul- und Klauenseuche sind in Folge der Schwierigkeit und Langwierigkeit der zu prüfenden Untersuchungsmethoden auch jetzt noch nicht zum Abschluss gelangt, so dass es zur Erreichung des Zweckes der Aufwendung weiterer Mittel bedarf. Die bisher durch die Untersuchungen gezeitigten Resultate sind durchaus günstige und berechtigen zu der Hoffnung, dass es gelingen wird, auch für Rinder ein wirksames und praktisch durchführbares Immunisirungsverfahren zu finden."

g) 31000 M. für Ankauf des bisher für die Zwecke der Untersuchungen über die Maul- und Klauenseuche gepachteten Gehöftes.

h) 350000 M. zur Bekämpfung der Granulose. „In den Staatshaushalts-Etats für 1897/98 bis 1901 sind im Extraordinarium zu dem bezeichneten Zwecke insgesammt 1475000 M. bereitgestellt. Durch die energischen Massnahmen, welche in Folge dessen im Kampfe gegen diese Krankheit in den hauptsächlich verseuchten Kreisen ergriffen werden konnten, ist es bereits gelungen, in einigen derselben die Granulose merklich einzuschränken. Dagegen hat die bisher gewährte Beihülfe in vielen anderen Bezirken, namentlich in den Provinzen Westpreussen und Posen nicht ausgereicht, um einer weiteren Ausbreitung der Seuche vorzubeugen. Es ist daher unerlässlich, in der Bekämpfung der Granulose fortzufahren und sind deshalb auch für das Etatsjahr 1902 wiederum 350000 Mark eingestellt worden."

i) 10000 M. zu Beihülfen zur Veranstaltung von Forschungen über Ursache und Verbreitung der Krebskrankheit. „Die Statistiken der Neuzeit über das Vorkommen von bösartigen Neubildungen bei Menschen haben ergeben, dass die Zahl der durch Krebserkrankungen veranlassten Todesfälle zugenommen hat. Zur Bekämpfung dieser Krankheit hat sich eine Anzahl von namhaften Gelehrten, Verwaltungsbeamten und Aerzten zu einem Komitee für Krebsforschung zusammengeschlossen, und soll der Betrag von 10000 M. dazu dienen, diese Forschungen durch Beihülfen zu fördern und zu unterstützen."

k) 53000 für die erste medizinische Klinik der Charité zur Erforschung der Krebskrankheit, insbesondere zur Aufstellung von Baracken für Krebskranke. „Neben der vom Krebs-Komitee zu veranstaltenden Sammelforschung erscheint es in hohem Grade wünschenswerth, dass durch Thierexperimente, sowie durch botanische, mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen geprüft wird, ob die Krebskrankheit durch belebte Krankheitserreger hervorgerufen wird, ob sie übertragbar ist, ob sie bei gewissen Thieren oder Pflanzen vorkommt und ob es möglich ist, sie auch auf nicht chirurgischem Wege zu behandeln und zu heilen. Diese Untersuchungen setzen voraus, dass eine längere Zeit hindurch eine grössere Anzahl von frischen Krankheitsfällen zur Beobachtung und Behandlung zur Verfügung steht. Zweckmässig geschieht dies in Anlehnung an die erste medizinische Klinik der Charité, deren Leiter schon seit Jahren der

Erforschung der Krankheit sein besonderes Interesse zugewendet hat. Da es in der Charité an Räumen für diesen Zweck fehlt, so ist die Herstellung von drei Baracken in Aussicht genommen. Davon ist eine für die genannten wissenschaftlichen Untersuchungen bestimmt, in den beiden anderen sollen je zwölf Kranke untergebracht werden. Die Untersuchungen werden voraussichtlich einen Zeitraum von fünf Jahren in Anspruch nehmen."

l) 25000 M. zur Bestreitung der Kosten der ersten Anschaffung von Apparaten u. s. w. für die Kreisärzte, sowie zur Gewährung von Beihülfen an dieselben zur Beschaffung von Apparaten. „Die durch den Staatshaushalts-Etat für 1901 (Kap. 14 Tit. 257 des Extraordinariums) bewilligte Summe von 50000 M. hat sich als nicht ausreichend erwiesen. Es ist die Bereitstellung von weiteren 25000 M. erforderlich.

m) 26000 M. zur Abhaltung von Fortbildungskursen für Medizinalbeamte. „Um die Medizinalbeamten dauernd auf der Höhe der Wissenschaft zu halten, erscheint es wünschenswerth, ihnen Gelegenheit zu geben, sich in denjenigen Fächern, welche mit ihrer amtlichen Thätigkeit in Beziehung stehen, durch den Besuch von Vorlesungen und Uebungen fortzubilden, da ein Bücherstudium hierzu nicht genügt. Es ist beabsichtigt, 50 Beamte zu dreiwöchigen Kursen einzuberufen, welche sich auf Hygiene, gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Staatsarzneikunde erstrecken sollen. Die Theilnehmer an den Kursen sollen für die Dauer derselben Reisekosten und Tagegelder erhalten."

n) 1398400 M. zur Ergänzung der inneren Ausstattung des Charité-Krankenhauses (50000 M.), zur Deckung eines Fehlbetrages bei den sächlichen Ausgabefonds desselben (90000 M.) und für weitere Neubauten der psychiatrischen und Nervenklinik, der Kinderklinik, der chirurgischen Klinik, des pathologischen Instituts, der Aussenanlagen, des Erweiterungsbaues der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik und eines Pförtnerhauses (1258400).

o) 3000 M. zur weiteren Vervollständigung der Einrichtung des hygienischen Instituts zu Posen.

p) 20000 M. zu praktischen, im Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin anzustellenden Versuchen in der Bekämpfung des Typhus. „Nachdem aus den Erfahrungen bei mehr als 600 Typhusepidemien statistisch ermittelt worden ist, dass über 88 Prozent derselben direkt auf verunreinigtes Trinkwasser zurückzuführen waren, und nachdem die Thatsache konstatirt ist, dass die Zahl und Ausdehnung der Epidemien in gleichem Schritte abgenommen, wie die Versorgung der Ortschaften mit gutem Trinkwasser zugenommen hat, würde daraus der Schluss zu ziehen sein, dass es gelingen müsste, den Typhus so gut wie vollständig auszurotten, wenn überall für einwandfreies Trinkwasser gesorgt werden könnte. Da aber an eine geregelte Wasserversorgung für alle Gemeinden auf Menschenalter hinaus bei dem ungeheuren damit verbundenen Kostenbedarf nicht zu denken ist, muss wenigstens darauf hingewirkt werden, einer Verschleppung der Typhusbakterien soweit als irgend angängig vorzubeugen. Es steht fest, dass an Typhus Erkrankte Typhusbakterien nach Wochen und Monaten nach ihrer Entfieberung in ihren Ausscheidungen bergen und dass auch viele leichte Fälle vorkommen, welche gar nicht für Typhus gelten, aber ebenso viele Typhusbazillen ausstreuen und deshalb ebenso gefährlich sind. Die Methoden, nach welchen eine Typhusdiagnose schnell und sicher gestellt werden kann, harren eben noch der Ausbildung. Um sie zu fördern und um zugleich zunächst in einem beschränkten Gebiet den Versuch einer Unterdrückung anzustellen, sind 30000 M. in Anspruch genommen, von denen 10000 M. schon im Rechnungsjahre 1901 ausseretatsmässig zur Verausgabung gelangen. Aus dem Gesammtbetrage sollen sowohl die Remunerationen für Assistenten und Diener nebst deren Reisekosten wie auch ferner die Aufwendungen für Laboratorienbedürfnisse gedeckt werden."

q) 27200 M. zu baulichen Verbesserungen und Ergänzungen im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin (Asphaltiren der Wege auf dem Grundstücke u. s. w.).

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die erste amtliche Konferenz der Medizinal-Beamten des Reg.-Bezirks Potsdam am 19. Oktober 1901 zu Berlin.

Zu der Konferenz waren der Herr Regierungspräsident, mehrere Mitglieder des Medizinalkollegiums, die sämmtlichen Medizinalbeamten des Kreises und eine grosse Zahl pro physicatu geprüfter Aerzte erschienen.

Nachdem der Herr Regierungspräsident die Versammlung begrüsst hatte, beleuchtete der Vorsitzende Herr Geh. Med.-Rath Dr. Roth an der Hand der vorliegenden Tagesordnung die Wichtigkeit der wissenschaftlichen Hygiene für die Thätigkeit der Medizinalbeamten und betonte, dass es in der praktischen Hygiene vorzüglich darauf ankomme, die Grenzen des Erreichbaren in jedem Augenblick deutlich zu erkennen.

I. Zunächst referirten die Kreisärzte Dr. Finger und Dr. Itzerott über den ersten Gegenstand der Tagesordnung: „Welche physikalischen, chemischen, mikroskopischen, und bakteriologischen Untersuchungen sind von den Kreisärzten auszuführen?“

Der erste Referent, Kreisarzt Dr. Finger-Potsdam bezeichnet es als einen dankenswerthen Fortschritt gegen frühere Zeiten, dass dem Kreisarzte, dessen Thätigkeit im Allgemeinen eine begutachtende, belehrende und anregende sei, nunmehr auch die Ausführung einfacher physikalischer, chemischer, mikroskopischer und bakteriologischer Untersuchungen übertragen ist, wodurch jene nicht nur an Gründlichkeit, Sachlichkeit und überzeugender Kraft gewinnen muss, sondern der Untersucher selbst reiche Anregung und eine Art von geistiger Erfrischung finden wird, ein heilsames Gegengewicht gegen die Bürde des unvermeidlichen Schreibwerks. Die Untersuchungen können selbstverständlich nur einfacher Art sein, da sonst die zahlreichen anderen Aufgaben des Kreisarztes nicht zu ihrem Recht kommen werden; sie dürfen deshalb weder eine eingehendere Ausbildung in den betreffenden Methoden, noch viel Zeit oder viele und komplizirte oder kostspielige Instrumente erfordern. Trotzdem werden sie aber oft wichtige und brauchbare Ergebnisse liefern, besonders wenn man erwägt, dass sie sich hauptsächlich auf Luft, Wasser und Wohnung, auf die wichtigsten Nahrungsmittel und gewisse Krankheiten zu erstrecken haben, also auf Materien, die für den Menschen in gesundheitlicher Hinsicht von grösster Bedeutung sind.

Die Beschaffenheit der Luft ist besonders bei Besichtigungen von Herbergen, Massenquartieren und Arbeiterwohnungen zu prüfen. In Betracht kommt hierbei zunächst die Bestimmung der Lufttemperatur, die zwischen 15 und 20° C. betragen soll, je nachdem körperliche oder geistige Arbeit in den Räumen stattfindet. Hierzu sind einige gute und leicht transportable Thermometer erforderlich, um an mehreren Stellen, am Fenster und beim Ofen die Temperatur zu messen und das Mittel zu nehmen. Mitunter wird auch die direkte Wärmestrahlung festzustellen und deshalb ein Vacuumthermometer kaum zu entbehren sein. Gesundheitlich weniger bedeutsam ist dagegen der Wassergehalt der Zimmerluft, weil die meisten Menschen gegen Schwankungen der Luftfeuchtigkeit sehr unempfindlich sind. Den wichtigsten Massstab für die Reinheit der Luft liefert ihr Kohlensäuregehalt, obwohl es bekanntlich nicht die Kohlensäuremenge ist, durch welche die Luft stark bewohnter Räume schädlich wirkt, sondern die Ausdünstungen von den inneren und äusseren Körperflächen, die zugleich die Luft widerlich für das Geruchsorgan machen. Zur Bestimmung der Kohlensäuremenge, die 1 ‰ nicht übersteigen soll, empfiehlt sich am besten der kleine handliche und billige Apparat von Wolpert, der auf dem Prinzip beruht, die Kohlensäure eines bekannten Luftvolumens zur Neutralisation einer alkalischen Reagenslösung — einer mit Phenolphtaleïn gefärbten Sodalösung — zu verwenden.

Bei der Kontrole der Wasserversorgung liegt der Schwerpunkt allerdings auf der örtlichen Besichtigung; jedoch werden neben dieser und der Prüfung des Wassers auf Geruch, Geschmack, Durchsichtigkeit und Temperatur auch zuweilen einfache orientirende chemische und bakteriologische Untersuchungen nothwendig sein, um ein bestimmteres und zuverlässigeres Urtheil zu gewinnen. Chemische Untersuchungen können aber lediglich quali-

tativer Art sein, weil quantitative eine Laboratoriumseinrichtung und zu viel Zeit und Uebung erfordern. Sie haben sich auf den qualitativen Nachweis des Chlors, der salpetrigen Säure, der Salpetersäure und des Ammoniaks zu beschränken, wozu die nicht immer leicht herzustellenden Reagentien am besten aus einer guten chemischen Fabrik bezogen werden. Ein ungünstiges Ergebniss der chemischen Untersuchung ist aber, wenn ein Brunnen sonst tadellos gebaut ist, sehr vorsichtig zu beurtheilen, und macht jedenfalls eine wiederholte Analyse in einem chemischem Laboratorium erforderlich. Nicht zu unterlassen ist besonders bei nicht ganz klarem Wasser eine mikroskopische Untersuchung, um die Ursache der Trübung, seien es Algen, Pilze, Eier von Darmparasiten oder Thiere kennen zu lernen. Auch die leicht zu bewerkstellende bakteriologische Prüfung, die sich lediglich auf die Bestimmung der Keimzahl zu beschränken hat, ist den einfachen, durch den Medizinalbeamten auszuführenden Untersuchungsmethoden zuzurechnen. Nach denselben Grundsätzen ist zu verfahren, wenn es sich um etwaige Untersuchung von künstlichen Mineralwässern oder um Untersuchungen wegen etwaiger Verunreinigung öffentlicher Gewässer handelt; die letzteren erfordern ausserdem eine eingehende Besichtigung der Gewässer selbst, sowie eine genaue und zu verschiedenen Zeiten vorzunehmende Feststellung der Wassermenge, des Gefälles und der Geschwindigkeit des Wasserlaufs.

Chemische oder bakteriologische Untersuchungen des Bodens mit Rücksicht auf seine Benutzung als Baugrund oder Friedhof oder Rieselfeld hält Referent für entbehrlich; hier genüge eine Besichtigung des Geländes, die Bestimmung der Lage, der Höhenverhältnisse, der Himmelsrichtung, der physikalischen Beschaffenheit des Bodens und des Oberflächen- und Grundwassers.

Bei der Begutachtung von Wohnungen oder Schulen wird u. a. ausser der Lage und Grösse der Zimmer unter Berücksichtigung der Bewohner- oder Schülerzahl, besonders die Beleuchtung der Räume zu prüfen sein, wobei das Verhältniss der Fensterfläche zur Fussbodenfläche von Werth ist. Oefters wird aber auch die Beleuchtungsgrösse an einer bestimmten Stelle eines Zimmers objektiv zu beurtheilen sein. Hierzu bedarf es nach Ansicht des Referenten nicht des kostspieligen Weber'schen Photometers oder des Raumwinkelmessers, der überdies die Bedeutung des reflektirten Lichtes für die Beleuchtung ganz vernachlässigt, sondern es genügt die Feststellung, ob ein normales Auge die Snellen'schen Probebuchstaben noch in 6 Meter Entfernung zu lesen vermag, was nur bei ausreichender Beleuchtung der Fall ist.

Behufs der verhältnissmässig häufig erforderlichen Begutachtung feuchter Wohnräume ist die ziffernmässige Bestimmung des Feuchtigkeitsgehalts des Mörtels nothwendig; derselbe wird zu diesem Zwecke von verschiedenen Wandstellen in mit Kautschuckstöpseln verschlossenen Fläschchen entnommen und der Wasserverlust dann nach Erhitzung auf 100 bis 105° C. festgestellt.

Die Untersuchung von Nahrungsmitteln wird fast ausnahmslos geübten Nahrungsmittelchemikern zu überlassen sein; nur die mikroskopische Untersuchung frischen oder konservirten Fleisches auf Trichinen und Finnen gehört zu den Aufgaben des Medizinalbeamten, ausserdem erscheint es mit Rücksicht auf seine Mitwirkung bei der sanitätspolizeilichen Beaufsichtigung des Verkehrs mit Milch nothwendig, dass er auch mit den einfachen Instrumenten zur Bestimmung des spezifizischen Gewichts und des Fettgehalts der Milch, dem Laktodensimeter und dem Acidbutyrometer vertraut ist, um gelegentlich auch seinerseits den landläufigen betrügerischen Manipulationen entgegen zu treten. Desgleichen wird er in verdächtigen Fällen den Milchschmutz — durch Sedimentirenlassen und Auswaschen mit Wasser, durch Trocknen und Wägen — festzustellen haben, um der Schmutzwirthschaft, wie sie so vielfach bei der Milchgewinnung noch herrscht, abzuhelfen. Eine bakteriologische Untersuchung der Milch dürfte dagegen nur in Frage kommen, wenn es sich um Feststellung des Keimgehalts einer als pasteurisirte Milch in den Handel gebrachten Waare handelt; sie hat sich ebenso wie beim Wasser auf eine Bestimmung der Keimzahl zu beschränken.

Die bei ansteckenden Krankheiten erforderlichen bakteriologischen Untersuchungen werden von dem Kreisarzt in der Regel nur zu veranlassen, aber nicht auszuführen sein, da solche Untersuchungen eine ganz spezielle wissenschaftliche und technische Ausbildung erfordern. Nur die rein mikrosko-

pische Untersuchung auf Tuberkelbazillen, Milzbrandbazillen und Gonokokken sowie die Untersuchung auf einige häufige Parasiten, die Eier von Cestoden, Askariden, Oxyuren und Ankylostomum duodenale sind relativ einfacher Art, so dass sie zu den Aufgaben des staatlichen Gesundheitsbeamten gerechnet werden müssen.

Zum Schluss betont Referent, dass die in Betracht kommenden Untersuchungen zwar weder zahlreich, noch schwierig und zeitraubend seien, der Medizinalbeamte aber zu ihrer sachgemässen Ausführung stetiger Uebung, einer den Forschungen der Wissenschaft entsprechenden Fortbildung, sowie einer lebendiger Anregung bedürfe, die aus den Handbüchern allein nicht zu gewinnen sei. Was raste, das roste! Deshalb könne man es mit besonderer Dankbarkeit empfinden, dass neben den reichen Förderungen, welche die amtliche Stellung der Medizinalbeamten in jüngster Zeit erfahren habe, auch ihrer Fortbildung durch besondere Kurse rege Fürsorge zu Theil werden solle.

Der zweite Referent, Herr Kreisarzt Dr. Itzerott-Belzig schilderte in eingehender Darstellung die an den verschiedenen Untersuchungsgegenständen vorzunehmenden Arbeiten und gab der Ueberzeugung Ausdruck, dass die Einrichtung von Laboratorien für die Kreisärzte einen wesentlichen Fortschritt in der Ausgestaltung des staatlichen Medizinalwesens bedeute und zugleich ein engeres Zusammenwirken der Medizinalbeamten und Aerzte herbeiführen werde.

Eine Diskussion schloss sich an diese Referate nicht an.

II. Ueber den zweiten Gegenstand der Tagesordnung „Der Begriff des Krankheitsverdachts bei den gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten“ referirte Kreisarzt Dr. Aust.

In den ersten Stadien einer Infektionskrankheit wird der Arzt trotz aller Fortschritte in der Diagnostik wohl stets auf eine Vermuthungsdiagnose, auf die Annahme eines Krankheitsverdachts angewiesen bleiben. Der Gesundheitsbeamte, dessen Hauptbestreben auf den Schutz der gesunden Bevölkerung gegen die Gefahr der Krankheitsübertragung gerichtet sein soll, wird theilweise im Gegensatz zum Kliniker, den wesentlich das Wohl des Kranken selbst interessirt, den Begriff des Krankheitsverdachts so weit wie möglich fassen und alle eine Infektionskrankheit begleitenden oder zu ihr in Beziehung stehenden Umstände und Vorgänge für die Begründung des Verdachtes verwerthen müssen. Nicht selten ermöglichen die örtlichen, zeitlichen, sowie die besonderen Verkehrsverhältnisse überhaupt erst die Annahme eines bestimmten Krankheitsverdachtes. Dies gilt namentlich von dem Verdacht auf Pest und Cholera in den Hafenstädten, auf Pocken in den Verkehrsstationen der Grenze gegen die Länder ohne Impfzwang und bei den aus solchen Ländern eingewanderten Personen, sowie bei allen Infektionskrankheiten zu Epidemiezeiten und in verseuchten Orten. Trotz dieser durch die begleitenden Umstände bedingten Dehnbarkeit des Verdachtsbegriffes erscheint es im Hinblick auf die Wichtigkeit der ärztlichen Meldepflicht zweckmässig, für jede einzelne Infektionskrankheit ohne Berücksichtigung der besonderen begleitenden Umstände diejenigen vom Kranken und seiner nächsten Umgebung ausgehenden Erscheinungen zusammenzufassen, die einen Verdacht begründen müssen. Dies gilt nicht nur von den gemeingefährlichen, sondern auch von den einheimischen übertragbaren Krankheiten, da das in Aussicht stehende Gesetz zur Bekämpfung einheimischer Seuchen die Meldepflicht voraussichtlich auch auf den Krankheitsverdacht ausdehnen wird. Die weiteren Ausführungen wurden am Schlusse des Vortrages in folgende Leitsätze zusammengefasst:

1. Der Begriff des Krankheitsverdachts bei übertragbaren Krankheiten ist in hygienischem bezw. gesundheitspolizeilichem Sinne ein viel weiterer, als im klinischen und setzt die sorgfältigste Berücksichtigung aller den Krankheitsfall begleitenden Umstände voraus.

2. Bei der Pest sind die klinischen Erscheinungen an sich so wenig charakteristisch, dass neben den besonderen örtlichen und anderen Verhältnissen meist erst das gruppenweise Auftreten der Krankheit den Verdacht zu erregen im Stande ist.

3. Bei den Pocken und dem Fleckfieber begründen im Wesentlichen die örtlichen, zeitlichen und namentlich die besonderen Verkehrsverhältnisse den Krankheitsverdacht, während die klinischen Symptome erst mit der Eruption des Exanthems auf den bestimmten Verdacht hinlenken.

4. Der Verdacht auf asiatische Cholera ist auch bei dem Mangel äusserer Verdachtsmomente begründet bei jeder, unter Cholerasymptomen rapide zum Tode führenden Erkrankung eines kräftigen erwachsenen Menschen. In Epidemiezeiten und in allen von Cholera bedrohten Ortschaften sind alle Brechdurchfälle als choleraverdächtig zu erachten und zu behandeln.

5. Der Verdacht auf Unterleibstyphus liegt bei jedem fieberhaften mit Milzschwellung einhergehenden Magendarmkatarrh am 4. bis 5. Krankheitstage vor. Bei der Differentialdiagnose zwischen Typhus und minder gefährlichen ansteckenden Krankheiten muss der Verdacht auf Typhus vom gesundheitspolizeilichen Standpunkte der massgebende sein.

6. Den Verdacht auf Kindbettfieber begründet jedes während des Wochenbettes auftretende Fieber, dessen ursächlicher Zusammenhang mit einer Infektion der Geburtswege nicht ausgeschlossen werden kann.

7. Als Diphtherie verdächtig sind zu bezeichnen alle fieberhaften, mit Belag einhergehenden Mandelentzündungen, alle primär oder sekundär bei Kindern auftretenden Larynxstenosen (Kruppformen), sowie in Epidemiezeiten auch alle fieberhaften Follikular- und Scharlachanginen bis zur Feststellung der mikroskopisch-bakteriologischen Diagnose.

8. Alle mit meningitischen Erscheinungen einhergehenden fieberhaften Erkrankungen, deren tuberkulöse Natur oder sekundäre Entstehungsart nicht mit Wahrscheinlichkeit festzustellen ist, sind als der epidemischen Genickstarre verdächtig zu erachten und zu behandeln.

9. Es muss Aufgabe der zu erwartenden Seuchengesetzgebung sein, durch eine möglichst scharfe Umgrenzung des Verdachtsbegriffes die gewissenhafte Berücksichtigung der hygienischen bezw. gesundheitspolizeilichen Gesichtspunkte bei allen meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten den praktischen Aerzten zur Pflicht zu machen.

In der sich anschliessenden Diskussion wünscht Kreisarzt Dr. Benda den Begriff des Krankheitsverdachts bei Kindbettfieber etwas genauer umgrenzt, damit ängstliche Hebammen nicht zu oft melden und der Kreisarzt nicht vergebliche Reisen macht. Der Vorsitzende betont, dass die Hebammen an die Bestimmungen des Lehrbuches und die betreffenden Polizeiverordnungen sich zu halten haben, und dass es sich hier nur darum handeln könne, den Aerzten gewisse Direktiven zu geben im Sinne einer Unterstützung der Prophylaxe bei Kindbettfieber. Kreisarzt Dr. Schulz betont die schwierige Lage der Hebammen gegenüber den behandelnden Aerzten, wenn diese Kindbettfieberverdacht nicht als vorliegend erachten, womit die Unterlassung der Meldung nur zu häufig entschuldigt wird.

III. Ueber den dritten Gegenstand der Tagesordnung **„Die Mitwirkung des Kreisarztes und der Gesundheitskommissionen auf dem Gebiete der Wohnungshygiene“** referirten die Kreisärzte Dr. Solbrig[1]) und Dr. Nickel, der erstere über die eigentliche Wohnungshygiene, der letztere über Wasserversorgung und Beseitigung der Abfallstoffe.

Im Anschluss an diese Referate betonte der Vorsitzende als wichtigste Massregel auf dem Gebiete der Wohnungshygiene die Einführung einer regelmässigen Wohnungsschau zur Feststellung gesundheitsschädlicher Bauzustände und gesundheitswidriger Wohnungsbenutzung, und zwar zunächst in den Städten und Industriebezirken und unter Beschränkung auf diejenigen Wohnungen, wo der Verdacht einer Ueberfüllung oder ungesunden Beschaffenheit vorliege, also namentlich die kleinen Miethswohnungen mit weniger als 3 bis 4 Räumen, die Massenquartiere, Schlafstellen, Herbergen u. s. w. In Verbindung hiermit müsse eine Wohnungsschau bei eintretendem Wohnungswechsel stehen, damit die erforderlichen Desinfektionsmassnahmen, namentlich auch mit Rücksicht auf die Tuberkulose angeordnet und kontrolirt werden können. Dies würde eine Anzeigepflicht bei eintretendem Wohnungswechsel zur Voraussetzung haben. Zur Schaffung der für die Einrichtung der Wohnungsschau nothwenigen Organe bieten die Gesundheitskommissionen in den darin vertretenen ärztlichen und bausachverständigen Vertretern geeignete Organe. Ausserdem könnten auch die Ortsbesichtigungen hierfür vielfach fruchtbringend gestaltet werden. Voraussetzung ist, dass die Kreisärzte für diese Bestrebungen bei den Polizei-

[1]) Der Vortrag ist in der heutigen Nummer der Zeitschrift, S. 83, ververöffentlicht.

behörden und den Gemeindeärzten das erforderliche Entgegenkommen finden. Wenn auch zur Vermeidung von Kollisionen aus §. 7 des Gesetzes vom 12. Februar 1850 zum Schutz der persönlichen Freiheit eine unzweideutige klar abgegrenzte gesetzliche Vollmacht über die Wohnungsschau und das eventuelle Verbot der Wohnungsbenutzung zu erstreben bleibt, so lassen die Bestimmungen des Allg. Landrechts (§. 10, Th. II, Titel 17) und des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 (§. 6), über das Recht polizeilichen Einschreitens, namentlich soweit der Verdacht einer gesundheitswidrigen Wohnungsbeschaffenheit vorliegt, keinen Zweifel. Dies wird auch durch das Erkenntniss des Oberverwaltungsgerichts vom 11. April 1890 bestätigt, das der Polizei die Befugniss zuspricht, das Vermiethen von Wohnungen zu untersagen, wenn „Mangel an Licht und Luft vorhanden ist", sowie durch den §. 544 des Bürgerlichen Gesetzbuches. Endlich ist die Durchführbarkeit der Wohnungsschau durch das Vorgehen im Regierungsbezirk Düsseldorf, sowie in den Städten Posen, Liegnitz, Mainz u. a. erwiesen. In letzterer Stadt sind die Gemeindeärzte als Organe der Wohnungsschau herangezogen.

Im Anschluss an das zweite Referat wies der Vorsitzende auf die Gefahren hin, die unter Umständen von zentralen Wasserversorgungsanlagen ausgehen können, sei es, dass sie von den direkten Anschlüssen der Klosets, Pissoirs u. s. w. an die Wasserleitung ihren Ausgang nehmen, oder bei Rohrbrüchen wie in Gelsenkirchen in die Erscheinung treten. Den Kreisärzten müsse daher die sorgfältigste Beaufsichtigung der zentralen Wasserversorgungsanlagen zur Pflicht gemacht werden, wobei der Vorsitzende Gelegenheit nahm, auf eine von ihm entworfene Dienstanweisung für die Aufseher öffentlicher Wasserwerke hinzuweisen.[1])

Kreisarzt Dr. Nickel bezeichnete es als einen hauptsächlichen Mangel, dass es in den Baukommissionen der Städte vielfach an einem geeigneten Techniker fehle und dass die Strafen für ein zu zeitiges Beziehen der Wohnungen so gering seien, dass die Miether sie gerne auf sich nehmen.

Auf Anregung des Kreisarztes Dr. Benda wurde auch die Frage gestreift, ob und inwieweit die Gemeinden zur Bereitstellung von Trink- und Gebrauchswasser verpflichtet seien. Der Vorsitzende bemerkte, dass die Polizei nur soweit verpflichtet sei, Abhülfe zu schaffen, als ein Nothstand vorliege. Ausserdem biete aber der §. 35 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vielfach eine geeignete Handhabe, vorhandene Missstände auf diesem Gebiet zu beseitigen.

IV. Nach einer kurzen Pause, während welcher die aufgestellten Präparate von Malariaparasiten, sowie von normaler und trachomatöser Lidschleimhaut besichtigt wurden, erstattete der im Institut für Infektionskrankheiten von Geheimrath Koch in der Malariadiagnose ausgebildete Kreisarzt Dr. Finger das Referat „Ueber Malariauntersuchungen im Reg.-Bezirk Potsdam."[2])

Nachdem durch Verfügung des Herrn Regierungspräsidenten vom 14. Mai 1901 den sämmtlichen Aerzten des Bezirks Gelegenheit zur unentgeltlichen Blutuntersuchung bei Malaria- oder malariaverdächtigen Erkrankungen geboten war, sind bisher nur in 8 Fällen Blutpräparate zur Untersuchung eingegangen, und zwar in 4 Fällen aus der Stadt Potsdam und in je 1 Fall aus Spandau, Jüterbog, Templin und Herzfelde. In 2 Fällen waren die Präparate nicht sachgemäss angefertigt worden, so dass eine Untersuchung nicht möglich war. Das Untersuchungsergebniss war stets ein negatives; Malariaparasiten wurden niemals gefunden. Hieraus dürfte der Schluss zu ziehen sein, dass die Malaria im Bezirk jedenfalls sehr selten ist oder vielleicht überhaupt nicht vorkommt.

V. Eine Schilderung der „feineren Anatomie des Trachoms" gab derselbe Referent auf Grund von Untersuchungen in den westpreussischen Kreisen Strassburg und Thorn unter Demonstration von Abbildungen und mikroskopischen Präparaten.

---

[1]) Siehe Schlockow, 5. Auflage, Anhang.

[2]) Veranlassung zu diesen Untersuchungen war die in der Stadt Potsdam und anderen Theilen des Havelgebiets bei Publikum und Aerzten verbreitete Meinung, dass die Malaria, welche hier früher ungemein häufig gewesen sein soll, auch jetzt noch nicht selten auftrete.

Hiermit wurde die Konferenz geschlossen. Nach derselben fand ein gemeinsames Mahl statt, an dem auch der Herr Regierungspräsident und mehrere Gäste theilnahmen. Dr. Finger-Potsdam.

Die konstituirende erste Versammlung des Württ. Medizinalbeamtenvereins am 1. Dezember 1901 in Stuttgart.

Auf Einladung des Stadtdirektionsarztes Med.-Raths Dr. Köstlin-Stuttgart hatten sich 20 beamtete Aerzte eingefunden, ausserdem verschiedene ihre schriftliche Zustimmung zur Bildung eines Vereins und Anschluss desselben an den Deutschen Medizinalbeamtenverein ausgesprochen. Nachdem Köstlin-Stuttgart die Versammlung begrüsst und, durch Akklamation gewählt, den Vorsitz sowie Dr. Cless-Stuttgart die Geschäfte des Schriftführers übernommen hatte, erstattete der erstere das Referat. Er besprach zunächst an der Hand des Protokolls der Frankfurter Delegirtenversammlung die Bildung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins[1]) sowie die von dieser Versammlung in Bezug auf die Ziele und Organisation des neuen Vereins, auf die Beitrittsberechtigung und sein Verhältniss zu den Landesvereinen, die alljährlich als Wanderversammlung abzuhaltenden Hauptversammlungen, die Zusammensetzung des Vorstandes, die Höhe des Jahresbeitrages u. s. w. gefassten Beschlüsse. Sodann erwähnte er, dass in denjenigen Bundesstaaten, in denen zur Zeit bereits Medizinalbeamtenvereine bestehen — wie z. B. in Preussen, Sachsen, Hessen, Baden, Mecklenburg-Schwerin —, mit Ausnahme von dem Badischen Medizinalbeamtenverein, der sich vorerst noch etwas reservirt zu verhalten scheine, alle anderen ihre volle Zustimmung zu der beabsichtigten Vereinsbildung erklärt haben, und dass auch in den übrigen Bundesstaaten, in denen Landesvereine zur Zeit noch nicht bestehen, die Antworten der einzelnen in der Sache befragten Medizinalbeamten fast ausnahmslos zustimmend gelautet haben.

Angesichts der Sachlage dürfe es nun an der Zeit sein, dass auch die Medizinalbeamten in Württemberg zu der neuen Vereinsgründung Stellung nehmen, und zwar werde es sich hierbei zunächst lediglich um die Erörterung der Frage handeln, ob dieselben dem Deutschen Medizinalbeamtenverein einzeln als Mitglieder beitreten wollen, oder in corpore, als geschlossener Landesverein, der in diesem Fall dann aber erst gegründet werden müsste. Der Einzelbeitritt sei allerdings insofern der einfachere, als dann von dem Verein irgend welche andere Verpflichtungen, als die der jährlichen Beitragsleistung des Einzelnen von vornherein nicht zu übernehmen seien, während der korporative Beitritt voraussichtlich immerhin einige weitere Verbindlichkeiten auferlegen würde, z. B. die Beschickung der Jahresversammlungen mit Delegirten. Demgegenüber sei aber wieder in Erwägung zu ziehen, dass nur auf dem Wege eines korporativen Beitritts eine eigentliche Vertretung in dem neuen Verein gesichert werde und der in den Vorstand etwa gewählte württembergische Medizinalbeamte die Interessen der einheimischen Medizinalbeamten in dem Verein selbstverständlich nur dann wirksam vertreten könnte, wenn er dabei als offizieller Beauftragter eines geschlossenen Landesvereins figuriren würde. Deshalb sei es angezeigt, sich vor Allem mit der Frage zu beschäftigen, ob es unter den gegebenen Umständen als wünschenswerth oder nothwendig anzusehen sei, einen Württembergischen Landesmedizinalbeamtenverein zu gründen, und wie gegebenenfalls ein solcher zu organisiren sein würde. Diese Frage sei durchaus keine neue; denn schon im Jahre 1872 habe der verstorbene Oberamtsarzt Dr. Kapff in Esslingen einen oberamtsärztlichen Verein ins Leben gerufen, der allerdings nach einigen Jahren wieder eingeschlafen sei. Im Jahre 1895 habe sodann Oberamtsarzt und Med.-Rath Dr. Camerer-Urach den Kapff'schen Gedanken wieder neu aufgenommen und zu einer Versammlung eingeladen; angesichts der geringen Betheiligung an der Versammlung habe sich diese als nicht für zuständig gehalten, irgend einen definitiven Beschluss in der Sache zu fassen, obwohl sämmtliche damals Anwesende sich im Prinzip für die Zweckmässigkeit einer solchen Vereinigung aussprachen. Da in der Folge jedoch der Frage nur geringes Interesse entgegengebracht sei, so habe man das Projekt zunächst wieder fallen gelassen.

Inzwischen habe sich die Situation aber wesentlich geändert und zwar

[1])Siehe Nr. 18 der Zeitschrift, Jahrg. 1901, S. 614.

sowohl im Allgemeinen in Folge der erheblichen Zunahme des ganzen geschäftlichen Wirkungsbereichs der Medizinalbeamten und ihrer, damit in engem Zusammenhang stehenden Standesinteressen, als auch im Besonderen durch die beschlossene Gründung eines allgemeinen Deutschen Medizinalbeamtenvereins. Referent geht hierauf näher auf die früher gegen die Bildung eines Landesvereins gefassten Bedenken ein, die hauptsächlich darin bestanden, dass das Bedürfniss eines solchen für die kleinen Verhältnisse des Landes in Zweifel gezogen und ausserdem dadurch eine Schädigung der bereits bestehenden allgemeinen ärztlichen Standesvereine, sowie eine Trübung des guten Einvernehmens zwischen den Medizinalbeamten und den praktischen Aerzten befürchtet worden sei.

Es sei allerdings richtig, dass eine gewisse Vereinsmüdigkeit herrsche und dass die Medizinalbeamten in einem kleinen Staate wie in Württemberg weit eher als in einem grossen Staate Gelegenheit haben, auch ohne eine offizielle Vereinigung in einer gewissen persönlichen Fühlung untereinander zu bleiben und ihre Ansichten gegenseitig austauschen zu können. Anderseits sei aber nicht zu bestreiten, dass bei einer immer grösser werdenden Ausdehnung der Medizinalgesetzgebung das Bedürfniss gegenseitiger Aussprache über die Handhabung aller dieser neuen gesetzlichen Bestimmungen doch ein wesentlich grösseres geworden sei, und dass durch eine solche persönliche Aussprache eine grössere Einheitlichkeit in der Geschäftsbehandlung und dadurch indirekt auch eine Förderung der ganzen Amtsthätigkeit der Medizinalbeamten des Landes zweifellos bewirkt werden würde. Auch in Bezug auf spezielle Standesfragen der Medizinalbeamten könne eine zielbewusste Vereinsthätigkeit viel leisten, wie z. B. das Beispiel des Preussischen Medizinalbeamtenvereins zeige, der sich an dem Zustandekommen der neuen preussischen Medizinalreform zweifellos ein wesentliches Verdienst beimessen könne. Eine Vereinigung von Spezialfachgenossen mit regelmässigen Versammlungen wirke auch ohne Zweifel fördernd auf die rein wissenschaftlichen Bestrebungen der Medizinalbeamten, nicht nur auf medizinalpolizeilichem, sondern auch auf hygienischem und gerichtsärztlichem Gebiete ein, besonders wenn dieselbe auch von autoritativer Seite, Universitätsprofessoren, Mitglieder des Königl. Medizinalkollegiums, Irrenhaus- und Spitaldirektoren etc.) Unterstützung erfahren würden. Die Bedürfnissfrage sei daher auch für Württemberg zu bejahen und an der Lebensfähigkeit des Vereins nicht zu zweifeln, vorausgesetzt, dass er sich nicht etwa in exklusiver Weise auf die Oberamtsärzte beschränken, sondern alle Medizinalbeamten jeglicher Kategorie in sich aufnehmen, und ihm auch von den massgebenden wissenschaftlichen Autoritäten des Landes ein wohlwollendes Interesse entgegengebracht würde. Auch den zweiten Einwand, die eventuelle Schädigung der bereits bestehenden Standesvereine durch einen Medizinalbeamtenverein, hält Referent für hinfällig, indem er auf die Erfahrung hinweist, dass in denjenigen deutschen Bundesstaaten in denen, wie z. B. in Preussen, Sachsen, Baden etc., Medizinalbeamten-Landesvereine schon seit einer langen Reihe von Jahren bestehen, sich keinerlei nachtheiliger Einfluss in dieser Hinsicht geltend gemacht hätte. Zum Schluss stellt Referent folgende Fragen zur Erörterung:

1. Empfiehlt es sich für die Württembergischen Medizinalbeamten in den Deutschen Medizinalbeamtenverein in corpore, als Landesverband einzutreten, oder ist der Beitritt jedem Einzelnen anheimzustellen?

2. Soll im Falle der Bejahung der ersten Frage, ein Landesverband gegründet werden, der sich, entsprechend den Satzungen des deutschen Gesammtverbandes, auf sämmtliche Kategorien von Medizinalbeamten, also neben den Oberamtsärzten auch auf die Oberamtswundärzte, auf die im Gemeindedienst mit voller Beamteneigenschaft angestellten Aerzte, auf die Mitglieder des K. Medizinalkollegiums, die Professoren der Hygiene, gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, die Direktoren der Irrenanstalten und der Landeshebammenschule, den Zentralimpfarzt, sowie auf alle staatsärztlich approbirten Aerzte erstrecken würde?

In der sich anschliessenden Diskussion dankt Breit-Stuttgart dem Referenten für die Einberufung der Versammlung, und spricht sich für die Bildung eines Landesvereins, sowie für dessen Beitritt in pleno zu dem Deutschen Verein aus; vereinzeltes Angehören an diesen Verein hat nach seiner Meinung keinen Werth.

Gegenüber der von Krauss-Kirchheim ausgesprochenen Ansicht, dass ein Württemberger in den Ausschuss des Deutschen Vereins auch ohne des Bestehens eines eigenen Landesvereins kooptirt werden könne, wenn nur genügend württembergische Medizinalbeamten den Verein beitreten würden, betonen Köstlin und Jäger-Ulm, dass eine richtige Vertretung im deutschen Verband nur auf Grund eines festgeschlossenen Württembergischen Vereins denkbar sei. Die Bildung eines solchen sei gleichsam conditio sine qua non, eine Ansicht, der auch Russ-Rottweil beipflichtet in Hinweis darauf, dass es auch die württembergischen Medizinalbeamten sehr nöthig hätten, ihre ideellen und materiellen Interessen zu festigen. Dem Vorschlage von Jäger-Ulm, zunächst über die Bildung der Frage 2, betr. eines Landesvereins zu berathen, wird allseitig zugestimmt, und nachdem sich hierauf alle folgenden Redner Krauss-Kirchheim, Mager-Heilbronn, Zeller-Ludwigsburg, Pfeilsticker-Gmünd und Süsskind-Hall für Gründung eines Württembergischen Vereins ausgesprochen hatten, wird auf Antrag Engelhorn-Göppingen zur Abstimmung geschritten, welche einstimmig Bejahung dieser Frage ergiebt. Desgleichen wird die Beitrittsberechtigung dem Vorschlage des Referenten gemäss festgesetzt.

Die von Russ-Rottweil gegen die Hereinbeziehung der pro physicatu geprüften, im Staatsdienste nicht angestellten Aerzte erhobenen Bedenken werden von Krauss-Kirchheim, Jäger-Ulm und Köstlin-Stuttgart widerlegt, ausserdem bemerkt, dass voraussichtlich nicht viele derartige Aerzte dem Vereine beitreten und durch ihren Beitritt die Ziele desselben sicherlich nicht beeinträchtigt werden würden. Betreffs der Gemeindemedizinalbeamten (Distrikts- und Armenärzte) wird nach längerer Debatte, an der sich Jäger, Breit, Krauss, Staudenmayer, Russ, Köstlin, Majer und Zeller betheiligten, beschlossen, dass sie nur insoweit beitrittsberechtigt seien, als sie staatsärztlich approbirt sind. Ein gleicher Beschluss wird nach kurzer, von Grundler-Herrenberg angeregten Debatte betreffs der Bahn- und Postärzte gefasst und hierauf folgender Wortlaut der Satzungen beschlossen:

„§. 1. Zweck des Vereins ist, den Medizinalbeamten Gelegenheit zu gegenseitiger Annäherung zu bieten, durch Vorträge und durch Austausch persönlicher Erfahrungen eine Verständigung über wichtige Fragen auf dem gesammten Gebiete der Staatsarzneikunde herbeizuführen, sowie auch ihren gemeinsamen berechtigten Interessen die entsprechende Berücksichtigung zu verschaffen.

§. 2. Zum Beitritt berechtigt sind alle im württembergischen Staats- und Amtskörperschaftsdienst angestellten Medizinalbeamten, einschliesslich der mit voller Beamteneigenschaft fest angestellten, und staatsärztlich geprüften Gemeindemedizinalbeamten, ferner die Professoren der Hygiene, gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, sowie alle staatsärztlich approbirten Aerzte.

§. 3. Die Versammlungen des Vereins finden in Stuttgart statt. Daselbst wird in der Regel im Frühjahr eine Hauptversammlung abgehalten.

Ausserordentliche Versammlungen können durch den Vorstand oder auf Antrag von mindestens 10 Mitgliedern berufen werden.

§. 4. Die Beschlüsse des Vereins werden von den anwesenden Mitgliedern durch einfache Stimmenmehrheit gefasst, Stimmengleichheit gilt als Ablehnung.

§. 5. Die Geschäfte des Vereins werden durch einen Vorstand geleitet, welcher alle 3 Jahre mittelst Stimmzettel in der Hauptversammlung gewählt wird; er besteht aus einem Vorsitzenden und einem Schriftführer, welcher auch gleichzeitig die Vereinskasse verwaltet.

§. 6. Die Höhe des jährlichen Beitrages wird in der jedesmaligen Hauptversammlung bestimmt und ist derselbe dann innerhalb der nächsten drei Monate an den Schriftführer einzuzahlen.

§. 7. Als Organ dient das Medizinische Korrespondenzblatt des Württembergischen Landesvereins.

§. 8. Die Auflösung des Vereins kann nur durch eine Majorität von zwei Dritteln der eingeschriebenen Mitglieder beschlossen werden; etwa vorhandenes Vermögen ist in diesem Falle der württembergischen ärztlichen Unterstützungskasse zu überweisen."

Nachdem hierauf noch ein Antrag von Krauss: die Gründung des Vereins dem K. Medizinalkollegium mitzutheilen, sowie ein Antrag Engelhorn's: die Mitglieder des K. Medizinalkollegiums, die in Frage kommenden

Professoren, sowie die Direktoren der Irrenanstalten und der Landeshebammenschule persönlich zum Beitritt in den Verein einzuladen, einstimmig angenommen war, wurde zur Wahl des Vorstandes für die nächsten drei Jahre geschritten und Köstlin-Stuttgart zum Vorsitzenden, Dr. Cless-Stuttgart zum Schriftführer gewählt.

Schliesslich wurde der Antrag Köstlin's: „der Württembergische Medizinalbeamtenverein soll in corpore dem Deutschen Medizinalbeamtenverein beitreten" einstimmig angenommen.

(Nach dem offiziellen in Nr. 23, Jahrg. 1901, des Württembergischen Korrespondenzblattes veröffentlichten Protokoll.)

Besprechungen.

Dr. August Karpf, a. o. Professor für Chemie an der k. k. Bergakademie zu Przibram in Böhmen: **Flüssiges Schwefeldioxyd. Darstellung, Eigenschaften und Versendung desselben. Anwendung des flüssigen und gasförmigen Schwefeldioxydes in Gewerbe und Industrie.** Sammlung chemischer und chemisch-technischer Vorträge, herausgegeben von Prof. Dr. Felix B. Ahrens. V. Band, 7./10. Heft. Mit 21 Abbildungen. Stuttgart 1901. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°, 180 S. Preis: 3 Mark.

Die sehr ausführliche Abhandlung zerfällt in 4 Abschnitte: A. Darstellung des flüssigen Schwefeldioxydes (Schwefligsaurenhydrid, schweflige Säure sind bekanntere Bezeichnungen); B. Eigenschaften und C. Versendung desselben. D. Anwendung des flüssigen und gasförmigen Schwefeldioxydes in Gewerbe und Industrie.

Von den vielen Erfindern, die Verfahren zur Darstellung des Schwefeldioxydes angegeben haben, verdient besonders Raoul Pictet genannt zu werden. In der chemischen Grossindustrie hat das in der vorliegenden Abhandlung sehr eingehend beschriebene Verfahren von Haemich und Schröder bleibende Verwendung gefunden. Auf die Einzelheiten dieses Verfahrens näher einzugehen, dürfte hier nicht der Ort sein.

Von den Eigenschaften des Schwefeldioxydes ist seine Fähigkeit, eine grosse Menge anorganischer und organischer Körper in Lösungen überzuführen, hervorzuheben.

Die Versendung muss in sorgfältig gesicherten Bomben oder Kesselwagen geschehen.

Verwendet wird das Schwefeldioxyd zur Erzeugung von Eis (doch hierbei wird es hart bedrängt durch die Konkurrenz der Ammoniak- und Kohlensäuremaschinen), zur Extraktion von Fetten und Oelen, zur Saturation des Saftes in Zuckerfabriken, zur Kochlaugenerzeugung in der Zellulosefabrikation, ferner noch im Hüttenwesen zur Tellur- und Selengewinnung, zur Goldgewinnung, zum Extrahiren von Kupfer und anderen Metallen aus gerösteten Schwefelkiesabbränden, zum Aufschliessen von Alaunschiefer behufs Alaunfabrikation und zur Darstellung von Glaubersalz aus Kochsalz; sodann wird angeführt die Verwendung von Schwefeldioxyd in der Bleicherei. Dagegen hat sich die Anwendung der schwefligen Säure als Desinfektions- und Konservirungsmittel, wie dem Verfasser gegenüber hervorgehoben werden muss, im Allgemeinen als unzweckmässig herausgestellt und dürfte heute kaum noch geübt werden; ebensowenig kommt die schweflige Säure zur Zeit als Heilmittel in Betracht, besonders wird eine Behandlung der Tuberkulose mittelst Inhalation von schwefliger Säure wohl von der überwiegenden Mehrheit der Aerzte nicht gutgeheissen werden.

Weiter wird dann eingegangen auf die Verwerthung des Schwefeldioxydes zur Extraktion von Knochen, zur Darstellung von Salzen, zur Fabrikation von englischer Schwefelsäure, zur Darstellung von Schwefeltrioxyd schliesslich wird noch die Regenerirung von Schwefel aus Schwefeldioxyd besprochen.

Aus dieser kurzen Darlegung des reichen Inhalts erhellt wohl schon mit wie sorgfältigem Fleiss die vorliegende Arbeit hergestellt ist. Es dürfte sich aber erübrigen, hier die technischen Einzelheiten ausführlich zu erörtern.

Dr. Brummund-Uelzen.

Tagesnachrichten.

Wie zu erwarten war, ist zu dem vielbesprochenen Konitzer Mord jetzt auch ein Obergutachten der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen von der Justizbehörde eingefordert worden, auf das man um so mehr gespannt sein darf, als sich bekanntlich das Medizinalkollegium für die Provinz Westpreussen in seinem Gutachten abweichend von der Mehrzahl der früheren Gutachten ausgesprochen hat. (S. Nr. 21 der Zeitschrift, Jahrg. 1901, S. 715.)

Regelung des Milchverkehrs in Berlin. Im Preuss. landwirthschaftlichen Ministerium hat am 6. d. Mts. eine Konferenz von Vertretern dieses Ministeriums, der Med.-Abth. des Kultusministeriums, des Polizeipräsidiums und des Berliner Milchhandels stattgefunden, in welcher der Erlass einer neuen Polizeiverordnung über den Verkehr mit Milch in der Stadt Berlin berathen wurde. Zur Erörterung gelangte besonders der Mindestfettgehalt für Milch und Sahne, sowie eine bessere Kennzeichnung der verschiedenen Milchsorten beim Verkauf. Halbmilch soll künftighin vom Verkehr ausgeschlossen werden.

Der Geschäftsausschuss des XIV. internationalen medizinischen Kongresses, der vom 23.—30. April 1901 in Madrid stattfinden soll, ersucht durch Rundschreiben vom 3. d. Mts. die Vorstände der z. Z. bestehenden medizinischen Vereine u. s. w. sich durch Delegirte auf dem Kongresse vertreten zu lassen.

Ebenso wie früher hat das Preuss. Kammergericht (Strafsenat) durch Urtheil vom 30. Dezember 1901 wiederum entschieden, dass der hauptsächlich aus Sennesblättern und Sassafras bestehende Weber'sche Alpenkräuterthee nicht dem freien Verkehr überlassen sei, da der Thee nicht blos als ein reines Vorbeugemittel, sondern auch als Heilmittel gegen bestehende Krankheiten verkauft werde.

Pest. Abgesehen von einer vereinzelten Pesterkrankung in Smyrna scheint der Orient pestfrei zu sein; auch in Aegypten sind seit dem 20. Dezember keine Pestfälle mehr vorgekommen.

In Indien ist dagegen eine deutliche Abnahme der Seuche noch nicht zu bemerken; die Zahl der Pest-Erkrankungen und -Todesfälle betrug in den 4 Wochen vom 8. November bis 5. Dezember in der Präsidentschaft Bombay: 8423 (6506), 8812 (6521), 8529 (6292), 7612 (5744), in der Stadt Bombay: 152 (182), 300 (189), 264 (162), 259 (173).

In Kapland sind nur noch vereinzelte Fälle in Port Elisabeth und 7 Erkrankungen in Mosselbay vorgekommen. In Mauritius hat die Seuche an Ausbreitung zugenommen; in der Zeit vom 11. Oktober bis 7. November sind 290 Personen an Pest erkrankt und 170 gestorben. Auch in Brasilien scheint die Seuche noch zuzunehmen; vom 1.—24. November sind z. B. in Rio de Janeiro 55 Pesterkrankungen und 30 Todesfälle angemeldet.

Berichtigung. In dem Referat „über Mord durch Erhängen" u. s. w. — Gutachten von Dr. Wilhemi — (s. Nr. 1, S. 18) muss es am Schluss nicht „entlastenden", sondern „belastenden" Aussagen heissen.

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

J. C. C. Bruns Buchdruckerei, Minden.

15. Jahrg. Zeitschrift 1902.

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.

Schutz gegen Infektionskrankheiten in Kurorten und Sommerfrischen, deren Besucher vorwiegend aus Kindern bestehen.

Von Dr. Friedel, Kreisassistenzarzt in Swinemünde.

Wenn man sich klar macht, dass in unseren grossen Städten, welche den Bädern die meisten Besucher zusenden, gewisse Infektionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Diphtherie, nie ganz erlöschen, wenn man ferner bedenkt, dass das Maserngift wenigstens neun Tage braucht, ehe es in dem infizirten Körper erkennbare Veränderungen hervorruft, dass man auch für Scharlach und Diphtherie eine mehrtägige Inkubation anzunehmen hat, so folgt daraus ohne Weiteres, dass in von Kindern stark besuchten Badeorten auch gelegentlich eine solche Infektionskrankheit unbewusst eingeschleppt werden muss. Anderseits ist es bei einer anderen Infektionskrankheit, dem Keuchhusten, schon seit Jahren bei Aerzten und Laien allgemeiner Brauch geworden, den Kranken zur Erzielung eines günstigeren und schnelleren Krankheitsverlaufs in andere Luft, in See- oder Waldklima, also vorwiegend auch wieder in die Badeorte zu bringen.

Diese Thatsachen, sowie die Erwägung, dass der zur Kräftigung oder Wiederherstellung seiner Gesundheit das Bad aufsuchende Kurgast den denkbar besten Schutz gegen jede Möglichkeit einer Infektion verlangen müsse, veranlassten mich im Herbst 1898 in eine Prüfung der diesbezüglichen Verhältnisse in den ja hauptsächlich von Kindern besuchten Ostseebädern einzutreten.

Zu diesem Zwecke sandte ich an sämmtliche zu dem damaligen Verbande „Pommerscher Ostseebäder“ gehörende Bade-

verwaltungen Fragebogen zur Beantwortung, um im Wesentlichen über folgende Punkte Aufklärung zu erhalten:

I. Welche Infektionskrankheiten sind während der Badezeit in den letzten drei Jahren beobachtet worden?

II. Wie oft ist nachweislich die Infektion erst im Badeorte erfolgt?

III. Welche Schutzvorrichtungen (abgesehen von den von der Natur gebotenen) sind von den Badeverwaltungen zur Verhütung der Weiterverbreitung einer etwa eingeschleppten Infektionskrankheit geschaffen worden?

Die Antworten zu Punkt I und II lauteten ziemlich übereinstimmend. Ueberall war jeden Sommer Keuchhusten vertreten gewesen; in den meisten Bädern waren vereinzelte Fälle von Masern, Scharlach, Diphtherie, in einigen wenigen mitunter auch ein Typhusfall vorgekommen. Nachweisbare Infektion Gesunder im Bade war selten und eine weitere Ausdehnung einer Krankheit nur einmal in einem Badeorte in Form einer Masernepidemie in kleinerem Umfange beobachtet worden.

Zu Punkt III gingen die Antworten weit auseinander. Die grossen komfortablen Bäder hatten meist ein Krankenhaus mit Isolirräumen, Desinfektionsvorrichtungen und zum Theil auch schon den Keuchhustenkranken gesonderte Plätze zum Aufenthalt am Strande angewiesen, während die kleineren und kleinsten Stranddörfer natürlich von alledem nichts aufzuweisen hatten.

Bestätigten somit die eingelaufenen Antworten, wie nicht anders zu erwarten, dass in von Kindern viel besuchten Bädern auch Infektionskrankheiten vorkommen, bescheinigten sie anderseits die auch von mir in langjähriger Badepraxis gemachte Erfahrung, dass eine Uebertragung oder gar epidemische Ausbreitung der eingeschleppten Krankheit sehr selten sei, so liessen doch auch die von den bestverwalteten Bädern zum Schutze von Kranken und Gesunden getroffenen Vorrichtungen eine gewisse Planmässigkeit vermissen und waren kaum geeignet, in dem zur Kur weilenden Badegast das Gefühl der Sicherheit gegen Infektion aufkommen zu lassen, geschweige, dass sie ihm diese Sicherheit wirklich in einem im Bereich der Möglichkeit liegenden Umfange zu bieten vermochten.

Hier galt es also einzugreifen. Bei der geringen Anzahl der in Betracht kommenden Infektionskrankheiten, bei den fast gleich liegenden Verhältnissen in allen Ostseebädern musste es sich ermöglichen lassen, nach einheitlichem Gesichtspunkt für alle Bäder brauchbare und gültige Massnahmen zu treffen, die einerseits bezweckten, den von einer Infektionskrankheit betroffenen Personen, sowie deren Umgebung Verkehrsbeschränkungen und Vorsichtsmassregeln aufzuerlegen, so weit solche zum Schutze der Gesunden erforderlich und nach den gesetzlichen Vorschriften zulässig waren, und anderseits die Badeverwaltungen veranlassten, diejenigen Einrichtungen zu treffen, die zur Durchführung dieser Massnahmen nöthig waren.

So stellte ich denn in der am 28. November 1898 in Berlin tagenden General-Versammlung des Verbandes „Pommerscher Ostseebäder“ bestimmte, für alle Bäder passende gesundheitspolizeiliche Forderungen, die mir unter den gegebenen Verhält-

nissen den besten Schutz zu gewähren schienen und die persönliche Freiheit des Badegastes nur so weit als unumgänglich nöthig beschränkten, deren Durchführbarkeit aber innerhalb der Leistungsfähigkeit der einzelnen Badeverwaltungen lag, in nachstehender Formulirung:

1. Jede Erkrankung an Masern, Scharlach und Diphtherie ist der Badeverwaltung innerhalb 24 Stunden durch den behandelnden Arzt oder den Haushaltungsvorstand zur Anzeige zu bringen.

2. Masern-, Scharlach- und Diphtheriekranke sind auf's Sorgfältigste von jedem Verkehr abzusondern. Ist die Behandlung in der eigenen Wohnung ohne offenbare Gefährdung der übrigen Hausbewohner nicht möglich, so ist der Erkrankte in dem von der Verwaltung zur Verfügung gestellten Krankentransportwagen in das Krankenhaus zu überführen.

3. Nach einer Masernerkrankung hat eine gründliche Reinigung der Wohnung zu erfolgen. Ausserdem muss diese mindestens 48 Stunden ununterbrochen gelüftet werden, ehe sie von Neuem bezogen werden darf.

4. Nach Erkrankung an Scharlach und Diphtherie sind Wohnung und Effekten nach der hier eingeführten Methode durch die Badeverwaltung zu desinfiziren. Dieselbe stellt den Desinfektionsapparat. Die Kosten trägt der Haushaltungsvorstand, in dessen Familie die Erkrankung vorkam.

5. Für Keuchhustenkranke gelten folgende Bestimmungen:

a. Für Keuchhustenkranke ist eine Wohnung zu wählen, die einen gesonderten, nur vom Kranken und dessen Angehörigen benutzten Zugang besitzt.

b. Keuchhustenkranke Kinder müssen sich in ständiger Begleitung und Ueberwachung eines Erwachsenen befinden, der dafür sorgt, dass keine Annäherung und kein direkter Verkehr mit gesunden Kindern stattfinden kann.

c. Keuchhustenkranke haben am Strande die ihnen angewiesenen abgesonderten Partien (Strandkörbe und Hütten) zu benutzen und sich von allen Ansammlungen, z. B. Kinderfesten, aber auch von der Table d'hôtel in den Gasthöfen fernzuhalten.

6. Als Vorbedingung zur Durchführung dieserFor derungen muss von den Badeverwaltungen verlangt werden:

1. Die Bereitstellung von Isolirräumen.
2. „ „ eines gut desinfizirbaren Krankentransportwagens.
3. Die Bereitstellung von Desinfektionsgeräthschaften.

(Als Desinfektionsapparat wird empfohlen der Formaldehyd-Desinfektionsapparat mit gleichzeitiger Wasserverdampfung nach Schering'schem System.)

4. Aufstellung einer Desinfektionsordnung und Anstellung eines gut informirten Desinfektors.

Die Berechtigung und Nothwendigkeit vorstehender Forderungen nicht nur für die Ostseebäder, sondern mehr oder weniger für alle Kurorte, insbesondere für solche, deren Besucher vorwiegend aus Kindern bestehen, also Soolbäder, Sommerfrischen u. s. w., ergiebt sich mit logischer Konsequenz aus nachfolgenden Betrachtungen.

Sollen die Badeverwaltungen befähigt werden, selbstständig und erfolgreich vorzugehen, so müssen sie vor Allem jeder Zeit über den Gesundheitszustand ihres Bades informirt sein. Dies ist nur dadurch zu erreichen, dass den Haushaltungsvorständen, sowie den behandelnden Aerzten die Anzeigepflicht für jeden Fall einer Infektionskrankheit auferlegt wird.

Die weiteren Forderungen lassen sich aus dem Charakter der in Betracht kommenden Krankheiten ableiten:

Beginnen wir z. B. mit der immer noch am meisten gefürchteten Diphtherie, so muss bei dieser Erkrankung eine

unbedingte Absperrung des Kranken in seiner Wohnung gefordert werden. Ist die Absperrung in der Wohnung nicht durchführbar und eine Gefährdung der übrigen Flur- oder Hausbewohner wahrscheinlich, so muss die Möglichkeit gegeben sein, den Kranken auch zwangsweise in ein Krankenhaus überführen zu können. In vielen deutschen Bundesstaaten fehlt hierzu allerdings die gesetzliche Handhabe, namentlich in Preussen, wo noch jetzt das Regulativ vom 8. August 1835 massgebend ist, das bekanntlich keine Vorschriften über Diphtherie enthält und dessen Bestimmungen in Folge dessen nach konstanter Rechtsprechung des Kammergerichts nicht nur auf diese keine Anwendung finden, sondern auch den Erlass ergänzender Polizeivorschriften über Anzeigepflicht und Isolirung bei Diphtherie nicht zulassen. Wenn nun auch trotzdem derartige Massregeln bei dem Publikum nur ausnahmsweise auf Widerspruch stossen werden, so erscheint eine gesetzliche Regelung derselben jedoch dringend erwünscht, und z. B. in Preussen um so nothwendiger, als das eben erwähnte Regulativ durch die Bestimmungen des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900 bereits zu einem Torso geworden ist und seine völlig veralteten Vorschriften mit dem heutigen Stande der Wissenschaft nicht mehr im Einklang stehen. Dies hindert aber nicht, dass schon jetzt die Badeverwaltungen für Bereitstellung der zur Durchführung einer Isolirung nöthigen Anstalten, also Krankenhaus resp. Isolirräume, sowie Krankentransportwagen Sorge tragen. Handelt es sich hierbei auch um unrentable Einrichtungen, so sind sie doch unerlässlich Vorbedingung, um eine eingeschleppte Infektionskrankheit schnell und sicher für die Allgemeinheit unschädlich zu machen oder einem Kranken überhaupt Unterkunft bieten zu können. Kann es sich doch jeder Zeit ereignen, wie es sich thatsächlich auch im Sommer 1898 in einem Ostseebade zugetragen hat, dass bei einem Kurgast die ansteckende Krankheit auf der Reise, beziehentlich beim Eintreffen im Bade zum Ausbruch kommt und dieser dann in Ermangelung von Isolirräumen nirgends Unterkommen findet.

Nach Beendigung der Krankheit ist eine dem heutigen Stande der Wissenschaft entsprechende Desinfektion der Wohnung und Effekten vorzunehmen. Ein mit der Vornahme der betreffenden Desinfektionsmethode völlig vertrauter Mensch, sowie die zur Desinfektion nöthigen Mittel sind ebenfalls von der Badeverwaltung gegen Ersatz der Unkosten zur Verfügung zu stellen. Mit anderen Worten: Der Badegast muss bei dem Auftreten einer Diphtherieerkrankung im Badeort dieselben Schutz- und Abwehrvorrichtungen vorfinden, wie er sie bei jedem gut verwalteten Kommunalwesen kennt.

Bei einer Erkrankung an Scharlach sind genau dieselben Massregeln zu treffen wie bei Diphtherie.

Bei Masern muss die Absperrung ebenfalls möglichst streng durchgeführt werden, doch kann bei der erfahrungsgemäss kurzen Lebensdauer des Ansteckungsstoffes sich die Desinfektion nach

Erlöschen der Krankheit auf gründliche Reinigung und Lüftung der Wohnung beschränken.

Anders als bei Diphtherie, Scharlach und Masern liegen die Verhältnisse bei Keuchhusten schon dadurch, dass diese Kranken absichtlich den Badeort zu ihrer Heilung aufsuchen und sich nicht auf die Wohnung beschränken, sondern sich so viel wie möglich im Freien aufhalten. Da Kinder meist ausserordentlich leicht sich aneinander anschliessen und das frische, frohe Badeleben dazu noch ganz besonders anregt, so bilden Keuchhustenkranke eine ganz besondere Gefahr für gesunde Kinder und durch ihre von Lufthunger, Erstickungserscheinungen und Erbrechen begleiteten Anfälle eine ausserordentliche Belästigung des Publikums. Sie sind eine wahre Crux der Badeverwaltungen, die immer wieder von Wohnungsvermiethern, Badegästen und nicht zum wenigsten von den Angehörigen der Keuchhustenkranken selbst, die sich inmitten des heiteren Badelebens wie Verfehmte behandelt sehen, um Hülfe und Schutz angegangen werden. Kein Wunder, dass in den oben erwähnten Fragebogen einige Badeverwaltungen die Absicht aussprachen, in Zukunft den Keuchhustenkranken die Aufnahme in ihrem Badeort zu verweigern, ein Vorhaben, das mir weder rechtlich, noch moralisch für einen Bade- und Kurort zulässig erscheint. Hier muss also vor Allem ein modus vivendi gefunden werden. Geht man von der landläufigen, durch die Praxis oft bestätigten Voraussetzung aus, dass die Ansteckung an Keuchhusten fast ausnahmslos durch direkte Berührung, durch Ueberpflanzung kleinster, beim Athmen, Sprechen, Husten von der Exspirationsluft mitgerissener Speicheltheilchen vom Kranken auf den Gesunden zu erfolgen pflegt und dass den im Auswurf oder Erbrochenen nach aussen beförderten Infektionsträgern nur eine ganz ausserordentlich kurze Lebensdauer und Giftwirkung zukommt, so muss eine Gesunde und Kranke völlig befriedigende Ordnung und Sicherheit erzielt werden, wenn man verlangt, dass Keuchhustenkranke nur Wohnungen mit völlig gesondertem Ein- und Ausgang zu wählem haben, dass sie sich in stetere Bgleitung einer erwachsenen Person befinden, die dafür zu sorgen hat, dass keinerlei Annäherung an andere Kinder stattfindet, dass sie sich von jeder Menschenansammlung fernzuhalten und dass sie am Strande die gemeinsamen Spielplätze zu meiden und die ihnen gesondert angewiesenen aufzusuchen haben.

Noch erübrigt es, kurz einige gelegentlich einmal in Badeorten vorkommenden Infektionskrankheiten zu erwähnen. Rechnet man beim Unterleibstyphus mit einer 14tägigen Inkubationszeit, so kann die Krankheit sogar ausnahmsweise recht beträchtlicher Ferne nach dem Badeort transportirt werden. Hier wie bei einem etwa sporadisch mal auftretenden Ruhrfalle halte ich es jedoch für überflüssig, bestimmte Massregeln zur Vorbeugung einer Weiterverbreitung vorzuschlagen, da dieselben mehr Unruhe erzeugen, als Vortheil schaffen dürften, zumal es doch der behandelnde Arzt völlig in der Hand hat, durch sorgfältige Desinfektion von Harn und Stühlen jede weitere Infektion zu verhüten. Ein verhältniss-

mässig häufiger Gast in See- und Soolbädern ist noch die Tuberkulose; denn besonders im Anfangsstadium der Erkrankung pflegen Tuberkulöse diese Bäder zu ihrem Vortheil aufzusuchen. Da derartige Kranke sehr oft von den sie in der Heimath behandelnden Aerzten mit Verhaltungsmassregeln für den ganzen Badeaufenthalt versehen werden und also im Bade keine ärztliche Hülfe in Anspruch nehmen, so machen sie dadurch jede Kontrolle und jede Vorsichtsmassregel gegenüber den durch sie verpflanzten Infektionsträgern illusorisch. Es wird sich aber wohl kaum Jemand finden, der behaupten möchte, dass diese Bazillen, namentlich in Seebädern mit ihren ausgedehnten Wohnungsverhältnissen, mit ihren hellen, leuchtenden Farben, mit ihrer reinen, stets bewegten, mit Feuchtigkeit gesättigten ozonreichen Luft auch nur annähernd so günstige Lebens- und Infektionsbedingungen vorfinden, wie unter gewöhnlichen Verhältnissen in Stadt und Land, wo doch auch schon die Infektion eines hereditär nicht belasteten gesunden Menschen an Tuberkulose zu den Seltenheiten gehört. Kommt ausnahmsweise mal ein Fall von schwerer Tuberkulose mit massenhaftem Bazillenauswurf in's Seebad, so wird der in diesem Falle wohl stets zugezogene Arzt es nie an der Gewissenhaftigkeit fehlen lassen, den Patienten auf die durch ihn mögliche Gefährdung seiner Mitmenschen aufmerksam zu machen und eine Desinfektion der betreffenden Wohnung nöthigenfalls auf Kosten der Badeverwaltung durchsetzen.

Es sind jetzt drei Jahre verflossen seitdem die Eingangs aufgestellten sanitätspolizeilichen Forderungen von sämmtlichen Badeverwaltungen des Verbandes „Pommerscher Ostseebäder" anerkannt und angenommen sind. Als ein Zeichen ihrer Zweckmässigkeit und Durchführbarkeit dürfte es wohl angesehen werden, dass sie im Herbst 1900 von dem erweiterten allgemeinen Verband „Deutscher Ostseebäder", in welchen der Verband „Pommerscher Ostseebäder" aufging, unverändert übernommen wurden. Der bisherige Erfolg lässt sich natürlich nicht in nackten Zahlen wiedergeben, besonders nicht der moralische, begründet durch das Gefühl erhöhter Sicherheit. Die Badeverwaltungen haben die ihnen in Konsequenz der Annahme dieser Forderungen erwachsenden Verpflichtungen mehr oder weniger vollständig erfüllt. In jeder Badeliste wird der Badegast zur Beachtung der im Abdruck jedes Mal wiederholten sanitätspolizeilichen Vorschriften aufgefordert. Zweckmässige Desinfektionsgeräthschaften und Krankentransportwagen sind überall vorhanden. Nur an einen Punkt und leider an einen der allerwichtigsten geht die Opferfreudigkeit mancher Verwaltungen recht zaghaft heran: Die Bereitstellung geeigneter Isolirräume lässt noch mehrfach sehr zu wünschen übrig. Selbst Bäder, deren Besuchsziffer eine genügende Leistungsfähigkeit nach dieser Richtung voraussetzen lässt, begnügen sich noch oft mit so primitiv eingerichteten und verwalteten Isolirräumen, dass der Badegast vorkommenden Falls ihnen kaum seine Dienstboten, geschweige denn seine Angehörigen anvertrauen wird. Hierin ist es Sache des mit den gesundheitlichen Verhältnissen

seines Amtsbezirks und mit der Leistungsfähigkeit der Badeorte vertrauten zuständigen Medizinalbeamten, durch zielbewusstes Vorgehen Remedur zu schaffen, auch erforderlichen Falls mit Hülfe der Aufsichtsinstanz, wenn sich die Badeverwaltungen auch seinen Anregungen gegenüber ablehnend verhalten sollten.

Schliesslich möchte ich nicht unterlassen, noch einige Schwierigkeiten zu erwähnen, die sich bisher der Durchführung einzelner Massnahmen von Seiten der Badegäste entgegengestellt haben. Nirgends fand sich meines Wissens Widerstand gegen die ausgedehnte Anzeigepflicht; hat sie doch für den Gast einmal die beruhigende Gewissheit, dass dadurch jedes Vertuschungssystem unmöglich ist, anderseits versetzt sie ihn in die Lage, sich über etwa umlaufende Gerüchte jeder Zeit bei der stets gut informirten Badeverwaltung unterrichten zu können. Desgleichen konnte ich mich wiederholt davon überzeugen, dass sich bei verständigem Vorgehen eine „zwangsweise" Ueberführung des Kranken in's Krankenhaus stets erübrigt; natürlich musste man die Umgebung des Kranken überzeugen, dass eine Verbringung in's Krankenhaus ebenso sehr in dessen eigenem Interesse, wie in dem der anderen Hausbewohner liege, und dass das betreffende Krankenhaus eine gut gelegene und verwaltete, allen hygienischen Anforderungen entsprechende Anstalt sei. Ebenso fanden die Bestimmungen über Keuchhusten bei den meisten der davon betroffenen Familien Beifall und willige Befolgung; war doch dadurch erst für Keuchhustenkranke die Möglichkeit geschaffen, sich innerhalb der gezogenen Grenzen unbelästigt im Bade zu bewegen. Freilich kamen auch Ausnahmen vor. Aus Unkenntniss der bestehenden Bestimmungen oder aus Opposition wurden ungeeignete Wohnungen gewählt oder die Angehörigen weigerten sich, mit den Kindern die eigens reservirten Spielplätze aufzusuchen, und mischten sich in den dichtesten Trubel des Strandlebens. Diese Erscheinungen dürften in Zukunft immer mehr verschwinden, wenn der Hausarzt, der die betreffenden Kranken wegschickt, auf die bestehenden Bestimmungen aufmerksam macht und deren genaue Befolgung zur Vermeidung vieler Aergernisse und unter Umständen grosser Geldverluste empfiehlt; denn es dürfte keinem Zweifel unterliegen, dass der Miether dem Hauswirth für vermeidbaren Schaden, den er ihm zufügt, haftbar ist, im konkreten Falle also für den Verlust an Miethe, der dem Vermiether durch Ausziehen derjenigen Miether erwächst, die sich durch zuziehende Keuchhustenkranke bedroht fühlen. Zur Vermeidung derartiger für beide Theile gleich hässlicher Situationen wirkt am besten eine vom Hauswirth dem Miether beim Abschluss des Miethsvertrages abgeforderte schriftliche Erklärung, worin er sich verpflichtet, sich den bestehenden sanitätspolizeilichen Vorschriften zu unterwerfen und nicht ohne Vorwissen des Wirthes Keuchhusten in's Haus zu bringen.

Die Ausserachtlassung der übrigen zum Schutze und zur Sicherung des Publikums gegen Infektion getroffenen Bestimmungen ist nach meiner Meinung die Polizeiverwaltung ebenso befugt mit

Strafen zu ahnden, wie sie Verstösse gegen andere zur Sicherheit der Badegäste nöthige Verordnungen, wie z. B. Fahrvorschriften in belebten Strassen, mit Strafen zu belegen berechtigt ist. Es dürfte somit nach jeder Richtung hin möglich sein, die erforderlichen sanitätspolizeilichen Bestimmungen auch zur Durchführung zu bringen.

Grosshandel mit Arzneimitteln.

Von Dr. Biberfeld-Hamburg.

Bekanntlich befreit die Kaiserliche Verordnung vom 27. Januar 1890 den Grosshandel mit Arzneimitteln von den in ihren §§. 1 und 2 vorgesehenen Beschränkungen, sie sagt aber nicht, was als Grosshandel in ihrem Sinne aufzufasseu sei; die Entscheidung über diese Frage ist somit vom Richter zu treffen, und zwar kann sie auch hier nicht allgemein, also für alle Fälle gleichmässig lauten, vielmehr muss von Fall zu Fall untersucht werden, ob nach Lage der Sache ein Grosshandel anzunehmen sei oder nicht. Zu dieser Frage äussert sich nun in sehr beachtenswerther Weise das Kammergericht zu Berlin in einem Urtheile vom 2. November 1901 etwa folgendermassen: Der Vorderrichter hat sich auf die Erklärung beschränkt, ein Verkauf von Harzer Gebirgsthee für sechs oder zehn Mark sei ein „Kleinhandel", kein Grosshandel. Das ist in dieser Allgemeinheit unzutreffend; ein Grosshandel mit Arzneien ist begrifflich ein Handel zwischen dem Verkäufer und den Zwischenhändler, nicht aber zwischen dem Verkäufer und dem Konsumenten und zwar mit grösseren, d. h. mit solchen Quantitäten, welche von dem Konsumenten zur Befriedigung eines augenblicklichen Bedürfnisses nicht verlangt zu werden pflegen. Bei der Prüfung, ob das gelieferte Quantum als ein grosses zu erachten sei, müssen alle Besonderheiten, die in dem betreffenden Waarenzweige bestehen, die Gesammtverhältsisse des Verkäufers (z. B. die Ausdehnung des Absatzes über ein grösseres Gebiet, Berechnung der Preise als Engros- oder Endétailpreis, das Halten eines Ladens) und die sonstigen Umstände des Falles in Erwägung gezogen werden. Auf diesem Standpunkte steht die gesammte bisherige Rechtsprechung der Gerichte höherer Ordnung, sie legt durchgehends Gewicht auf den Umstand, dass an Zwischenhändlern, nicht an Konsumenten verkauft ist, überall wird aber auch hervorgehoben, dass die Frage, ob eine grössere Waarenmenge vorliege oder nicht, mit Rücksicht auf die Beschaffenheit des Falles und der Waare stets besonders zu prüfen sei. So haben z. B. gleichmässig das Oberlandesgericht zu Frankfurt a. M. schon unter dem 16. März 1892 und das Oberlandesgericht zu Marienwerder, letzteres ganz neuerdings unter dem 3. Oktober 1901, es gebilligt, dass der Verkauf eines Quantums von 1 kg Brustthee und von 150 g Jodkalium als ein solcher Grosshandel von den betreffenden Untergerichten angesehen worden ist.

Das vorstehende Erkenntniss neigt somit der Ansicht zu, dass es bei der Anwendung der massgebenden Gesetzesstellen,

also bei der Entscheidung darüber, ob Grosshandel oder Kleinhandel vorliege, nicht sowohl auf das umgesetzte Quantum an sich ankommt, als vielmehr auf den Zweck, den der Käufer mit der Anschaffung der Waare verfolgt. Grosshandel ist demnach gleichbedeutend mit dem Ankaufe zum Zwecke der Weiterveräusserung, während unter Kleinhandel ein solcher Kauf zu verstehen ist, bei welchem der Erwerber von der Absicht geleitet wird, die Waare für sich selbst bezw. für seine Angehörigen oder sonst einem bestimmten Personenkreise, zu dem er in einer gewissen Verbindung steht, zu gebrauchen und zu verbrauchen. Wenn demnach irgend ein Zwischenhändler, um aus einer vorübergehenden Verlegenheit sich zu befreien, nur einer ganz kleinen Waarenmenge bedarf, so wird trotzdem, wenn er diese ankauft, noch von einem Grosshandel gesprochen werden können, während anderseits ein Kleinhandel auch dann in Frage steht, wenn der Konsument, um sich auch für eine längere Zeit zu versorgen, gleich auf einmal einen grösseren Posten eines bestimmten Arzneimittels kauft. Diese Auffassung entspricht offenbar auch dem Willen des Gesetzgebers und dem Zwecke, den die massgebende Verordnung verfolgt. Man wird aber wiederum doch nicht so weit gehen dürfen, die Quantität ganz und gar ausser Acht zu lassen; denn gerade sie giebt in der Regel dem Verkäufer den geeigneten Anhaltspunkt dafür, um zu erkennen, ob er es mit einem Zwischenhändler oder mit dem unmittelbaren Konsumenten zu thun habe. Ausserdem aber muss natürlich entscheidend sein die Beschaffenheit des betreffenden Arzneimittels; denn gewisse Arzneien können ihrer ganzen Beschaffenheit nach nur in grösseren Mengen auf einmal verwendet werden, um als Heilmittel zu wirken, während von anderen, wie man weiss, schon eine winzige Dosis ausreicht. Das ist auch in den oben angeführten Entscheidungen zum Ausdrucke gekommen, indem dort schon ein Quantum von 150 g Jodkalium als dem Grosshandel angehörig erachtet wurde.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber die Frühsymptome der progressiven Paralyse. Von Prof. Dr. E. E. Moracsik-Budapest. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 58. Bd., 5. H.

Verfasser ist mit Mendel der Ansicht, dass die sogen. klassische Form der Paralyse in letzter Zeit immer seltener wird, während die Zahl der mit Demenz verlaufenden Fälle an Häufigkeit zunimmt. Gleichzeitig macht sich eine Zunahme von Fällen bemerkbar, die durch ihre wenig charakteristischen Symptome, ihre Aehnlichkeit mit anderen Psychosen, besonders der Paranoia, der frühen Diagnose mancherlei Schwierigkeit machen. Ein weiteres bemerkenswerthes Symptom dieser Wandlung im Krankheitsbild der Paralyse ist die Häufigkeit und Intensität der Remissionen, die nicht allzu selten eine schlechte Prognose lange Zeit Lügen strafen. Die ersten Anfänge der Krankheit zu erkennen, ist in manchen Fällen überaus schwierig. Nicht selten ist eine scheinbare Neurasthenie das Anfangssymptom, während noch alle motorisch-nervösen Störungen fehlen oder in wenig ausgesprochener oder einwandfreier Form vorhanden sind. In vielen Fällen wird der erfahrene Beobachter von dem lang-

samen Rückgang der geistigen Fähigkeiten auf den Beginn der Affektion schliessen können. Vorzüglich ist auf leichte Ermüdbarkeit bei sonst gewohnter Arbeit, Kopfdruck, Druck in den Augäpfeln, besonders aber auf eine gewisse Schwerfälligkeit in der Reproduktion zu achten, bekannter ist die eigenthümliche Vergesslichkeit in alltäglichen Dingen. Daneben macht sich schon früh im Charakter des Kranken eine vermehrte Beeinflussbarkeit und Labilität der Stimmung geltend, die zwischen Reizbarkeit und Sentimentalität hin und her schwankt. Mehrfach beobachtete Verfasser längere Zeit vor Manifestwerden der Krankheit paranoische Wahnideen, in erster Linie Eifersuchtswahn. Unter den körperlichen Frühsymptomen stehen Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Intoleranz gegen Alkohol, ferner Verdauungsstörungen in erster Linie. Epileptiforme oder apoplektiforme Anfälle können ebenfalls dem Ausbruch der Psychose längere Zeit vorangehen, deuten jedoch bereits auf fortgeschrittene Veränderungen an den Hirngefässen. Dr. Pollitz-Münster.

Ueber transitorische postepileptische Geistesstörungen. Von Dr. Kellner-Hamburg-Eppendorf. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 58. Band, 5. Heft.

K. hat ein Material von etwa 137 Fällen genuiner Epilepsie hinsichtlich der Form und Häufigkeit psychischer postepileptischer Störungen untersucht. Er unterscheidet dabei 4 Klassen: 1. geistig normale Epileptiker, 2. leicht Imbezille, 3. vollkommen Demente, 4. Idiotische. In den drei ersten Klassen schwankte die Häufigkeit der transitorischen Anfälle zwischen 85—75 %. Bei den als geistig normal bezeichneten Fällen traten im Allgemeinen sehr milde Anfälle auf, in Form von Verwirrtheitszuständen von oft zweitägiger Dauer, oder ängstlicher Unruhe; Delirien wurden nur ein Mal beobachtet. Bei den imbezillen Epileptikern fanden sich neben den vorher erwähnten Störungen Angstdelirien und hochgradiger Stupor, ferner Anfälle halluzinatorischer Erregung. In einem Falle wurde ein etwa 4 Tage dauernder Angstanfall beobachtet, in dem die Kranke die traurigen Ereignisse früherer Zeiten mit grosser Genauigkeit reproduzirte. Ein anderer Epileptiker von 16 Jahren bot im postepileptischen Zustande ein reines Bild des Delirium tremens. Viel schwerer zeigen sich die psychischen Störungen bei den dementen Epileptikern; hier wurden schwere Tobsuchtsanfälle im Anschluss an die Krämpfe, ängstliche Erregung mit Neigung zu gewaltthätigen Akten beobachtet. Mehrfach kam es zu furibunden Delirien, hervorgerufen durch schreckhafte Halluzinationen. Dämmerzustände von fast komatösem Charakter sind ebenso wie tagelang dauernde Sprachstörungen und Amnesie nicht selten. Von der Gruppe der idiotischen Epileptiker bieten 25 von 49 ähnliche postepileptische psychische Störungen, wie die vorige Gruppe: Verwirrtheit, Angst und ängstliche Delirien mit Bedrohung der Umgebung sind vorzugsweise zu beobachten. Die K.'sche Zusammenstellung lässt den Schluss zu, dass die Stärke der psychischen Störungen nach epileptischen Anfällen in einer gewissen Abhängigkeit steht von dem psychischen Gesammtzustand, wie er sich in dem Erhaltenbleiben der Intelligenz feststellen lässt. Dr. Pollitz-Münster.

Nervenerkrankungen und Schwangerschaft. Von Dr. Liugi-Mongeri-Konstantinopel. Zeitschrift für Psychiatrie; 58. Bd., 5. H.

Der Verfasser kommt auf Grund längerer Beobachtung zu dem allerdings nicht ganz neuen Ergebniss, dass die Schwangerschaft keine für sie charakteristische Psychosen bezw. Neurosen auszulösen vermag. Der Verlauf der Geistesstörungen gestaltet sich nach Ansicht des Autors günstiger bei nicht belasteten Kranken, als bei hereditär Veranlagten und Degenerirten. Bestehende Geistesstörung wird verschlimmert, ebenso sind bereits früher Erkrankte hochgradig gefährdet und daher von der Eingehung einer Ehe abzuhalten. Dagegen wirkt bei manchen Formen leichter Hysterie die Ehe durchaus günstig, so dass Verfasser kein Bedenken trägt, solchen Personen die Ehe anzurathen. Die Schwangerschaft an sich ruft keine Hysterie hervor, dagegen erleidet der Charakter der schwangeren Frau nicht selten Veränderungen von pathologischer Bedeutung. Dr. Pollitz-Münster.

Ueber die Wechselbeziehungen der körperlichen und psychischen Störungen bei Hysterie. Von Dr. Paul Tesdorpf, prakt. Arzt u. Spezialarzt für psychische und Nervenleiden in München. Münchener med. Wochenschrift; 1902, Nr. 2.

Es können bekanntlich sowohl körperliche, als psychische Störungen im Vordergrunde des hysterischen Krankheitsbildes stehen; deshalb wurde die Hysterie bisher bald als eine vorwiegend nervöse, bald als eine vorwiegend psychische Krankheitsform aufgefasst.

Während nun durch mehrere Forscher (Janet, Breuer, Freund etc.) die bei Hysterischen zu Tage tretenden Symptome, gleichviel ob dieselben sich hauptsächlich auf körperlichem oder psychischem Gebiete äussern, vorwiegend oder sogar ausschliesslich als von letzterem, d. i. vom psychischen Gebiete ausgehend hingestellt wurden (psychologische Methode), giebt es eine andere Betrachtungsweise, welche dahin führt, dass umgekehrt ein grosser Theil der psychischen abnormen Vorgänge bei Hysterischen von Vorgängen, die nicht im Hirn, sondern im übrigen Körper ihren Sitz haben, den Ausgang nehmen können.

Diese Betrachtungsweise, welche Verfasser seit Jahren anwendet, geht darauf aus, in jedem einzelnen Falle möglichst erschöpfend die Wechselbeziehungen, die zwischen den jeweils vorhandenen psychischen und körperlichen Störungen bestehen, klar zu legen.

Die Ergebnisse dieser Methode dürften nicht nur medizinisches, sondern auch psychologisches Interesse beanspruchen und geeignet sein, auch die beim normalen Menschen bestehenden Wechselbeziehungen zwischen körperlichen und psychischen Vorgängen in ein helleres Licht bringen.

Verfasser entwirft in knappen Umrissen ein Bild des hysterischen Krankheitszustandes und giebt Aufschluss über die in Betreff der Entstehungsweise desselben bisher gewonnenen Erkenntniss.

In allen Fällen, in denen Verfasser in letzterer Richtung, d. h. in Bezug auf die Erkenntniss der Ursachen, welche den Ausbruch einer Hysterie im Einzelfalle herbeiführen, Anhaltspunkte gewinnen konnte, handelte es sich um ein einmaliges oder wiederholtes, mit lebhafter psychischer oder körperlicher Erschütterung einhergehendes Vorkommniss und um das Unvermögen des betroffenen Individuums, die erlittene psychische bezw. körperliche Erschütterung alsbald oder im Laufe der folgenden Zeit auszugleichen.

Dementsprechend waren es einerseits äussere Unglücksfälle (Sturz, Zusammenprall), anderseits lebhafte unerwartete psychische Eindrücke, wie z. B. Schreck, Enttäuschung etc., welche zu Ausbruch der Hysterie führten.

Verfasser gelangte in seinen Studien über Hysterie und hysterische Kranke zu der Ueberzeugung, dass es sich bei den im Anschluss an körperliche und psychische Erschütterungen eingetretenen hysterischen Störungen wesentlich um Dissoziationsvorgänge handle, d. i. einerseits um quantitative Störungen des zum normalen Ablauf unserer körperlichen und psychischen Funktionen nothwendigen nervösen Assoziationen zwischen den verschiedenen Organen und Systemen, anderseits um eine qualitative Assoziationsstörung, nämlich um Etablirung einer Selbstständigkeit der verschiedenen Organe und Systeme in Bezug auf ihre nervöse Beeinflussung des gesammten Körpers wie der einzelnen Körpertheile.

Das regellose Bild der Hysterie, d. h. der Wechsel, sowie die Mannigfaltigkeit der neben einander bestehenden Krankheitserscheinungen, welche sich bald in Störungen der Stimmung, der Vorstellungen, der Willensäusserungen, in Störungen des Gedächtnisses und der Apperzeption, sowie in Charakteranomalien äussern, bald in krankhaften körperlichen Veränderungen, z. B. Lähmungen, Krämpfen, Anästhesien, Hyperästhesien, krankhaft verringerter und gesteigerter Thätigkeit der verschiedenen Drüsenapparate zu Tage treten, sind unserem Verständnisse näher gebracht, wenn wir annehmen, dass die betroffenen Organe und Funktionen durch die erlittene psychische oder körperliche Erschütterung, welche zur Hysterie führte, in Bezug auf ihren nervösen Zusammenhang eine Lockerung erfahren haben, sowie eine Selbstständigkeit und Unabhängigkeit erlangten, wie diese beim normalen Menschen nicht zu finden ist.

Diese Auffassung des Wesens des hysterischen Krankheitszustandes, wonach es sich bei der Hysterie nicht nur um einen psychischen bezw. im Hirn lokalisirten, sondern auch um einen ausserhalb des Hirns bestehenden körper-

lichen Dissoziationsprozess handelt, erfährt eine weitgehende Begründung und Erläuterung, wenn man die Wechselbeziehungen zwischen den bei Hysterie vorkommenden peripherkörperlichen und zentralpsychischen Störungen ins Auge fasst.

Ohne im Rahmen eines Referats näher auf die Gründe des Verfassers eingehen zu können, verweise ich auf die höchst interessanten weiteren Ausführungen im Original und führe zum Schlusse nur noch kurz an, dass, wenn wir auf Grund der in der Arbeit des Verfassers über die Wechselbeziehungen der körperlichen und psychischen Störungen bei Hysterie gewonnenen Erkenntniss daran festhalten, dass die körperlichen Störungen der Hysterischen nicht ausschliesslich von psychischen Zuständen abhängen, wie gegenwärtig vielfach angenommen wird, sondern dass dieselben ihrerseits vielfach das psychische Leben der Hysterischen bestimmen, voraussichtlich auch die Behandlung der Hysterie eine dankbarere werden und sich nicht nur auf psychische, sondern auch auf örtliche körperliche Behandlungsmethoden ausdehnen wird.

Dr. Waibel-Kempten.

Ehescheidung bei induzirtem Irresein. Nach einem Gutachten erläutert von Dr. Ernst Kalmus. Aus der Staats-Irrenanstalt zu Lübeck. Archiv für Psychiatrie; 1901, 35. Bd., 1. H.

In dem vorliegenden Falle, der unter der Bezeichnung folie à deux bereits litterarisch verwerthet worden ist (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, Bd. XIV, I), leiden beide Ehegatten an einer mit Halluzinationen und Verfolgungswahnideen verlaufenden Paranoia; die Beeinflussung des gesunden Ehegatten ging von der zuerst erkrankten Ehefrau aus. Eine Trennung beider führte zur Wiederherstellung des Ehemannes. Im Interesse seiner Gesundheit erschien eine Scheidung der Ehe nothwendig. Verfasser erörtert mit Rücksicht auf diesen Fall die einzelnen Begriffe des §. 1569 des B. G. B. und ihre Anwendbarkeit. Es zeigt sich auch hier, dass am schwierigsten die Frage nach Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft zu beantworten ist. Während auf der einen Seite zwar das Bewusstsein und der Wille vorhanden ist, die ehelichen Interessen zu fördern (Lenel), fehlt auf der anderen Seite der dauernd internirten Kranken die Fähigkeit zur Bethätigung der letzteren. Aber auch die Nothwendigkeit dauernder Internirung schliesst die eheliche Gemeinschaft nicht aus. Im vorliegenden Falle wird jedoch der gesunde Ehegatte durch jede Beziehung zu seiner kranken Ehefrau der Gefahr einer erneuten Erkrankung ausgesetzt. Die Rücksicht auf den gesunden Theil lässt daher die Scheidung der Ehe nothwendig erscheinen.

Dieser ärztlichen Auffassung schloss sich der Richter vollkommen an.

Dr. Pollitz-Münster.

Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten. Von Prof. Dr. A. Hoche. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Halle a. S. bei Marhold, 1902. Preis: 1 Mark.

Die Abhandlung richtet sich, wie auch die Ueberschrift sagt, in erster Linie an den zu psychiatrischen Gutachten herangezogenen praktischen Arzt, aber auch der Sachkundige wird aus H.'s Darstellung mancherlei Anregung entnehmen. Verfasser geht nach einer kurzen Einleitung von einer Definition der im §. 51 des St. G. B. niedergelegten Begriffe aus und zeigt, welche Formen geistiger Störung als krankhafte Störung der Geistesthätigkeit oder als Bewusstlosigkeit zu bezeichnen sind. Sehr viel schwieriger ist die Beurtheilung derjenigen Zustände, die man als Grenzformen bezeichnet und deren Beurtheilung ohne längere Anstaltsbeobachtung meist nicht möglich ist. Hier ist es Pflicht des Arztes, diese eingehende Beobachtung anzuregen. Es handelt sich um Fälle leichten Schwachsinns, Zustände der Degeneration, Fälle von Epilepsie, Hysterie, psychische Störungen nach Traumen u. a. m. Sehr wichtig ist es für den als Sachverständigen geladenen Arzt, nicht nur seine Pflichten, sondern auch seine Rechte vor Gericht zu kennen. Eine besondere Besprechung widmet Verfasser schliesslich der Abfassung des motivirten Gutachtens, das klar und deutlich für den Laien sein soll. Insbesondere räth er mit Recht, dem Gutachten keinen wissenschaftlichen Ballast oder litterarische Zitate aufzuladen. Auch die

Schlussbemerkung, dass rednerisch schlecht Begabte sich möglichst von gerichtsärztlicher Thätigkeit fernhalten mögen, um nicht sich und ihren Beruf durch Ungeschicklichkeit vor Gericht zu blamiren, sollte sich jeder Arzt besonders einprägen. Dr. Pollitz-Münster.

Ueber öffentliche Trinkerfürsorge. Von Dr. Schäfer-Lengerich. Vortrag, gehalten im psychiatrischen Verein zu Berlin am 22. Juni 1901. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 58. Bd., 5. H.

Nach dem B. G. B. wird nicht nur bei Geisteskrankheit und Geistesschwäche, sondern auch bei Trunksucht die Entmündigung zugelassen. Verfasser stellt nun seinerseits die These auf, dass die Trunksucht eine Geistesstörung sei, und sucht dies durch Anführung der verschiedenen Formen alkoholistischer Störungen nachzuweisen. Der Umstand, dass man die Trunksucht meist als einen sittlichen Verfall statt als Krankheit angesehen hat, führte dazu, dass in erster Linie geistliche Kreise sich der Trunksüchtigen glaubten annehmen zu müssen und eine Heilung vom sittlichen Standpunkte anstrebten. Verfasser wirft sodann die Frage auf, ob der Trunksüchtige in einer Irrenanstalt internirt werden kann. Da der Vormund eines Entmündigten den Aufenthaltsort des letzteren zu bestimmen hat, so muss auch die Entmündigung wegen Trunksucht genügen, um eine vormundschaftlich angeordnete Anstaltsbehandlung zu rechtfertigen, zumal wenn die Anschauung Boden gewinnt, dass der Trinker ein Geisteskranker ist. Eine spezielle weitere Entmündigung wegen Geisteskrankheit bezw. -Schwäche erscheint dann nicht mehr erforderlich. Wird dieser Standpunkt jedoch nicht innegehalten, so kann allerdings die Aufnahme eines gemeingefährlichen Trinkers in Irrenanstalten nach Ansicht Sch.'s als unerlaubt erscheinen. Dass bei Feststellung der Trunksucht im Entmündigungsverfahren nicht die Heranziehung eines ärztlichen Sachverständigen vorgeschrieben ist, hält Sch. mit Recht für einen ernstlichen Nachtheil. Es kann somit leicht der Fall eintreten, dass ein entmündigter Trinker von seinem Vormund einer Irrenanstalt überwiesen wird, ohne dass ein ärztlicher Sachverständiger gehört worden ist. — Die Unterbringung Trunksüchtiger in speziellen Anstalten hat z. Z. noch grosse Schwierigkeit, da die insgesammt vorhandenen 34 Anstalten mit 540 Plätzen in Deutschland kaum dem Bedürfniss einer grösseren Provinz genügen dürften, dazu kommt, dass die meisten dieser Anstalten ohne ärztliche, sachgemässe Leitung, fast ausschliesslich auf den Zugang freiwillig sich meldender Trinker angewiesen sind. Hier haben nach dem Gesetz vom 11. Juli 1891 die Provinzialverbände einzutreten. Zum Schluss seines Vortrages verlangt Sch. ein Trinkergesetz, das eine zwangsweise Internirung des Trunksüchtigen auch ohne vorherige Entmündigung rechtlich zulässt.

In der Diskussion über den oben kurz resumirten Vortrag wurde von verschiedenen Rednern darauf hingewiesen, dass die These „die Trunksucht ist eine Geisteskrankheit" sowohl theoretisch, wie praktisch zu grossen Bedenken Anlass gäbe. Ferner wurde eine Entscheidung des sächsischen Justisministers zur Kenntniss gebracht, nach der ein Trinker nach seiner Entmündigung auch gegen seinen Willen in einer Trinkerheilanstalt zurückgehalten werden kann, so lange die Ermächtigung seitens des Vormundes besteht. Im Uebrigen zeigte die Debatte, dass noch manche Fragen ungeklärt sind und dass sowohl bei Behörden, wie beim Publikum die neuen Bestimmungen noch wenig Boden gefasst haben. Dr. Pollitz-Münster.

Ueber die ärztliche Behandlung der Trunksucht. Von J. Wahlschmidt-Charlottenburg. Die Therapie der Gegenwart; 12. H., Dez. 1901.

In der neueren Zeit hat sich in der Medizin eine Bewegung geltend gemacht, die dahin geht, für bestimmte Krankheiten, die eine besondere Behandlungsweise erfordern, die Errichtung eigener Heilstätten anzustreben. Auch für die Trunksüchtigen lässt sich, wie wohl allgemein anerkannt wird, die allein zweckmässige Behandlung, nämlich die absolute Enthaltsamkeit von allen alkoholhaltigen Getränken, nur in besonderen Anstalten durchführen. W. giebt, um die Häufigkeit des Alkoholismus in Preussen zu illustriren, eine bemerkenswerthe Zusammenstellung der Fälle, welche nach den ihm vom Preussischen statistischen Bureau zur Verfügung gestellten Zählkarten im Jahre 1899 in die Krankenhäuser und in die Irrenanstalten Preussens gelangten.

Darnach wurden nicht weniger als 21 361 Alkoholisten aufgenommen. Von diesen 21 361 Personen litten 8826 und zwar 3564 Männer und 148 Frauen an Delirium tremens, 381 Männer und 59 Frauen an Rausch, 4148 Männer und 526 Frauen an Alkoholismus chron., Herz- und Leberaffektionen sind auffallender Weise nur in geringer Zahl (250 und 255 bei 21 361!) festgestellt, W. vermuthet wohl mit Recht, dass die Untersuchungen der Alkoholisten oft nur flüchtig vorgenommen werden. Auch die häufige Diagnose „Rheumatismus" (1023 Fälle) bei den Alkoholikern erweckt Bedenken, es dürften unter diesen Fällen sich manche Neuritiden verbergen.

Ein Mittel, einen Trunksüchtigen gegen seinen Willen in einer Anstalt zu halten, ist zur Zeit erst dann gegeben, wenn der Trinker auf Grund des §. 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches entmündigt worden ist (§§. 1800 und 1631 des Bürgerlichen Gesetzbuches).

W. tritt aber dafür ein, dass vorerst der Richter recht häufig von seinem Rechte, den Entmündigungsbeschluss dem §. 681 der Zivil-Prozessordnung gemäss hinauszuschieben, Gebrauch macht, „wenn Aussicht besteht, dass der zu Entmündigende sich bessern werde", und dass man grundsätzlich einen Alkoholisten ohne einen mindestens sechsmonatlichen, erfolglosen Aufenthalt in einer Trinkerheilstätte niemals entmündigen sollte. Anderseits ist aber auch anzustreben, dass ohne viel Umschweife der Trunksüchtige wider seinen Willen und, ohne das immer etwas langwierige Entmündigungsverfahren abzuwarten, in eine Trinkerheilanstalt auf Grund eines amtsärztlichen Zeugnisses verbracht werden kann. Eine Folgerung dieser Forderungen wäre, dass bei der öffentlichen Bekämpfung der Trunksucht überhaupt die Mitwirkung der beamteten Aerzte möglichst stets herangezogen werde.

Was die Trinkerheilanstalten anlangt, so glaubt W. kleinen Anstalten, die über 50 Krankenbetten nicht enthalten, den Vorzug geben zu müssen, da der Trinker einer ganz individuellen Behandlung bedarf. Schliesslich erhebt W. noch die Forderung, dass, um die ganze Trinkerfürsorge zu regeln und die Leitung und Handhabung der in Frage kommenden Anstalten einheitlich zu ordnen, das staatliche Interesse zu erwecken und von Staatswegen eine Kommission einzusetzen sei, welche die Alkoholfrage bearbeitet und die Trinkeranstalten, ihre Errichtung und ihre Leitung dauernd überwacht.

Dr. Brummund-Uelzen.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Gebärmuttervorfall und Betriebsunfall. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 24. September 1901.

Durch die Unfalluntersuchung, insbesondere durch die Bekundung der Zeuginnen in Verbindung mit den glaubhaften Angaben der Klägerin und mit den bei den Akten befindlichen ärztlichen Gutachten ist für erwiesen zu erachten, dass der Gebärmuttervorfall, an welchem die Klägerin leidet, durch den Betriebsvorgang vom 11. Januar 1900 entstanden ist. Die grosse Anstrengung, welche die Klägerin aufwendete, um den umkippenden aufwärts geschobenen Wagen vor dem Umstürzen zu behüten, indem sie mit gespreizten Beinen ihre ganze Körperwucht entgegenstemmte, war nach den übereinstimmenden ärztlichen Gutachten sehr wohl geeignet, die Gebärmuttersenkung zu verursachen. Die Klägerin hat auch sofort über die entstandenen Schmerzen geklagt, aber auf besonderes Drängen ihrer Mitarbeiterinnen noch eine Stunde lang gearbeitet; sodann hat sie die Arbeit unterbrechen müssen, und als sie nach einigen Tagen wieder eintrat, ist sie nur mit leichten Arbeiten beschäftigt worden. Dass sie den Unfall zunächst nicht der Betriebsleitung gemeldet hat, erscheint um so weniger auffallend, als sie auch dem Dr. M. aus Schamgefühl ihr Leiden zunächst verschwiegen hat. Da die Klägerin sonst kräftig, noch jung ist und vor dem 11. Januar 1900 noch nie geboren hatte, so fehlt es an jedem Anhaltspunkte für die Annahme, dass schon vor diesem Tage ein Gebärmutterleiden bei der Klägerin bestanden hat. Selbst wenn man aber auch dieser von den beiden anderen Aerzten für unwahrscheinlich erachteten Muthmassung des Dr. M. folgen wollte, so würden die Umstände doch zum Mindesten ergeben, dass durch die mit dem Betriebsvorgange vom 11. Januar 1900 verbunden gewesene

übermässige Anstrengung der Klägerin die Entwicklung ihres schon vorher in geringem Masse vorhanden gewesenen Leidens wesentlich beschleunigt und die frühere krankhafte Veranlagung durch diese Anstrengung plötzlich zu dem hochgradigen, seitdem bestehenden Vorfall der Gebärmutter und Scheide verschlimmert worden ist. Von dem Schiedsgericht ist daher mit Recht ein von der Beklagten zu entschädigender Betriebsunfall als Ursache der jetzigen Krankheit der Klägerin angenommen worden.

Unfall-Vers.-Praxis, 1901/1902, Nr. 4.

Die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges der Krankheit (Lungenentzündung) mit einem Betriebsunfall genügt nicht, um einen Rentenanspruch zu begründen. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 26. September 1901.

Zwar haben die vernommenen Zeugen bei ihrer gerichtlichen Vernehmung bekundet, dass der Verstorbene seine Schmerzen und Beschwerden ihnen gegenüber auf das Umkippen eines aussergewöhnlich schweren Wagens zurückgeführt habe, und der Bruder des Verstorbenen Jakob O. hat diesen Vorgang im Einzelnen geschildert. Wenn man aber berücksichtigt, dass die Zeugen bei ihrer im Juni 1900 erfolgten Vernehmung durch den Bergrevierbeamten von dieser Thatsache nichts erwähnt, vielmehr ausdrücklich hervorgehoben haben, von einem Unfalle des Verstorbenen wüssten sie nichts, und sich bereit erklärt haben, ihre Aussagen zu beschwören, und dass sie auch bei der dem 17. Januar 1900 zeitlich noch näher liegenden Befragung durch den Betriebsführer U. jede Kenntniss von einem Unfalle des Verstorbenen verneint haben, so erregt diese Verschiedenheit in den Angaben der Zeugen die grössten Bedenken und es ist nicht angängig, der gerichtlichen von dem Zeugen K. beschworenen Aussage ohne Weiteres eine derartige Beweiskraft beizulegen, dass durch sie allein der Beweis des Vorliegens eines Betriebsunfalles als erbracht angesehen werden könnte. Irgend ein anderer Anhalt für die Annahme eines Betriebsunfalls liegt nicht vor, namentlich ist dem behandelnden Arzt Dr. H. von Aeusserungen des Verstorbenen über die Ursache seiner Erkrankung nichts erinnerlich, ebenso wenig hat derselbe irgend welche Zeichen einer Verletzung vorgefunden. Aber selbst wenn man den Beweis eines Unfallereignisses in ausreichender Weise als geführt erachten wollte, scheiterte der Anspruch der Hinterbliebenen an dem Mangel des Nachweises des ursächlichen Zusammenhanges zwischen der tödtlichen Erkrankung und dem für dieselbe verantwortlich gemachten Vorgange. In dieser Beziehung verdienen die Wahrnehmungen des behandelnden Arztes Dr. H. eine erhebliche Beachtung. Sie gehen dahin, dass die Entstehung und der Verlauf der Krankheit ein so typisches Bild einer gewöhnlichen Lungenentzündung gegeben hätten, dass nach Auffassung des Arztes wohl mit Sicherheit ein Unfall ausgeschlossen werden könne. Wenn dem gegenüber der als Obergutachter gehörte Geheime Medizinalrath Professor Dr. F. in Berlin unter der Voraussetzung, dass der von den Zeugen Losmännern K. und O. erst bei ihrer gerichtlichen Vernehmung erwähnte Vorgang des Umkippens eines aussergewöhnlich schweren Wagens stattgefunden habe, zu dem Ergebniss gelangt, dass es nicht angehe, die tödtliche Krankheit ohne Weiteres ausser Zusammenhang mit der ungewöhnlich anstrengenden Berufsarbeit zu setzen, die entgegengesetzte Annahme vielmehr mindestens die gleiche Wahrscheinlichkeit für sich habe, so ist auch hiernach ein Beweis des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der tödtlichen Erkrankung und dem erwähnten Vorgange nicht als geführt anzusehen. Denn wenn auch das R. V. A. einen zwingenden Nachweis dieses ursächlichen Zusammenhanges nicht verlangt, weil ein solcher in vielen Fällen gar nicht geführt werden kann, so hat dasselbe in seiner Spruchübung doch verlangt, dass ein derartig überwiegender Grad der Wahrscheinlichkeit dieses ursächlichen Zusammenhanges vorhanden sein müsse, dass das Gericht bei seiner Beurtheilung die Ueberzeugung von demselben erlange. Im vorliegenden Falle bemerkt aber der Obergutachter, er könne über die Bejahung der Möglichkeit des gefragten Zusammenhanges nicht wesentlich hinausgehen, und es ist aus seinen Darlegungen zu entnehmen, dass auch nach seiner Auffassung wie nach derjenigen des Dr. H. die Entstehung und der Verlauf der Erkrankung keine von einer typischen, von jedem Unfalle unabhängigen Lungenentzündung abweichenden Merk-

male darbieten. Es liegt also in der That nicht mehr als die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs der Krankheit mit dem mehrerwähnten Betriebsvorgange vor, und diese Möglichkeit konnte zu einer den Ansprüchen der Kläger günstigen Beurtheilung nicht führen. Kompass; 1902; Nr. 2.

Verlust einer grossen Zehe verursacht keinen wirthschaftlich messbaren und nennenswerthen Schaden an der Erwerbsfähigkeit. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. September 1901.

Bei der Beantwortung der Frage, ob dem Kläger die ihm von dem R. V. A. durch Rekurs-Entscheidung vom 24. Februar 1900 zugesprochene Theilrente von 10 Proz. auf Grund des §. 88 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges. von der Beklagten durch den angefochtenen Bescheid mit Recht entzogen worden ist, muss von derjenigen Auslegung jener Rekurs-Entscheidung ausgegangen werden, welche in der Rekursschrift im Gegensatz zu der Auffassung des Schiedsgerichts vertreten wird. Wie der Wortlaut jenes Urtheils des R. V. A. ergiebt, ist damals die Erwerbsfähigkeit des Klägers „noch nicht" als völlig wiederhergestellt angesehen und die 10proz. Rente „noch" für gerechtfertigt erachtet worden. Der Rekurssenat ging augenscheinlich damals von der, jetzt durch das eingeholte Obergutachten als richtig bestätigten Annahme aus, dass der Verlust einer grossen Zehe, wenn er auch nicht an sich schon — bei normaler Verheilung der Trennungsstelle — für einen Arbeiter gewöhnlicher Art, wie es der Kläger ist, einen nennenswerthen und wirthschaftlich messbaren Schaden an der Erwerbsfähigkeit bedinge, doch in der ersten Zeit nach dem Abschlusse des Heilverfahrens eine solche Schädigung thatsächlich verursache, so lange nämlich noch nicht völlige Gewöhnung an den veränderten Zustand des Fusses und Abhärtung der Narbe eingetreten ist. War hiernach die Bewilligung der Rente von 10 Proz. im vorliegenden Fall im Februar 1900, also etwa 2 Jahre nach dem Betriebsunfall, für die Zeit vom 1. August 1899 ab bis auf Weiteres sehr wohl gerechtfertigt, so kann dies im Oktober 1900, als durch die erneute ärztliche Untersuchung im Krankenhause Bergmannsheil in Bochum der Eintritt völliger Angewöhnung festgestellt worden war, nicht mehr gelten und es muss die durch den angefochtenen Bescheid ausgesprochene Entziehung dieser Rente als begründet anerkannt werden. Das Auftreten von Schmerzen bei Witterungswechsel in der Amputationsnarbe, worüber der Kläger sich beklagt, soll nicht völlig in Abrede gestellt werden; es bildet dies indessen wohl eine Unbequemlichkeit, aber verursacht keinen wirthschaftlich messbaren und nennenswerthen Schaden an der Erwerbsfähigkeit. Eine Unfallentschädigung kann dafür also nicht gewährt werden. Kompass; 1902, Nr. 2.

C. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber gehäuftes Vorkommen von Anopheles in einer Gegend, aus der Malaria verschwunden ist. Von Dr. Etienne Sergent. Comptes rendus Soc. biol.; 1901, S. 857.

In den Monaten Juli, August und September 1901 hat Verfasser an den Ufern der Essonne, eines Nebenflusses der Seine, in einem Gebiete von etwa 80 km Untersuchungen auf Culiciden gemacht. Er fand in 22 von 30 Wasserlachen, die er untersuchte, Anopheles-Larven, und zwar auffälliger Weise in grösserer Zahl, als in den schlimmsten Malariaherden von Algier, wo er im vergangenen Herbste entsprechende Untersuchungen angestellt hatte.

Es handelte sich um Anopheles maculipennis und Anopheles bifurcatus.

In früheren Jahren hat nach Angabe der an den Ufern der Essonne praktizirenden Aerzte Malaria dort endemisch geherrscht. Heute ist sie nach Auskunft derselben Aerzte als verschwunden zu erachten.. Dieses Aufhören des Auftretens der Krankheit kann nach dem Gesagten auf ein Aussterben der Anophelesarten nicht zurückgeführt werden.

Laveran weist in der Diskussion darauf hin, dass in England von Nuttal, L. Cobbet und Strangeways Pigg ähnliche Beobachtungen gemacht worden sind.

Diese Autoren fanden zahlreiche Anophelesarten in allen Gebieten, die früher sumpfig waren, und auch an Orten, wo niemals Malaria endemisch auf-

getreten war. Wie im Essonnethale waren die in England gefundenen Anophelesarten solche, die zur Verbreitung der Intermittens am geeignetsten erscheinen: Anopheles maculipennis, Anopheles bifurcatus.

Da diese Stechmücken nur dadurch die Malaria übertragen, dass sie das Blut wechselfieberkranker Menschen saugen, so ist es verständlich, dass in Gegenden, in denen eine sorgfältige Behandlung dieser Patienten stattfand, Anophelesarten vorkommen können, ohne dass sie die Krankheit weiter erzeugen, schliesslich ohne dass gleichzeitig Malaria endemisch beobachtet wird. Auch wenn also eine Zerstörung der Stechmücken nicht möglich ist, darf man im Kampfe mit der Malaria gute Resultate erhoffen, wenn wechselfieberkranke Patienten sorgfältig behandelt und die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung gehoben werden. Dr. Mayer-Simmern.

Ein Fall von Gangrän nach Scharlach. Von Dr. Seubert in Mannheim. Münchener mediz. Wochenschrift; 1902, Nr. 2.

Brandentwicklung an den Extremitäten nach Scharlach ist nach Eichhorst sehr selten. Verfasser hält es deshalb für angezeigt, einen Fall aus seiner Praxis mitzutheilen.

Ein 7 Jahre altes Kind hatte einen ziemlich leichten Scharlach ohne Besonderheiten im Verlaufe durchgemacht. Einige Tage nach bereits erfolgter Abschuppung schwoll ganz plötzlich das linke Bein unter mässigen Fiebererscheinungen an. Bei dem ersten Besuche des Kindes durch den Verfasser lag dasselbe mit gekrümmtem Knie und ausserordentlich prall gespanntem Ober- und Unterschenkel im Bette; das ganze Bein fühlte sich kalt an. Auf der Mitte des Oberschenkels befand sich eine überhandgrosse dunkelrothe Verfärbung der Haut, die an einzelnen Stellen in prall gefüllten Blasen abgehoben war; ferner fanden sich mehrere 1—5 Markstückgrosse, blutroth verfärbte Hautbezirke am Unterschenkel und an der Hinterseite des Oberschenkels. Gleiche Färbung zeigten Fussrücken und Zehen. Die leiseste Berührung des Beines rief bei dem Kinde Schmerzen hervor. Mehrmalige in Narkose vorgenommene Punktationen ergaben nur wässerige Flüssigkeit. Beim tiefen Eindrücken im Femoralisverlauf fühlte man nirgends Pulsation. Temperatur 39,5. Herzbefund normal, ebenso sonst nichts Abnormes am Körper (Tonsillen, Ohre etc.), im Urin weder Eiweiss noch Zucker. Bemerkenswerth war nur ein leichtes Oedem des Labium majus. Zwei Wochen später Transferirung in's Spital. Fast die ganze Haut am linken Oberschenkel ist in schwarzen Fetzen abgelöst, darunter ein schmierig-eitriger, höchst übelriechender Belag, ebenso verhält sich der Unterschenkel. Der einzige noch normal aussehende Hautbezirk befindet sich in der Kniegegend. Zehen tiefschwarz verfärbt und rein ausgetrocknet, linkes Labium majus stark angeschwollen, ebenso die linksseitigen Leistendrüsen. Herz normal, Urin normal, Temperatur 39,5. Zwei Tage später hohe Oberschenkelamputation. Nach 6 Wochen Heilung, nachdem etwa 4 Tage nach der Operation am rechten Beine starkes Oedem eintrat, das jedoch mit Hochlagerung und feuchte Verbände bald zurückging.

Die Untersuchung des amputirten Beines ergab gelbliche Verfärbung der Muskulatur, Quellung des Muskelfleisches, voll trüber Flüssigkeit und von weichsulziger Konsistenz.

Sämmtliche grösseren Gefässstämme — Arterien und Venen — waren mit eitrigen Pfröpfen verschlossen, ihre Wandungen etwas verdickt. Blutpräparate, direkt den Arterien entnommen, ergaben das Vorhandensein von Streptokokken; den gleichen Befund ergaben angelegte Kulturen. Auffallenderweise betraf die Gangrän auch in diesem Falle, wie in verschiedenen anderen aus der Litterasur bekannten Fällen, das linke Bein. Dr. Waibel-Kempten.

Gutachten, betreffend die Verunreinigung von Quellen im Innerstethale und der Innerste. Erstattet am 3. März 1894. Berichterstatter: Geh. Reg.-Rath Dr. Ohlmüller. (Hierzu Tafel VII.). Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. XVIII. Band. 2. Heft. Mit 5 Tafeln. Berlin 1901. Verlag von Julius Springer. 4°. Preis: 8 Mark.

Die Gewerkschaft Herecynia legte im Jahre 1884 bei Vienenburg im Kreise Goslar ein Kalisalzbergwerk an und erhielt von der Kreisdirektion Gandersheim die Erlaubniss, die Endlaugen der zu errichtenden Chlorkaliums-

fabrik in die Erdspalten am Kahnstein, dem Ausläufer eines Gebirgszuges, zu leiten, welcher in der Nähe der geplanten Anlage endigt, nachdem das Gutachten eines Geologen nachgewiesen hatte, dass ein Zutagetreten dieser versenkten Endlaugen unmöglich sei. Wenige Monate nach Beginn der Einlassung der Laugen in die Erdspalten wurde indessen in dem Wasser mehrerer in Baddeckenstedt befindlicher Quellen ein laugenhafter Geschmack wahrgenommen, unter anderen auch an einer dort befindlichen Quelle, welche die Stadt Hildesheim zu ihrer in Aussicht genommenen Wasserversorgung angekauft hatte. Diese Geschmacksveränderung des Wassers brachte man mit der Einleitung der Endlaugen in Zusammenhang. Obwohl dieser Zusammenhang von einigen Professoren an der technischen Hochschule in Braunschweig bestritten wurde, reichte die Gewerkschaft den Antrag ein, die Einleitung der Endlaugen in die Innerste zu gestatten und stützte sich hierbei auf mehrere befürwortende Gutachten. Von anderer Seite, namentlich von dem Magistrate zu Hildesheim, wurde indessen die Zulässigkeit der Abführung der Abwässer in die Innerste bezweifelt. Bei diesem Widerstreit der Meinungen wurde das Reichsgesundheitsamt beauftragt, sich gutachtlich zu äussern.

Die betr. Untersuchungen, wo die Endlaugen mit Fluorescin gefärbt wurden, ergaben auf das Unzweideutigste, dass die Verunreinigung der fraglichen Quellen durch die Einleitung der Endlaugen in den Kahnstein verursacht worden ist, und dass durch die Abflüsse dieser Quellen die Endlaugen auch in die Innerste gelangen. Dr. Rost-Rudolstadt.

Ergänzungs-Gutachten, betreffend die Verunreinigung der Innerste. Erstattet am 20. Februar 1895. Berichterstatter: Geh. Reg.-Rath Dr. Ohlmüller. Ibidem.

Das Gutachten betont, dass durch die Einleitung der Langelsheimer Endlaugen in die Innerste nicht nur das Wasser dieses Flusses eine Beschaffenheit annehmen würde, welche, abgesehen von ihrer hygienischen Bedeutung, seine Verwendung zu manchen technischen Zwecken beeinträchtigen müsse, sondern dass auch das Grundwasser im Aluvium bezüglich seiner chemischen Eigenschaften allmählich dem Innerstewasser ähnlich werden würde. Die zum Grundwasser tretenden Salze würden dasselbe derart verändern, dass es durch einen laugenartigen Geschmack ungeniessbar und in Folge der Steigerung seiner Härte für manche Zwecke (Waschen, Reinigen etc.) weniger brauchbar wäre. Die Einleitung der betr. Endlaugen in die Innerste könne daher vom hygienischen Standpunkte aus nicht für zulässig erachtet werden.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Zur Frage der Erhitzung der Milch mit besonderer Berücksichtigung der Molkereien. Von Reg.-Rath Dr. Tjaden, F. Koske, technischem Hülfsarbeiter und Dr. M. Hertel, Königl. bayer. Oberarzt, kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamt. (Hierzu Tafel IX—XI.) Ibidem.

Die Verfasser fassen die wichtigeren Ergebnisse ihrer sehr ausführlichen Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Bei den Versuchen im Laboratorium genügt die sogen. momentane Erhitzung der Milch selbst auf 98° (Temperatur des Aufwallens) nicht immer, die in der Milch vorhandenen Tuberkelbazillen abzutödten.

2. Die Beschaffenheit der Milch hat bei dem Ausfall der Laboratoriumsversuche eine erhebliche, wenn nicht ausschlaggebende Bedeutung.

3. Die bei den Laboratoriumsversuchen gewonnenen Ergebnisse dürfen auf die mit den neueren Erhitzern arbeitenden Molkereien nicht ohne Weiteres übertragen werden, weil hier die Erhitzung unter Bedingungen geschieht, welche die Abtödtung der Keime erleichtern.

4. Für die erwähnten Molkereien genügt die Erhitzung der Milch im kontinuirlichen Betriebe auf 90°, um hinreichende Sicherheit zu geben, dass die in der Milch vor der Erhitzung etwa vorhandenen Krankheitskeime unschädlich gemacht werden.

5. Bei rascher Erwärmung auf 90° unter fortwährender starker Bewegung und bei sofortiger tiefer Abkühlung werden die chemischen und physikalischen Eigenschaften der Milch nicht in dem Masse verändert, dass eine weitere Ausnutzung in nennenswerther Weise erschwert ist.

6. Die Technik ist zur Zeit im Stande, für den kontinuirlichen Betrieb Milcherhitzer herzustellen, welche bei geringen Betriebskosten den von Seiten der Hygiene zu stellenden Anforderungen im Allgemeinen genügen.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Ergebniss der Weinstatistik für 1899. Von Dr. G. Sonntag, technischem Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

In der vorliegenden Zusammenstellung sind schon die neuen durch das Gesetz über den Verkehr mit Wein u. s. w. vom 24. Mai 1901 (R. G. B. S. 175) festgesetzten Grenzwerthe herangezogen worden, weil ein Theil der Weine des Jahrganges 1899 auf Grund derselben eine Beurtheilung finden wird. Aus den Tabellen ist ersichtlich, dass die Mindestwerthe für den Gesammtgehalt an Extraktstoffen in keinem Falle, für den nach Abzug der nicht flüchtigen Säuren verbleibenden Extraktrest in 11 Fällen, für den nach Abzug der freien Säuren verbleibenden Extraktrest in 8 Fällen, für den Gehalt an Mineralbestandtheilen in 3 Fällen unterschritten worden sind. Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber die desinfizirende Wirkung der Alkoholdämpfe. Von Stabsarzt Dr. Seige, kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

Die seit einer Reihe von Jahren angestellten Untersuchungen über das Verhalten des absoluten oder mit Wasser verdünnten Alkohols gegenüber den vegetativen Keimformen haben ergeben, dass dem Alkohol eine keimtödtende Wirkung zukommt, und zwar dem bis zu einem gewissen Grade mit Wasser verdünnten in höherem Masse als dem absoluten. Gegenüber den Dauerformen der Bakterien erwies sich jedoch der Alkohol als unwirksam. In neuerer Zeit ist nun die Wirkung der Alkoholdämpfe untersucht und festgestellt worden, dass die Dämpfe aus Alkohol von bestimmtem Prozentgehalt sehr wohl im Stande sind, auch Dauerformen abzutödten. S. wiederholte diese Versuche und kam zu dem Ergebnisse, dass die desinfizirende Wirkung der Alkoholdämpfe mit in hohem Masse von dem Wassergehalt abhängig ist. Jedoch auch im günstigsten Falle erfolgte die Abtödtung der Sporen durch diese Dämpfe nicht so schnell, wie durch strömenden Wasserdampf von 100°. Schon aus diesem Grunde empfiehlt sich nicht die Anwendung der Alkoholdämpfe statt des Wasserdampfes zu Desinfektionszwecken. Dazu kommen noch die erheblich höheren Kosten der Alkoholdämpfe und die mit ihrer Anwendung verbundene Feuersgefahr.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber die Desinfektion der von Phthisikern bewohnten Räume. Von Dr. D. Ottolenghi, Assistent. Münchener medizinische Wochenschrift; 1901, Nr. 51.

Verfasser empfiehlt als ebenso einfaches, wie bequemes und leicht ausführbares Verfahren zur Desinfektion von Räumen die zweimalige gründliche Befeuchtung und Besprengung aller Wand- und Fussbodentheile mit 5 ‰iger Sublimatlösung, welche sicher die Virulenz des Sputums zu vernichten vermag. Bei dem Desinfektionsverfahren müssen die Ecken, rauhen Flächen, Ritzen etc. besonders sorgfältig befeuchtet werden.

Nach Abba lässt sich durch Befeuchtung der betr. zu desinfizirenden Räume mittelst 10 ‰iger Sublimatlösung auch in den schwierigsten Verhältnissen eine sichere und vollständige Desinfektion erzielen.

Dr. Waibel-Kempten.

Wirkung von mit Alaunbackpulver gebackenem Brode auf die Verdauung. Von E. E. Smith. New-York medical Journal, Ref. Public health; 1901, XIII., S. 343.

Die Frage der Schädlichkeit des Alauns als Backpulverbestandtheil ist noch nicht entschieden.[1]) Jeder experimentelle Beitrag ist daher von Wichtigkeit.

Der Verfasser liess gesunde Individuen Backpulverbrod und Kontrolbrod verzehren und untersuchte den ausgeheberten Mageninhalt auf Pepsin- und auf Salzsäuregehalt. Es ergaben sich keine Differenzen.

---

[1]) Vgl. Buttenberg, Vierteljahrsschrit für ger. Medizin; 1901, S. 140.

Das Backpulver-Brod wurde ferner so gut ausgenutzt und erregte ebenso wenig gesundheitsschädliche Wirkungen, wie eine zusagende Kontrolnahrung.
Dr. Mayer-Simmern.

Die gewerbliche Methaemoglobinvergiftung und die Sauerstoffinhalation. Vortrag, gehalten von Brat im Verein für innere Medizin am 25. Februar 1901. Nach einem Referat von Th. Sommerfeld in der Zeitschrift der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrts-Einrichtung; 1901, Nr. 7.

B. hat Gelegenheit gehabt, in Anilinfabriken gewerbliche Vergiftungen zu beobachten, die sich bei der Herstellung der Amido- und Nitroderivate des Benzols ereigneten. In den leichten Fällen klagen die Kranken über Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, haben einen taumelnden Gang, und der Ausdruck „Anilinpips" charakterisirt, dass sie den Eindruck der Trunkenheit machen. in den schweren Fällen tritt Bewusstlosigkeit, Erbrechen und röchelndes Athmen ein. Trotz der Schwere dieser Erscheinungen werden dauernde Schädigung der Gesundheit, oder gar tödtlicher Ausgang fast niemals beobachtet. Das hervorstechendste Moment bei allen Formen dieser Vergiftung ist die Hautfarbe der Erkrankten, die im Wesentlichen als eine Kombination dreier Faktoren zu betrachten ist: der Methaemoglobinbildung, der Zyanose (Blaufärbung in Folge von Kohlensäureüberladung) und der Gelbsucht. Die Arbeiter, welche bei der Beschäftigung mit den Amidokörpern erkranken, haben eine zyanotische Farbe, während die durch Nitrokörper leidenden mulattenbraun aussehen; bei letzteren tritt die Gelbsucht stärker hervor. Dieser Icterus ist überhaupt als Frühsymptom der Vergiftung mit Nitrokörpern zu betrachten. Arbeiter, welche die Thätigkeit in diesen Fabrikräumen nicht vertragen, weisen schon am 10. bis 14. Tage die Gelbfärbung auf. Als Frühsymptom der Vergiftung in den Amidoräumen konnte B. erstens die Anwesenheit von Methaemoglobin im Blute und zweitens die Anwesenheit von Substanzen im Urin, welche die Polarisationsebene nach links drehen, feststellen. Den Methaemoglobinschatten im spektroskopischen Bilde bietet oft schon das Blut derjenigen Arbeiter dar, welche noch keine subjektiven Beschwerden aufweisen und deren Aussehen sich von dem der gesunden nicht wesentlich unterscheidet. Ein solcher Befund rechtfertigt die sofortige Entfernung des Gefährdeten aus dem Betriebe; ebenso ist stärkere Linksdrehung des Urins (gepaarte Glykuronsäure) als Warnungssymptom für eine drohende Vergiftung anzusehen. Dr. Rost-Rudolstadt.

Unfälle durch Dimethylsulfat. Von Dr. Leymann, Reg- und Gewerbe-Rath in Wiesbaden. Zeitschrift der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtung; 1901, Nr. 3.

Dimethylsulfat, ein Ester durch Einwirkung von konzentrirter Schwefelsäure auf Holzgeist gewonnen, wird neuerdings anstatt der entsprechenden Chlorverbindungen zum Alkyliven, d. h. zum Herstellen von Methylverbindungen des Anilins und anderer Amidoverbindungen benutzt. Dass dem Dimethylsulfat besondere gesundheitsschädliche Eigenschaften innewohnen, war bisher nicht bekannt, selbst die Chemiker, welche mit diesem Körper längere Zeit hindurch Versuche angestellt hatten, wussten hiervon nicht. Neuerdings sind aber zwei schwere Unfälle, beide mit tödtlichem Ausgange, beobachtet worden, deren Verauf und Ergebniss der Sektion keine Zweifel darüber lassen, dass beide auf das Einathmen von Dämpfen des Dimethylsulfats zurückzuführen sind. Nach L. muss man sich die Wirkung des Dimethylsulfats so vorstellen, dass dasselbe in den Schleimhäuten der Athmungsorgane und in den Lungen eine Umsetzung erfährt, indem es diesen Organen Wasser entzieht und damit Schwefelsäure und Methylalkohol, bezw. Methylschwefelsäure bildet. Die letztere, oder die Schwefelsäure wirkt weiter auf das Gewebe ein und zerstört dasselbe. Dieser Vorgang ist chemisch zwar ganz verständlich, trotzdem ist aber nach L. die überaus starke Wirkung des Dimethylsulfats doch auffallend, da ähnliche Erscheinungen nicht einmal bei der Schwefelsäureanhydrid-Darstellung beobachtet werden, obgleich letzteres unzweifelhaft viel begieriger Wasser anzieht und viel ätzender wirkt, als Demithylsulfat. Ausserdem ist bei dem hohen Siedepunkte des Demithylsulfats — 188° C. — anzunehmen, dass dasselbe nur in ganz ge-

ringem Grade flüchtig ist, und dass daher nur wenig Dämpfe entweichen, wenn die Temperatur nicht bis ziemlich an den Siedepunkt gesteigert wird.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Die ärztliche Feststellung der verschiedenen Formen des Schwachsinns in den ersten Schuljahren. Von Dr. Laquer, Nervenarzt in Frankfurt a. M. Deutsche Praxis, Zeitschrift für praktische Aerzte; 1901, Nr. 20.

Verfasser plädirt im Anschluss an seine Schrift „Die Hülfsschule, ihre ärztliche und soziale Bedeutung“ und auf Grund weiterer eigener Beobachtungen in der Normal- und in der Hülfsschule für frühzeitige Erkennung und Beurtheilung des angeborenen oder in zarter Kindheit erworbenen Schwachsinns und ist der Ansicht, dass auf Grund genauer ausgefüllter Personalbogen diese Kinder bereits nach Ablauf des ersten Jahres der Hülfsschule überwiesen werden können bezw. müssen, da sie selber absolut keinen Nutzen aus der Normalschule ziehen und die normal beanlagten Kinder nicht nur stören, sondern auch durch Verführung moralisch schädigen.

So klar seine Ausführungen sind, befürchtet Referent doch, dass die pädagogischen Gegengründe (unerwartete günstige Entwickelung im zweiten Schuljahr) als zu schwerwiegend sich zeigen werden; auch würde wohl durch derartige an den Schularzt gestellte Anforderungen seine Verantwortung zu schnell gesteigert und zwar zum Schaden der ganzen Einrichtung.

Dr. Blokusewski-Daun.

Aerztliche Ueberwachung der Schulkinder und Schulgesetzgebung in gesundheitlicher Hinsicht, insbesondere in Bezug auf Ueberlastung der Lehrer und Schüler. Nach Referaten des Bezirksarztes Med.-Rath Dr. Hankel-Dresden und Dr. Goetz-Leipzig in der Plenarsitzung des Sächsischen Medizinal-Kollegiums vom 18. Nov. 1901. Korrespondenzblatt der ärztlichen Kreis- und Bezirksvereine im Königreich Sachsen; 1902, Nr. 2.

Der erste Referent Dr. Hankel behandelte die Frage der ärztlichen Ueberwachung der Schulkinder und führte hierbei Folgendes aus:

Im Königreich Sachsen und in anderen Ländern bestehe die Schulpflicht noch kein volles Jahrhundert, aber schon im Jahre 1833 habe Frankreich die ersten Verfügungen über ärztliche Schulaufsicht erlassen. In Sachsen habe man damals keine derartigen Verfügungen getroffen, und die Instruktion für die Bezirksärzte vom 30. Juli 1836 verlange zwar eine Revision der Armen-, Kranken-, Findel-, Waisen- und Arbeitshäuser, aber die Besichtigung der Schulhäuser erwähne sie nicht. Erst im Jahre 1873 sei die heute noch mustergültige Verordnung, die Anlage und innere Einrichtung der Schulen in Rücksicht auf die Gesundheitspflege betreffend, erschienen und in dieser, sowie in dem Schulgesetze vom 26. April 1873 und der Novelle zu ersterer vom Jahre 1878 hätten die Bezirksärzte weitgehende Befugnisse in Bezug auf die Beaufsichtigung der Schulen erhalten. Doch handle es sich hierbei lediglich um das todte Material, das Schulhaus, die Schulbänke, die Lüftungsanlagen etc. Auch die Instruktion für die Bezirksärzte vom 10. Juli 1884 ermächtigt diese nur, die Schulen auf die in gesundheitlicher Beziehung zu stellenden Anforderungen zeitweise zu revidiren, von einer Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Schulkinder werde nirgends gesprochen. Der Erfolg der erwähnten Beaufsichtigung sei in jedem Orte zu sehen, und könne man wohl unbedenklich behaupten, dass ohne die rührige und energische Thätigkeit der Bezirksärzte die Schulhäuser nicht so wie jetzt den hygienischen Anforderungen entsprechen würden. Für das todte Material sei somit bis zu einem gewissen Grade gesorgt, doch sei eine häufigere Besichtigung der Schulen, als es dem Bezirksarzt möglich ist, nothwendig, um die Heizung und den Gebrauch der in vielen Schulen sehr schönen Lüftungsanlagen etc. zu überwachen und dafür zu sorgen, dass die in diesen Richtungen bestehenden Uebelstände rechtzeitig beseitigt werden. Diese Uebelstände seien sehr erheblich; er habe wiederholt Klage zu führen gehabt, dass die Luftkanäle vermauert oder mit Holz verschlagen waren, und dass namentlich die Reinlichkeit sehr viel zu wünschen übrig liess. Der Referent führt mehrere Beispiele an, um zu beweisen, dass den Lehrern die Kontrole der hygienischen Einrichtungen nicht allein überlassen werden kann. Aber es genüge nicht, dass das todte Material allein besichtigt und gebessert werde, es müsse auch der Gesundheitszustand der Schulkinder überwacht werden.

Schulärzte seien zuerst als solche in Schweden angestellt worden im Jahre 1863, wenn auch erst mit beschränkten Aufgaben; aber schon seit 1878 hätten sie den Gesundheitszustand der Schulkinder beim Beginn des Semesters festzustellen und darüber zu berichten. Der Referent bemerkte noch, wie es in anderen Ländern mit Schulärzten stehe und dass 1889 in der Plenarversammlung des Landes-Medizinal-Kollegiums die Forderung gestellt worden sei, die Schulkinder einer ärztlichen Beaufsichtigung zu unterstellen. Das Königliche Kultusministerium habe damals darauf geantwortet, dass noch nicht hinreichende Erfahrungen darüber gesammelt worden seien, und als zwei Jahre später der Antrag auf Anstellung von Schulärzten in diesem Kollegium gestellt worden sei, habe dasselbe den Gemeinden die Anstellung von Schulärzten empfohlen. Heute stehe, abgesehen von den noch früheren Verhandlungen, der Antrag zum dritten Male auf der Tagesordnung, und die Sache werde nicht ruhen, bis die ärztliche Ueberwachung der Schulkinder allgemein angeordnet worden sei. Der deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege, die deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege in Berlin, der Aerztetag, viele ärztliche Vereine und sogar zahlreiche Lehrerversammlungen haben Beschlüsse gefasst, welche die Anstellung von Schulärzten fordern, und die Erfahrungen, die in Bezug auf die Schulärzte gemacht worden seien, ermuthigten ihn, den bereits vor 12 Jahren gestellten Antrag zu wiederholen und eine allgemeine Anordnung, welche die ärztliche Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Schulkinder feststellt, zu beantragen. Thatsächlich seien auch schon in allen Grossstädten, in zahlreichen Mittelstädten und selbst in kleinen Städten in Sachsen Schulärzte angestellt. Ebenso sei es in Preussen, doch sei dort nur angeordnet worden, dass, wenn auch vorläufig nur versuchsweise, in jedem Regierungsbezirke sechs Schulen in ländlichen Gemeinden einer ärztlichen Beaufsichtigung der Schulkinder seitens des Kreisarztes zu unterziehen seien. Auch in anderen Staaten gehe die Anstellung von Schulärzten flott vor sich. Es brauche heute nicht verhandelt zu werden, wie die Ueberwachung erfolgen soll, da die Meinung darüber noch verschieden sei; das könne vielleicht einen Gegenstand der nächsten Plenarversammlung bilden.

Die Untersuchung der Schulkinder habe überall Resultate ergeben, die überrascht haben. Niemand habe die Anzahl der kranken Kinder für so gross gehalten, als sie sich thatsächlich herausgestellt habe. Der Referent berührte einige statistische Feststellungen über Schulkinderkrankheiten, insbesondere in der Stadt Dresden. Es stehe fest, dass viel mehr kranke Kinder aufgenommen würden, als man bisher geglaubt habe. Bei den Lehrern sei der lebhafte Wunsch rege geworden, dass die Kinder untersucht und die kranken als solche bezeichnet würden. San.-Rath Dr. Dillner habe den Nachweis gebracht, dass bei der grösseren Mehrzahl der als schwachsinnig bezeichneten Kinder nicht geistige Defekte, sondern körperliche, zum grössten Theile heilbare Krankheiten die Ursachen des scheinbaren Schwachsinns sind. Der Referent erwähnt den Bericht von Sussmann, einem preussischen Schularzt, in welchem derselbe auf die furchtbare Mortalität der Landgemeinden gegenüber den grossen Städten aufmerksam macht und behauptet, dass da, wo auf dem Lande industrielle Thätigkeit herrsche, die Verhältnisse in gesundheitlicher Beziehung viel schlechter seien, als bei den Bewohnern grosser städtischer Miethskasernen. Unter Anderem erwähne derselbe, Skoliose sei in der vierten Klasse bei 10 Proz., in der ersten Klasse bei 25 Proz. gefunden worden. Gewiss würde ein sorgfältiger Schularzt durch Anweisung richtiger Schulbänke dafür haben sorgen können, dass die Zahl der Skoliotischen ab-, aber nicht zugenommen hätten. In vielen Orten wurden den kranken Kindern Mittheilungen über ihren Zustand an die Eltern mitgegeben. Von diesen behaupte Dr. Kunz in Wiesbaden, dass sie einen recht zweifelhaften Erfolg gehabt hätten. So weit aber Zahlen darüber vorlägen, stelle sich die Sache gerade umgekehrt dar. In Leipzig geschähe etwas seitens der Eltern auf die Hälfte derartiger Mittheilungen und in Breslau sogar auf 90 Proz. aller Fälle. Das seien doch glänzende Resultate der schulärztlichen Thätigkeit. Noch günstiger gestalte sich dies in kleinen Orten, wo der Schularzt zugleich auch Hausarzt sei. Auf diese Weise werde eine kräftige Generation heranwachsen, werde die Heereskraft sich vermehren, und die Zahl der Krüppel und Schwachen sich vermindern. Einige Stimmen seien gegen die Anstellung von Schulärzten laut geworden; so glaubten einzelne Lehrer die Ueberwachung der Schulkinder hinsichtlich ihres Gesundheits-

zustandes selbst besorgen zu können; solche gebe es jedoch nur ganz vereinzelt, die meisten Lehrer wünschten dringend die Anstellung von Schulärzten. Es habe immer Lehrer gegeben, welche sich angelegentlich, in einzelnen Fällen sogar gewerbsmässig, mit der Ausübung der Heilkunde, ohne dazu vorgebildet zu sein, beschäftigen, jedoch auf diese ganz vereinzelten Stimmen könne kein Werth gelegt werden. Ein anderer Grund, weshalb einzelne Lehrer der Anstellung von Schulärzten abhold sind, sei die Furcht, mehr beaufsichtigt zu werden als jetzt. Ausserdem sei im Hannoverschen Lehrerverein noch vorgebracht worden, dass dem Lehrer dadurch mehr Arbeit erwachse. Das sei jedoch nicht der Fall, vielmehr werde ihm seine Arbeit durch den Schularzt erleichtert. Weiter werde gesagt, dass vielen Aerzten die Erkenntniss hygienischer Mängel abgehe, dass Unfrieden erregt werde und dass die ärztlichen Anordnungen nicht richtig befolgt würden, welche Behauptungen jedoch keineswegs der Wahrheit entsprächen. Jedoch auch unter den Aerzten gebe es Stimmen, welche sich gegen die Anstellung von Schulärzten aussprächen, z. B. Knauss in Stuttgart und Kunz in Wiesbaden. Dieselben fürchteten Kollisionen zwischen den Schulärzten und den praktischen Aerzten. Aber weil gelegentlich einmal Kollisionen vorkommen können, könne man doch nicht die ganze segensreiche Einrichtung hindern. In den grossen Gemeinden seien thatsächlich überall Schulärzte angestellt, der Antrag gehe aber wesentlich dahin, dass die ärztliche Beaufsichtigung sämmtlicher Schulkinder im ganzen Lande gesetzlich bestimmt werde. Die grossen Städte seien in allen Stücken besser daran als die kleinen, bezw. die Landgemeinden; überall haben die grossen Orte niedere Sterbeziffern als die kleineren, was durch leichtere Beschaffung ärztlicher Hülfe, z. B. durch die Polikliniken und durch die besseren hygienischen Einrichtungen, bedingt sei. Es sei aber einfach und leicht, die Beaufsichtigung der Schulkinder auch auf dem Lande durchzuführen; denn es sei gar nicht nöthig, dass der Arzt alle Wochen komme. Er glaube, dass für 2—4000 Schulkinder wöchentlich 2 Stunden nöthig sind. Wie wenige Schulen gebe es in Sachsen mit unter 80 Kindern; da käme auf alle Vierteljahre, bei 160 Kindern auf alle 6 Wochen ein schulärztlicher Besuch. Fortkommen brauche gar nicht gerechnet zu werden, da doch im Prinzip der nächste Arzt die schulärztliche Aufsicht haben solle. Wie der Impfarzt ohne jede Schwierigkeit habe bestellt werden können, so werde auch der Schularzt ohne Schwierigkeit sich finden. Sollte nun wirklich an einem Orte ein geeigneter Schularzt nicht beschafft werden können, so würde allerdings nichts übrig bleiben, als den Bezirksarzt eintreten zu lassen. Er sei, wie auch andere Bezirksärzte, der Ansicht, dass eine turnusmässige Revision der Schulen durch den Bezirksarzt im Bereiche der Möglichkeit liege. Er denke sich die Bestimmung etwa so lautend: „Dem Bezirksarzt wird die Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Schulkinder, soweit nicht besondere Schulärzte angestellt sind, übertragen.“ Von einigen Seiten werde eine ganz besondere Vorbildung für den Schularzt gefordert. Eine solche halte er nicht für nöthig. Schulhaus und Schuleinrichtungen würden stets der Begutachtung der Bezirksärzte unterliegen. Ob aber schlechte Luft, Schmutz, eine unzweckmässige Temperatur im Schulhause herrsche, sowie den Gesundheitszustand der Kinder könne jeder Arzt beurtheilen, und wenn ihm einmal eine Beurtheilung schwer falle, so brauche er sich ja nur an den Bezirksarzt zu wenden. Und was schliesslich die Kosten einer solchen Ueberwachung betreffe, so seien diese so gering im Verhältniss zu den übrigen Ausgaben, dass an diesen eine so wichtige und segensreiche Einrichtung doch nicht scheitern könne. Der Referent erweitert zum Schluss seinen Antrag dahin, dass nicht nur die Schulkinder, sondern auch die Schulen ärztlich zu überwachen seien.

Der zweite Referent Dr. Götz-Leipzig behandelte die Regelung der Schulgesetzgebung in gesundheitlicher Hinsicht, insbesondere in Bezug auf Ueberlastung der Lehrer und Schüler. Er habe als Schularzt die Beobachtung gemacht und durch Untersuchungen festgestellt, dass von den Kindern wie von den Lehrern häufig mehr verlangt werde, als sie leisten könnten. Was zunächst die Lehrer betreffe, so habe sich ergeben, dass in Folge dieser Ueberbürdung eine Menge Krankheiten entstünden, namentlich Katarrhe der Luftwege (in Leipzig bei 30 Proz.), Schwindsucht und als ganz besonders auffallend Neurasthenie (in Leipzig 17 Proz.). Geisteskrankheiten seien auch nicht selten, und die Pensionirung von Lehrern mache sich im Vergleich zu anderen Angestellten zeitiger und häufiger nöthig.

Was sodann die Kinder anlange, so habe er in seinem Bezirke (Leipzig-Plagwitz) gefunden, dass trotz günstiger Verhältnisse bezüglich der Schulräume etc. doch recht viele Kinder krank seien; er habe nur etwa 10 Proz. der Sechsjährigen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes als „sehr gut" bezeichnen können. Der Ernährungszustand wie die ganze körperliche Anlage sei durchschnittlich nur mittelmässig, häufig schlecht gewesen; er habe ausserdem sehr häufig Brustkorb- und Wirbelsäulenverbildungen, Kurzsichtigkeit, Blutarmuth, bei älteren Schulkindern auch bereits Erscheinungen von Nervenschwäche vorgefunden und sei der Ueberzeugung, dass solche Krankheiten durch Ueberbürdung der Kinder in den Schulen entstünden oder befördert würden. Die kleinen Kinder müssten in seinem Schulbezirke zum Theil viel zu zeitig am Tage in die Schule, während sie doch eines reichlichen Schlafes bedürften; im Allgemeinen hätten die Kinder zu viel Unterrichtsstunden. Die Schule solle und könne gesundheitlich nicht nur nichts schaden, sondern nützen, wenn in viel ausgedehnterer Weise als bisher auch für das körperliche Wohl der Schulkinder gesorgt werde; es solle nur in dringend nöthigen Lehrfächern unterrichtet werden; jetzt würde den Kindern viel zu viel gelehrt, sie müssten ja das meiste bald wieder vergessen. Auch auf den Seminarien und höheren Schulen finde Ueberlastung der Schüler statt. Als Ziel seiner Wünsche giebt Redner Folgendes an: Die Pausen zwischen den Stunden sollten auf 15 Minuten verlängert werden. Die Nachmittagsstunden sollten unterrichtsfrei und nur für Spiele im Freien, für körperliche Uebungen und Spaziergänge, allenfalls für Handfertigkeitsunterricht dienen. Die Zahl der Schulstunden sollte durchgängig herabgesetzt werden (Maximum für wissenschaftliche Fächer 24 Stunden wöchentlich sowohl für Lehrer, wie für Schüler), kurz, die Schulen müssten sich zu Gymnasien im althellenischen Sinne entwickeln.

Städtische bakteriologische Laboratorien. Von A. Mearns Fraser-Portsmouth. Med. off. of health. Public health; XIV., Oktober 1901, S. 6.

Viele originelle Untersuchungen kann der Medizinalbeamte nicht ausführen. Seine Zeit wird vollständig mit einigen der einfacheren und praktischen Alltags-bakteriologischen Arbeiten ausgefüllt. Er soll sich zur Zeit auf bakteriologische Diagnose der Diphtherie, Tuberkulose, des Typhus und der Gonorrhoe beschränken; gelegentlich kann eine Untersuchung von Milzbrand oder Aktinomykose in Betracht kommen. Die einfache mikroskopsiche Untersuchung genügt in den meisten Fällen. Aus Rücksicht auf die den übrigen Amtsgeschäften zu widmende Zeit sind Thierimpfungen zur Bestätigung der Befunde nicht anzurathen. Alle eingehenden, viel Zeit beanspruchenden Untersuchungen sind den Bakteriologen zuzuweisen, die ihre Zeit und ihre ganze Kraft der Wissenschaft widmen.

Empfehlenswerth sind in festgesetzten Intervallen vorzunehmende bakteriologische Untersuchungen der Wasserversorgung des Amtsbezirkes; genügend ist in der Regel eine quantitative Prüfung der Keime, da schon Abweichungen der Zahl als Indikator für sich vollziehende Aenderungen des Wassers dienen können.

Die praktischen Aerzte in Portsmouth nahmen die Thätigkeit des Autors zu bakteriologischen Untersuchungen oft in Anspruch; dadurch wuchs auch die Gelegenheit zu engerer, persönlicher Berührung. Im Jahre 1900 wurden 296 Fälle von Diphtherie, 70 von Typhus, 83 von Tuberkulose, 30 von Gonorrhoe bakteriologisch untersucht.

Zur Diphtheriediagnose werden Couverts versandt, die aussen Gebrauchsanweisungen aufgedruckt tragen, auf der Innenseite den Namen des Patienten und des Arztes enthalten und als Inhalt ein Schwämmchen führen; zur Widal'schen Diagnosen werden kleine Glaspipetten geliefert, denen eine lanzettförmige Nadel beigefügt ist, ferner eine Anweisung, das Blut aus dem Ohrläppchen zu erhalten.

Die Kosten des Laboratoriums, das sich mit der Amtsstube des Autors unter einem Dach befindet, betrugen bei der ersten Einrichtung — einschliesslich Mikroskop, Brütofen, Sterilisirapparaten, Anlage für Gas, Wasser, elektrisches Licht — etwa 1800 Mark. Trotzdem ist die städtische Behörde, die die Einrichtung und Unterhaltung bezahlt hat, von ihrem Plan, die Untersuchungen kostenpflichtig zu machen, zurückgekommen. Die Patienten, auf die es hier

ankommt, sind nicht in der Lage, für diesen Zweck 2½ bis 7½ sh. anzulegen und von dem Arzte, der möglicher Weise nur 1 Penny die Woche von seinem Patienten erhält, kann man eine Zahlung auch nicht erwarten.

Sollte einst die Zeit kommen, wo bei den grossen Fortschritten der Wissenschaft die Bakteriologie eine zu grosse Aufgabe darstellt, als dass der Medizinalbeamte sich ihr unterziehen könnte, so wird er doch wenigstens im Stande sein, den neuen Vorgängen und der weiteren Entwickelung mit dem genügenden Verständniss zu folgen. Dr. Mayer-Simmern.

Besprechungen.

Dr. O. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.: **Kalender für Medizinalbeamte,** I. Jahrgang. 1902. Fischer's mediz. Buchhandlung (H. Kornfeld) in Berlin, W. 35. Preis: 2 M.; mit Beiheft: 2,75 M.

Als im März 1901 die Dienstanweisung für die preussischen Kreisärzte erschien, machte sich das Bedürfniss nach einem Kalender für Medizinalbeamte geltend, welcher in handlicher Form Alles enthält, was dem Gesundheitsbeamten und dem Gerichtsarzt jederzeit gegenwärtig sein muss. Von den verschiedensten Seiten wurde damals der Verfasser um Herausgabe eines solchen Kalenders angegangen; erschien doch Niemand mehr hierzu geeignet, als der Herausgeber dieser Zeitschrift.

Rapmund hat die immerhin schwierige, weil mühsame Aufgabe mit gewohnter Gründlichkeit gelöst. Der Kalender liegt vor uns und auch das Beiheft ist erschienen. Es war beim besten Willen nicht möglich, diesen I. Jahrgang rechtzeitig, d. h. im Dezember, fertig zu stellen. Ein Blick in das Buch macht die Verzögerung erklärlich, die ja für spätere Jahrgänge nicht mehr eintreten kann. Der Inhalt ist überaus reichhaltig, für einzelne Spezialfächer hat der Verfasser geeignete Mitarbeiter gefunden.

Für den Notizkalender ist genügender Raum gelassen. Sehr praktisch ist der Terminkalender, insofern sich hinter den wiederkehrenden Terminen noch besondere Eintragungen bewirken lassen (Spezialberichte, gerichtliche und andere Termine u. dergl.).

Dann folgen auf 70 Seiten Abhandlungen aus dem Gebiete der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit der Medizinalbeamten: 1. u. 2. Prüfung und Begutachtung des Seh- und Hörvermögens (Dr. Ohlemann-Wiesbaden); 3. Untersuchung menschlicher Se- und Exkrete (Dr. Roepke — in vorzüglicher Form); 4. u. 5. Ueber Attestwesen; — Allgemeines und Besonderes: enthält Bestimmungen bezüglich aller Dienstzweige, bei denen amtsärztliche Atteste verlangt werden; 6. Untersuchung körperlicher Zustände; 7. Schwangerschaftsberechnung und Alter der Leibesfrucht; 8. Obduktionstechnik; 10. Gerichtsärztliche Untersuchungen (Puppe); 11. Begutachtung psychopathischer Zustände (nach Cramer); 12. Sachverständigen-Thätigkeit auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung (Stolper-Breslau).

Der andere, wichtigste Theil des Buches behandelt auf 67 Seiten die medizinal- und sanitätspolizeiliche Thätigkeit unter Berücksichtigung der einschlägigen Gesetzgebung. Einzelne Kapitel sind gewidmet: 1. der Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, 2. der Impfung, 3. hygienischen Untersuchungen von Luft, Boden, Wasser und Gebäuden (Mewius), 4. hygienischer Begutachtung von Schulen, Schulbesichtigung, schulärztliche Thätigkeit, 5. Arzneimittelverkehr in den Apotheken, 6. ausserhalb derselben u. 7. Todesursachen-Statistik.

Den Schluss bilden Abschnitte über amtsärztliche und ärztliche Gebühren und deren Festsetzung, sowie ein Verzeichniss sämmtlicher für den beamteten Arzt in Betracht kommenden Anstalten (für Geisteskranke, Blöde und Epileptiker, Trinkerasyle, Blinden- und Taubstummenanstalten, Volksheilstätten, Hebammenlehranstalten und Wöchnerinnenasyle) im Deutschen Reiche.

Das Beiheft enthält die Personalien der Medizinalbehörden und -Beamten im Deutschen Reiche und in den einzelnen Bundesstaaten, eine

Dienstaltersliste der Medizinalbeamten in Preussen und das Kreisarztgesetz vom 26. September 1899 nebst Dienstanweisung für die Kreisärzte und Geschäftsanweisung für die Gesundheitskommissionen. In den dazu gegebenen Erläuterungen sind die seit April 1901 erlassenen nachträglichen Verfügungen sämmtlich berücksichtigt.

Die Ausstattung des Kalenders ist eine vorzügliche, der Druck allerdings klein aber sehr deutlich, und das Format des Buches derartig, dass es bequem bei Reisen, Terminen u. s. w. in der Tasche getragen werden kann. Der Kalender übertrifft wirklich die weitgehendsten Ansprüche und wird voraussichtlich jedem deutschen Medizinalbeamten ein treuer Begleiter und Rathgeber werden. Ich darf nur auf die Kapitel verweisen, welche die gerichtsärztliche Thätigkeit, die Bekämpfung ansteckender Krankheiten und den Arzneimittelverkehr behandeln.

Wenn der Verfasser im Vorwort sagt, dass er nur einzelne wichtigere Kapitel aus dem Gebiete der Sachverständigenthätigkeit und des öffentlichen Gesundheitswesens herausgegriffen habe, so darf man ihm das Zeugniss geben, dass die Auswahl mit grösster Sachkenntniss erfolgt ist. Bei späteren Ausgaben sollen noch einzelne andere Zweige der amtsärztlichen Thätigkeit berücksichtigt werden, wobei Referent in erster Linie die Gewerbehygiene in Vorschlag bringen möchte. Der Verfasser erklärt ja selbst, jede Anregung in dieser Hinsicht entgegennehmen zu wollen.

Der Preis des Kalenders ist auffallend niedrig. Das soll hervorgehoben werden; denn die Medizinalbeamten dürfen der Verlagshandlung ebensowenig wie dem unermüdlichen Verfasser Dank und Anerkennung versagen.

Dr. Fielitz-Halle.

Dr. Sigmund Elkan, Arzt der Berliner Heimstätte für brustkranke Frauen zu Blankenfelde: **Hygiene und Diätetik für Lungenkranke.** Leipzig 1901. Verlag von H. Hartung & Sohn (G. M. Herzog). 87 Seiten. Preis: 1,60 Mark.

Im Vorwort verwahrt sich Verfasser dagegen, dass etwa seine Schrift dazu dienen soll, den Arzt bei der Behandlung der Lungenschwindsucht entbehrlich zu machen, vielmehr sei die vorliegende Abhandlung dazu bestimmt, einerseits auf die Gefahren aufmerksam zu machen, welche sowohl für den von der Krankheit Befallenen, als auch für die Allgemeinheit daraus entstehen, dass der Arzt nicht frühzeitig genug zu Rathe gezogen wurde, anderseits aber auch zu zeigen, wie durch frühzeitiges, ärztliches Eingreifen die Gefahren der Krankheit fast ganz beseitigt werden. In dem IV. Abschnitte, in dem die Behandlung der Schwindsucht erörtert wird, ist besonders die Einrichtung und der Betrieb einer Lungenheilstätte genauer dargestellt. Auf die ganze Schrift, die dem Arzte nichts wesentlich Neues bringt, im Uebrigen näher einzugehen, dürfte an dieser Stelle kaum Interesse erwecken.

Dr. Brummund-Uelzen.

Dr. August Döllken, erster Assistenzarzt der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Leipzig: **Die körperlichen Erscheinungen des Delirium tremens.** Klinische Studien. Leipzig 1901. 76 Seiten. Preis: 3 Mark.

Die Untersuchungen des Verfassers stützen sich auf 120 Fälle von meist unkomplizirten Delirien, von denen keiner tödtlich endete. Unter den ursächlichen Momenten hebt D. die bisher zu wenig gewürdigte Bedeutung der Disposition, besonders die der Abstammung von Trinkern hervor. Von grosser Wichtigkeit sind ferner schwerere Kopftraumen, während die Abstinenz keine ernstliche Rolle spielt. Ein gleiches gilt für schwere Gemüthserregungen. Auffallend ist die geringe Zahl von Alkoholepileptikern in dem Material des Verfassers. Die beobachteten Fälle lassen eine Scheidung in verschiedenen Formen zu und zwar in Abortivdelirium, typisches Delirium und Delirium sine delirio. Bei dem typischen Delirium lassen sich drei Phasen unterscheiden, die sich durch charakteristische Symptome auszeichnen. Das 5—6 Tage, oft länger dauernde Prodromalstadium bietet meist Symptome, die den Ausbruch einer akuten Infektionskrankheit erwarten lassen. Diese Symptome, wie allgemeine Mattigkeit, Appetitlosigkeit u. s. w. weichen im Akmestadium, dessen Dauer selten fünf

Tage übersteigt, einer subjektiven Euphorie; gleichzeitig stellt sich auf somatischem Gebiete eine frequentere Herzthätigkeit mit Temperaturerhöhung und leichter Albuminurie ein. Gegen Abend macht sich meist eine mehr oder weniger starke Desorientirung unter Auftreten charakteristischer Sinnestäuschungen geltend. Verfasser hat speziell die einzelnen somatischen Symptome wie Temperatur, Pulsfrequenz, Verhalten des fast stets akut dilatirten Herzens, der Nieren u. s. w. zum Gegenstand eingehender Untersuchungen gemacht. Es sei daraus nur auf das bekannte, wichtige Symptom der Albuminurie hingewiesen, deren Stärke meist in reziprokem Verhältniss zur Schwere des Anfalles steht. Am stärksten ist sie in den zwei ersten Tagen des Akmezustandes und hört erst in der Krisis auf. Alle diese körperlichen Symptome sind in ausgeprägter Weise auch bei dem vom Verfasser nicht selten beobachteten Delirium sine delirio vorhanden, während die psychischen sich auf hochgradige Schlaflosigkeit, absolute Ermattung und vereinzelte Halluzinationen beschränken. Zum Schluss seiner lehrreichen Ausführungen erörtert D. die Frage der Aetiologie, in der den Toxinen oder der Autointoxikation immer wieder eine besondere Bedeutung beigelegt wird. Dr. Pollitz-Münster.

Tagesnachrichten.

Petition der zur Verfügung gestellten Kreisphysiker behufs Erhöhung ihres Wartegeldes.

Von 56 zur Disposition gestellten Kreisphysikern und zwar von jedem besonders ist den beiden Häusern des Landtages folgende, ihrem Wortlaute nach übereinstimmende Petition eingereicht worden:

„Bei jeder gesetzlichen Neuerung können Härten entstehen, welche einzelne oder mehrere Personen treffen; so sind bei der Reorganisation des Medizinalbeamtenwesens die zur Disposition gestellten alten Kreisphysiker in pekuniäre Bedrängniss gerathen. Mit dem Amte haben sie den grössten Theil ihrer Einnahmen verloren und können eine aufgegebene Privatpraxis nicht wiedergewinnen. Die ihnen ausgesetzten Wartegelder reichen nicht im Entferntesten hin, um ihnen eine standesgemässe Existenz zu sichern. Von dieser unverschuldeten Nothlage alter, bewährter Beamten werden sich der Herr Kultusminister und der Herr Finanzminister inzwischen überzeugt haben und zur Milderung derselben die Hand bieten; ich richte daher an das hohe Abgeordnetenhaus die Bitte, zu diesem Zweck 100000 Mark mehr zu bewilligen, damit der Herr Kultusminister in den Stand gesetzt werde, die Wartegelder zu erhöhen und in humaner Weise den §. 15 des Gesetzes vom 16. September 1899 auszuführen."

Der Petition ist die nachstehende Denkschrift beigefügt:

„Die Kreisphysiker, welche in Ausführung des Gesetzes vom 16. September 1899 betreffend die Dienststellung des Kreisarztes, am 1. April 1901 zur Disposition gestellt worden sind, wenden sich an das hohe Abgeordnetenhaus, um demselben Kenntniss zu geben von der bedrängten Lage, in die ein grosser Theil von ihnen durch die von der Königlichen Regierung beliebte Ausführung des §. 15 jenes Gesetzes gerathen ist, und die ergebene Bitte auszusprechen, durch Einstellung einer entsprechenden Summe in den diesjährigen Etat die Möglichkeit zu schaffen, dass alte, verdiente Beamte, die bei schwerer Verantwortung und kärglicher Besoldung lange Jahre hindurch dem Staate treue Dienste geleistet haben, im hohen Alter vor Mangel bewahrt bleiben. Sie überreichen dem hohen Abgeordnetenhause beikommende Petition und erlauben sich nachfolgende Begründung denselben hinzuzufügen:

Eine Rundfrage bei den 87 Kreisphysikern, welche laut Mittheilung der Kgl. Regierung am 1. April 1901 zur Disposition gestellt worden sind, hat Folgendes ergeben:

Von jenen 87 sind bis jetzt gestorben . . . . . 6.
es haben sich aus verschiedenen Gründen befriedigt erklärt 6,
Demnach handelt es sich noch um 75 Personen.
Von denselben stehen
10 in einem Lebensalter von 80—90 Jahren
22 „ „ „ „ 70—80 „

22	in einem	Lebensalter	von	65—70	Jahren
5	„	„	„	60—65	„
2	haben ein	Dienstalter	von	50—55	Jahren
12	„	„	„	40—50	„
20	„	„	„	30—40	„
25	„	„	„	20—30	„

69 Kreisphysiker z. D. haben nur die Wartegelder mitgetheilt, welche ihnen von der Kgl. Regierung bewilligt worden sind; dieselben betragen in Summa 82359 Mark, somit durchschnittlich pro Kopf 1177 Mark, davon sind 900 Mark Gehalt, 277 Mark Entschädigung für Nebeneinnahmen.

Die fiskalische Berechnung dieser Wartegelder entspricht nicht dem §. 15 des Gesetzes vom 16. September 1899, denn

1. sind die gerichtsärztlichen Gebühren grösstentheils bei der Berechnung nicht berücksichtigt, obwohl die Kreisphysici doch unzweifelhaft Gerichtsärzte waren;

2. sind auch die gewissenhaften Angaben über ihre Emolumente, welche die Regierungspräsidenten eingefordert haben, nach unserer Meinung nicht genügend berücksichtigt;

3. ebensowenig alle übrigen Nebeneinkünfte aus Attesten und Gutachten, zu denen sie von der Regierung autorisirt waren und auf welcher sie von dieser immer wieder hingewiesen wurden, wenn sie um Aufbesserung ihres sehr geringen Gehaltes einkamen.

Da bei der Berathung des §. 15 obigen Gesetzes ausdrücklich von der Kommission des Abgeordnetenhauses, wie von der Kgl. Regierung selbst die Versicherung abgegeben wurde, dass er in humanem Sinne ausgeführt werden solle, hat die niedrige Bemessung der Wartegelder sehr überrascht, betrübt und eine Erklärung nur darin gefunden werden können, dass der Etat pro 1901 für diesen Uweck zu gering bemessen war.

Auf dle Vorstellungen und Reklamationen, welche in Folge dessen durch die Hand der einzelnen Regierungspräsidenten an den Herrn Minister gerichtet wurden, erfolgte die Antwort:

„Der Herr Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten hat auf Ihre Eingabe vom August dieses Jahres entschieden, dass er dem Gesuche um Erhöhung des Wartegeldes nicht entsprechen könne. Im Falle der Bedürftigkeit, welche des Näheren nachzuweisen wäre, würde die Gewährung einer Unterstützung in Frage kommen.

Der Regierungspräsident."

In Folge dessen sehen wir uns genöthigt, mit unsern Wünschen an das hohe Haus heranzutreten und die ergebene Bitte auszusprechen, die Einstellung einer entsprechenden Summe in den diesjährigen Etat beschliessen zu wollen. 100000 Mark würden nach unserer Ansicht genügen, um den Herrn Minister in den Stand zu setzen,

1. die nothleidenden Kreisphysiker z. D. aus dem Jahre 1901 nachträglich ausreichend zu unterstützen und

2. jedem Kreisphysiker z. D. ein jährliches Wartegeld von mindestens 2000 Mark (inklusive Gehalt) auszusetzen.

Die Höhe der aufzuwendenden Summe würde schon im Jahre 1903 eine erhebliche Reduktion erfahren, da die nachträglichen Unterstützungen wegfallen, und weiterhin dadurch, dass bei dem hohen Alter der zur Disposition gestellten Kreisphysiker vorauszusehen ist, dass der Bedarf durch Sterbefälle rasch abnimmt.

Schliesslich erlauben wir uns noch dem hohen Hause folgende Erwägungen zu unterbreiten:

Vor 20—30 Jahren war es noch möglich, das Physikat als Nebenamt zu verwalten; die enormen Fortschritte der Wissenschaft aber und die immer gesteigerten Ansprüche, welche die Regierung an die Kreisphysiker stellen musste, haben es fast jedem von ihnen, der seiner Pflicht vollständig nachkommen wollte, unmöglich gemacht, diesen Modus aufrecht zu erhalten. Das Nebenamt ist ihm unter der Hand zum Hauptamte geworden und er sah sich genöthigt, die Privatpraxis einzuschränken oder im höheren Alter, bei verminderter Leistungsfähigkeit, ganz aufzugeben. Wiedergewinnen lässt sich dieselbe aber nicht. — So oft wir um Erhöhung unseres dürftigen Gehaltes

vorstellig wurden, verwies uns die Königliche Regierung immer wieder auf die Nebeneinnahmen, welche sie uns zuwies. Die alten Kreisphysiker hatten dadurch ein bescheidenes, aber auskömmliches Einkommen; Vermögen hat sich indessen wohl keiner erworben. —

Nun kam am 1. April 1901 die Zurdispositionsstellung, durch welche nicht allein die amtliche Autorität weggefallen ist, sondern dem Publikum, den städtischen und staatlichen Behörden gewissermassen gesagt wird: „Der Mann ist nicht mehr dienstfähig." — Die Folge davon ist, dass die Aufträge und die daraus fliessenden Nebeneinnahmen, nicht nur die mit dem Amte selbst verbundenen Emolumente, sondern auch diejenigen weggefallen sind oder wegfallen werden, welche ihnen bisher als Vertrauenspersonen der Regierung übertragen worden sind; dieselben gehen zum grössten Theil auf die neuen Kreisärzte über: ich nenne als solche die Impfung, die Schulüberwachung, gerichtliche und private Gutachten und Obergutachten für Lebens-, Unfall-, Versicherungsanstalten, für Berufsgenossenschaften, Alters- und Invaliditäts-Kassen u. s. w. So sind die alten Kreisphysiker z. D. durch Fortfall ihrer Nebeneinnahmen vielfach in traurige pekuniäre Bedrängniss gerathen und können, wenn sie nicht andere Hülfsquellen haben, ihre Familie nicht ernähren."

Die Unzulänglichkeit des den zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten gewährten Wartegeldes ist, wie wir bereits bei Besprechung des Medizinaletats hervorgehoben haben (s. Nr. 2 dieser Zeitschrift, S. 47) von der Staatsregierung bereits anerkannt und in Folge dessen eine Summe von 50000 Mark als Unterstützungsfonds in den Etat eingestellt. Wir haben schon damals die Ansicht ausgesprochen, dass dieser Betrag nicht ausreichen würde, wir sind auch der Ansicht, dass man von allem Anfang an zuständiger Stelle sowohl, als in den beiden Häusern des Landtages angenommen hat, dass sich die nach §. 15 des Kreisarztgesetzes zu gewährenden Wartegelder weit höher stellen würden, als dies jetzt in Wirklichkeit der Fall ist. Umsomehr dürften daher die berechtigten Wünsche der Kreisphysiker auf Erfüllung rechnen; handelt es sich hierbei doch nur um einen Mehrbetrag von 50000 Mark, der sich ausserdem von Jahr zu Jahr verringert. Unseres Erachtens sollten aber auch die zur Verfügung gestellten Kreiswundärzte dabei berücksichtigt und vor allem bei Bemessung des Wartegeldes nicht ausser Acht gelassen werden, dass dessen Höhe die Grundlage für das spätere Wittwen- und Waisengeld bildet, ein Punkt, der auffallender Weise in der Petition ganz unerwähnt geblieben ist. Die Sorge für ihre Hinterbliebenen liegt aber den zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten sicherlich nicht minder schwer am Herzen; sie werden daher der Staatsregierung wie dem Landtage doppelt dankbar sein, wenn ihnen diese durch wesentliche Erhöhung ihres Wartegeldes genommen wird. Dies geschieht aber nur dann, wenn die Erhöhung nicht in Form von vorübergehenden Einzelunterstützungen erfolgt, sondern in Form von dauernden Zulagen, die nachher bei Bemessung der Wittwenpension mit in Anrechnung kommen. Hoffen wir, dass die Petition bei den beiden Häusern des Landtages ein geneigtes Ohr findet; dann wird auch sicherlich die Königliche Regierung entgegenkommend sein und den im Etat eingestellten Unterstützungsfonds auf das Doppelte erhöhen. Eine grosse Anzahl der zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten ist bereits gestorben; dass die Vortheile des Unterstützungsfonds auch deren Wittwen zu Theil werden, darf wohl mit Bestimmtheit erwartet werden. Red.

Dem Bundesrath ist ein Entwurf von Bestimmungen über die **gewerbliche Kinderarbeit ausserhalb der Fabriken** zugegangen. Die bestehenden Vorschriften lehnen sich an die im §. 135 Absatz 1 der Reichsgewerbeordnung bezüglich der Beschäftigung von Kindern in Fabriken getroffenen Bestimmungen an und beziehen sich nur auf solche Kinder, die noch zum Besuche der Volksschulen verpflichtet oder wegen ihres jugendlichen Alters noch nicht schulpflichtig sind. Unter dieser Voraussetzung soll die Beschäftigung fremder Kinder, abgesehen vom Austragen von Waaren, sowie als Laufbursche oder Laufmädchen verboten sein: bei Bauten aller Art, sowie im Betriebe der Ziegeleien und über Tage betriebenen Brüche und Gruben, ferner bei einer grossen Reihe von Werkstätten, in denen gesundheitlich schädliche

Stein- und Metallarbeiten gefertigt werden, sowie in Werkstätten für Spielwaaren aus Gummi, in Buchdruckereien u. s. w. In den anderen Werkstätten soll die Beschäftigung von Kindern unter 12 Jahren verboten und für Kinder von 12 bis 14 Jahren der Regel nach auf die tägliche Höchstdauer von vier Stunden zwischen 8 Uhr Morgens und 8 Uhr Abends beschränkt werden. Dieselben Vorschriften sollen für das Handels- und Verkehrsgewerbe sowie für öffentliche Theatervorstellungen und Schaustellungen, bei denen ein höheres Interesse der Kunst oder Wissenschaft nicht obwaltet, und für Gast- und Schankwirthschaften gelten; den letzteren aber die Verwendung von schulpflichtigen Mädchen ganz untersagt werden. Für die Beschäftigung beim Austragen, sowie als Laufbursche oder Laufmädchen soll, da es sich im Allgemeinen um leichte Arbeit handelt, die Altersgrenze auf das 10. Lebensjahr festgesetzt werden. Was die Beschäftigung eigener Kinder anbelangt, so soll deren Verwendung in allen den Betrieben verboten sein, in denen auch fremde Kinder nicht verwendet werden dürfen. Mit diesem Entwurf erfährt die bisher von der Arbeiterschutzgesetzgebung nur wenig berücksichtigte Hausindustrie eine Regelung, die voraussichtlich dazu beitragen wird, die in unzulässiger Weise erfolgende, körperlich, geistig und sittlich schädigende Ausnutzung der Kinder zum Wohle der heranwachsenden Generation zu verhüten.

Dem Bundesrath sind weiterhin die Entwürfe von zwei Bekanntmachungen zu dem Gesetz über die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 und betreffend den Entwurf von Bestimmungen über die Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Glashütten, Glasschleifereien und Beizereien sowie in Sandbläsereien zugegangen und von ihm in seiner Sitzung vom 20. Januar d. Js. den ständigen Ausschüssen überwiesen.

Aus dem Reichstage. Ausser der Frage der **Feuerbestattung** (siehe nachstehend), sind im Reichstage bei der Etatsberathung des Reichsamtes des Innern auch noch verschiedene andere gesundheitliche Fragen angeschnitten (**Kinderschutz in gewerblichen Betrieben und in der Hausindustrie, Gesundheitsschutz der Arbeiter in den Zinkhütten und Zündhölzerfabriken u. s. w.**). Auch die **Frauenfrage** gelangte mehrfach zur Erörterung, ohne dass hierbei wesentlich neue Gesichtspunkte zu Tage traten. Gegen das medizinische Studium der Frauen erklärte sich in der Sitzung vom 30. Januar besonders der Abg. Hoffmann-Hall (süddeutsche Volkspartei) und verlangte mindestens getrennte Universitäten. In Upsala habe man das gemeinsame Studium, aber sich dort sehr bald zu einem Verbot gezwungen gesehen, dass männliche und weibliche Studirende auf den Strassen zusammengehen. Von 119 dort Medizin studirenden Frauen hätten es vier zur Approbation gebracht. Davon sei eine gestorben, eine habe geheirathet und nur eine später ärztliche Praxis ausgeübt. Derselbe Redner gab weiterhin seinem Bedauern darüber Ausdruck, dass die schon seit so vielen Jahren in Aussicht gestellte **Medizinalreform** noch immer nicht in Angriff genommen sei. Diese Reform müsse sich auch gegen die Kurpfuscher wenden, die jetzt in mancher Beziehung sogar besser stehen, als die geprüften Aerzte. Wenn ein Arzt bei einer Entbindung einen Fehler mache, dann werde er streng bestraft, während der Kurpfuscher wegen seiner Unkenntniss bei der Bestrafung noch privilegirt werde. Das Krankenkassenwesen habe die Stellung der Aerzte sehr verschlechtert, infolge der dadurch verursachten Preisdrückerei. Auch das **Apothekerwesen** und die **Ausbildung der Apotheker** müsse neu geregelt und im Interresse der Kranken endlich ein genügender Schutz gegen Geheimmittel geschaffen werden, damit das Publikum nicht mehr wie bisher durch zahllose irreführende Anpreisungen düpirt werde. Redner fordert endlich noch eine **neue Püfungsordnung für die Thierärzte.**

Der Staatssekretär des Innern, Graf v. Posadowsky, erklärte hierauf, dass man bei der angeblich so hoch gestiegenen Intelligenz des Volkes annehmen sollte, dass sich dieses selbst gegen das Geheimmittelunwesen schützen würde, denn gegen alles könne der Staat das Publikum nicht schützen. Soweit ein Schutz nöthig sei, werde er aber geschaffen werden. Die Neuordnung des thierärztlichen Studiums beschäftige jetzt den Bundesrgth. Die Ausbildung der Apotheker werde wahrscheinlich in der Weise neu geordnet

werden, dass das Zeugniss der Reife für Prima eines Gymnasiums oder Realgymnasiums verlangt, die bisherige dreijährige Lehrzeit aber beibehalten werden. Dagegen solle die Servirzeit nach der Gehülfenprüfung auf ein Jahr verkürzt und die darauf folgende Universitätszeit auf 4 Semester verlängert werden, die Verwaltung einer Apotheke aber erst nach zwei weiteren Servirjahren nach bestandenem Apothekerexamen zulässig sein.

Feuerbestattung. In Eisenach ist nunmehr die amtliche Zulassung der Feuerbestattung erfolgt.

Im preussischen Landtag haben die Abgg. Dr. Langerhans und Barth wiederum ein Antrag auf Einführung der fakultativen Feuerbestattung gestellt. Inzwischen hat der Abg. Lenzmann die gleiche Forderung bereits im Reichstage (in der Sitzung vom 24. Januar) gestellt. Er wies darauf hin, dass jetzt fast alle Nationen die Feuerbestattung zuliessen, sogar Spanien, während sie in Deutschland, ausgenommen in einigen kleineren Bundesstaaten, nicht gestattet sei. Nachdem das Reichsgesundheitsamt in anerkennenswerther Weise Material gesammelt und Versuche über den Einfluss der Verwesungsprodukte auf das Erdreich angestellt habe, die dargethan hätten, dass die Gefahr der Infizirung des Erdbodens durch die Leichen nicht so dringlich sei, lasse sich die Feuerbestattung allerdings nicht mehr für hygienisch absolut erforderlich bezeichnen, aber dennoch sei sie der zweckmässigste Weg, einer Verseuchung vorzubeugen; denn der beste Bazillentödter sei und bleibe die Flamme. Die Hauptgründe für die Feuerbestattung liegen aber auf wirthschaftlichem Gebiete; denn die Kirchhöfe würden immer theuerer, und ihre Entfernung von der Stadt wachse in einem Grade, dass die Transporte sich immer schwieriger und zeitraubender gestalteten. Die Ansicht, dass die Feuerbestattung ausserordentlich theuer sei, treffe nicht zu; denn wenn in allen Kommunen Krematorien errichtet würden, so würden sich die Kosten bald so weit verringern, dass von einem Kostenunterschiede gegen die bisherige Art der Bestattung nicht mehr geredet werden könnte. Auch die gegen die Feuerbestattung eingebrachten juristischen, theologischen und ethischen Gründe schrumpften bei näherer Betrachtung sehr zusammen. Die Unmöglichkeit, einen Giftmord nachzuweisen, da die Verbrennung das Gift zerstöre, könne nicht ins Gewicht fallen, wenn man bedenke, wie selten dieser Fall eintrete, und wie viele Morde anderseits selbst in Berlin ungesühnt bleiben. Diese und ähnliche juristische Bedenken würden ausserdem sehr bald in Wegfall kommen, wenn gleichzeitig eine obligatorische Leichenschau eingeführt würde. Leider marschirten aber Deutschland und Preussen in diesem Punkte nicht voran, sondern hinkten nach: speziell in Preussen sehe es damit noch recht traurig aus. Die ablehnende Haltung der preussischen Regierung gegen die Leichenverbrennung sei aber nicht auf diese juristischen Bedenken, sondern weit mehr auf die Allmacht der evangelischen und katholischen Kirche zurückzuführen; in der ersteren machten sich allerdings schon Sympathien für die Feuerbestattung bemerkbar.

Todesfall. Am 31. Januar 1902 ist der weit über die Grenzen seines engeren Vaterlandes hinaus berühmte Kliniker Geheime Rath Prof. v. Ziemssen in München nach kurzer Krankheit (lobuläre akute Pneumonie) gestorben. In ihm verliert die deutsche medizinische Wissenschaft einen der hervorragendsten Kliniker, der sich aber nicht nur um diese Wissenschaft als Forscher und Lehrer, sondern auch um den ganzen ärztlichen Stand und um die öffentliche Gesundheitspflege ausserordentliche Verdienste erworben hat, die unvergessen bleiben und ihm bis in die weitesten Kreise ein unvergängliches Andenken bewahren werden!

Zulassung im Auslande geprüfter Apothekergehülfen. Der Bundesrath hat genehmigt, dass der Reichskanzler im Einvernehmen mit den zuständigen Landeszentralbehörden Apothekergehülfen, die zwar die deutsche Apothekerprüfung nicht abgelegt, aber im Auslande ein gleichwerthiges Examen bestanden haben, die Erlaubniss ertheilen kann, in deutschen Apotheken als Gehülfen thätig zu sein.

Die Angelegenheit des Kollegen Dr. Steffan in Marburg betreffs **Rückzahlung der Stempelsteuergebühr für den Titel Sanitätsrath** hat jetzt ihren formellen Abschluss durch den nachstehenden Ministerial-Bescheid erhalten: „Dem von Ihnen gestellten Antrage auf Rückzahlung des von Ihnen bezahlten Stempels für die Verleihung des Titels als Sanitätsrath bedauern wir keine Folge geben zu können, weil die Erhebung der Steuer den damals geltenden Grundsätzen entsprach. Wenn neuerdings dieser Stempel nicht mehr in Ansatz gebracht wird, so war hierbei wesentlich die Erwägung massgebend, dass durch das Reichsgesetz über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 dem behandelnden Arzte bei Ermittelung und Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten besondere Obliegenheiten auferlegt sind, und auch die Erreichung der Ziele, die das Kreisarztgesetz vom 16. September 1899 in Bezug auf die Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse verfolgt, zu einem wesentlichen Theile von der Unterstützung bedingt wird, die der beamtete Arzt bei den Privatärzten seines Bezirks findet. Unter diesen Umständen haben wir es für gerechtfertigt erachtet, auch den Privatarzt nicht mehr als reine Privatperson im Sinne der Tarifstelle 60e des Stempelsteuergesetzes vom 31. Juli 1895 zu behandeln. Eine rückwirkende Kraft kann jedoch der bezüglichen Entscheidung, die am 31. August vorigen Jahres ergangen ist, nicht beigelegt werden."

Vom 15.—18. April wird zu Wiesbaden unter dem Vorsitze des Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Naunyn-Strassburg der **20. Kongress für innere Medizin** tagen. Die Sitzungen finden im weissen Saale des Kurhauses statt. Das Bureau befindet sich neben dem Eingange des Kurhauses. Als schon länger vorbereitete Verhandlungsgegenstände, für welche Autoritäten ersten Ranges die Referate übernommen haben und welche bedeutendes aktuelles Interesse haben, stehen auf dem Programme: Diagnose und Therapie des Magengeschwürs (Referenten die Herren Ewald-Berlin und Fleiner-Heidelberg und: Die Lichttherapie (Referent Herr Bie-Kopenhagen). Ausserdem haben folgende Herren Einzelvorträge angemeldet: Herr Kaminer-Berlin: Ueber die Beziehungen zwischen Infektion und der Jodreaktion in den Leukozyten; Herr Ziemssen-Wiesbaden: Zwei Aortenaneurysmen; Herr Rumpf-Bonn: Zur Entstehung des Coma diabeticum; Herr Paul Lazarus-Berlin: Die Bahnungstherapie der Hemiplegie; Herr Manasse-Karlsruhe: Ferratose und Jodferratose; Herr Köppen-Norden: Die tuberkulöse Peritonitis und der operative Eingriff: Herr Poehl-St. Petersburg: Der Ersatz der intravenösen Kochsalzinfusionen durch Klysmen aus künstlicher physiologischer Salzlösung; Herr Ad. Schmidt-Bonn: Zur Pathologie des Magengeschwüres; Herr Friedel Pick-Prag: Ueber den Einfluss mechanischer und thermischer Einwirkungen auf Blutstrom und Gefässtonus.

Mehlersatz zu Wurst. Ein Landrath im Regierungsbezirk Düsseldorf hatte für seinen Kreis eine Polizeiverordnung erlassen, in der u. a. bestimmt war, dass Wurst nur einen Mehlzusatz von 5 Prozent enthalten dürfe. Ein Fleischer B. hatte jedoch Leberwurst verkauft, welche 7 Prozent Mehlzusatz besass; in seinem Laden hatte er ferner ein Plakat angebracht, durch welches angekündigt wurde, seine Semmelleberwurst habe bis gegen 15 Prozent Mehlzusatz; das Pfund dieser Wurst kostet auch nur 40 Pf. Im Gegensatz zum Schöffengericht hatte die Strafkammer des Landgerichts auf Freisprechung erkannt und die landräthliche Polizeiverordnung ungiltig erklärt, da die hier in Betracht kommende Materie völlig erschöpfend im Nahrungsmittelgesetz geregelt sei. Die hiergegen eingelegte Revision wurde vom Kammergericht als unbegründet zurückgewiesen und in Begründung des Urtheils ausgeführt, dass die Polizeiverordnung des Landrath gegen das Nahrungsmittelgesetz verstosse, indem sie einem Mehlzusatz von 5 Prozent überhaupt für zulässig erkläre; jeder Mehlzusatz sei aber als eine Verfälschung der Wurst anzusehen.

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

15. Jahrg. 1902.

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. Februar.

Vorsicht beim Ausstellen ärztlicher Atteste.

Von Dr. med. H. Hoffmann, Gerichtsarzt in Elberfeld.

Wie häufig wird von Patienten an den praktischen Arzt das Ansinnen gestellt, ein Gutachten zu erstatten in Fällen, wo er ein solches viel lieber ablehnen möchte. Und doch ist das Ablehnen nicht immer angängig. Gerade derartige „unangenehme" Atteste sind es aber in der Regel, die doppelte Vorsicht von Seiten des Ausstellers erheischen.

Direkt schwierig kann die Situation werden, wenn sich das Gutachten über den Geisteszustand eines Menschen äussern soll. Hier sollte man doch nicht vergessen, dass ein Urtheil über einen zweifelhaften Geisteszustand wohl nur in den seltensten Fällen nach einer einmaligen Untersuchung möglich ist. Man sollte weiter, wenn es sich um die „geistige Gesundheit" eines Menschen handelt, die alte Regel beherzigen, sich nicht positiv, sondern vorsichtig negativ auszudrücken. Diese Vorsicht ist um so mehr am Platze, wenn es sich um Personen handelt, die geisteskrank waren oder noch entmündigt sind wegen Geisteskrankheit. Man sollte dann der obigen Regel folgend niemals sagen: „Der Untersuchte ist geistesgesund", sondern höchstens: „ich vermag an dem Untersuchten heute keine Spuren einer Geisteskrankheit nachzuweisen" oder dergl., und sollte niemals ohne genaues Aktenstudium ein derartiges Gutachten abgeben.

Der nachstehende Fall, dessen Anfänge fast ein Jahrzehnt zurückreichen, ist nach dieser Hinsicht sehr instruktiv:

X. hatte vielfach Betrügereien verübt. Durch Offerten, Inserate u. s. w. suchte er die Leute glauben zu machen, er sei

ein grosser, leistungsfähiger Fabrikant, habe unbegrenzten Kredit u. s. w. Kamen dann Aufträge, so liess er sich Anzahlungen leisten, lieferte aber Nichts, da er nichts weniger als ein Fabrikant war und selbst in den dürftigsten Verhältnissen lebte. Einmal hatte er für seine eigene Fabrik einen grossen Dampfkessel bestellt, als der Ingenieur kam, um das betreffende Fabrikgebäude auszumessen, existirte ein solches überhaupt nicht.

Von der Königlichen Staatsanwaltschaft wurde am 30. Januar 1 . . . der Antrag auf Entmündigung des X. gestellt. Das in Folge dessen erstattete Gutachten des zuständigen Physikus vom 7. Februar 1 . . . ist sehr ausführlich und eingehend und schildert die Lage und die Verhältnisse in recht treffender Weise. Es schliesst mit der Diagnose: primäre Verrücktheit.

Daraufhin wurde am 21. Februar 1 . . . von dem betreffenden Amtsgerichte die Entmündigung ausgesprochen.

Von den Schicksalen des X. in den nächsten Jahren sei nur erwähnt, dass er im Ganzen länger als zwei Jahre in zwei verschiedenen öffentlichen Irrenanstalten untergebracht war, die übrigens die obige Diagnose durchaus bestätigten und quoad restitutionem die ungünstigste Prognose stellten.

Gleich nach einer probeweisen Entlassung reichte X. am 25. Oktober 1 . . . den Antrag ein, die Entmündigung wieder aufzuheben; derselbe wurde aber durch Beschluss vom 3. November 1 . . . abgelehnt auf Grund eines vom 29. Oktober 1 . . . datirten Gutachtens des ärztlichen Leiters der Anstalt, die ihn entlassen hatte.

Inzwischen hatte X. an einem Handwerkzeug eine Neuerung konstruirt und sich diese patentiren lassen!! Er stellte hierauf nach beinahe Jahresfrist — am 4. September 1 . . . — wieder den Antrag auf Wiederaufhebung der Entmündigung unter Beibringung von zwei ärztlichen Attesten. Der Aussteller des einen dieser beiden Atteste (A.) lässt die stets anempfohlene Vorsicht walten und sagt ausdrücklich, dass seine Untersuchung keine ausführliche gewesen sei, zur Feststellung der Geisteskrankheit gehöre eine längere Beobachtung. Der andere Gutachter (B.) schliesst dagegen sein Gutachten mit den Worten: „Ich halte den X. z. Z. für völlig geistig normal und ihn auch für fähig, seine Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen."

Die Wiederaufhebung der Entmündigung wird auch dieses Mal abgelehnt, weil der betreffende Physikus sich am 28. September 1 . . . dahin äussert: „er habe sich durch die Untersuchung überzeugt, dass die Voraussetzungen, welche zur Entmündigung führten, auch jetzt noch bestehen."

Weitere 9 Monate später, am 5. Juni 1 . . ., beantragte X. von Neuem seine Entmündigung aufzuheben, um ihm eine bessere Ausnützung seines Patentes zu ermöglichen. Wieder fügte er zwei aus dem vorhergehenden April datirten Atteste von Aerzten bei, deren Namen einen guten Klang haben. Der erstere (C.) spricht sich wie folgt aus:

„X. giebt an, er sei im Jahre 1 . . . entmündigt, wahrscheinlich damals überarbeitet durch geistige Ueberanstrengung bei erfinderischer Thätigkeit im

Kunstgewerbe .... Vorstehendes hat mir Herr X. deutlich und klar vorgetragen. Ich habe denselben zwei Mal zu zwei verschiedenen Zeiten jedes Mal ½ bis ¾ Stunden untersucht. Im Laufe der längeren Unterhaltungen habe ich nicht den geringsten Anhalt für einen geistigen Defekt finden können ... irgend welche Störungen des Bewusstseins nicht nachgewiesen. .... Er giebt auf alle Fragen klare und verständige Antworten ... Das Vorstellungsleben ist vollständig normal. Meine ärztliche Ueberzeugung geht dahin, dass nach meinen bis jetzt gemachten Beobachtungen Herr X. vollständig zurechnungsfähig ist; es ist demnach die Aufhebung der Entmündigung zu befürworten.“

Der andere Gutachter (D.) sagt:

„Ich hatte mit dem X. eine ca. halbstündige Unterredung, in deren Verlaufe ich die Ueberzeugung gewann, dass derselbe sich zur Zeit im Vollbesitze seiner Geisteskräfte befindet. Die Aufhebung der ... Entmündigung scheint mir daher keine Bedenken zu haben.“

Also, abgesehen von den früheren Gutachten des A. und B., jetzt zwei positive Aussagen, dass X. vollständig zurechnungsfähig sei und sich im Vollbesitze seiner Geisteskräfte befinde. Und dem gegenüber in den Akten Gutachtenvon zwei öffentlichen Irren-Anstalten dahin gehend, dass X. unheilbar geisteskrank sei!

Das Amtsgericht beraumte nun für den 13. September 1 ... eine Vernehmung an; X. hatte mehrfach seinen Wohnsitz gewechselt und auch häufig seine Wohnung innerhalb des Ortes. Er war auch nicht auffindbar, als ich vor der Vernehmung, zu der ich als Sachverständiger geladen war, ihm einen Vorbesuch machen wollte. So kam ich, ohne den X. gesehen zu haben, nur mit Kenntniss der Akten zu dem Termine.

Diese Vernehmung verlief völlig resultatlos; ich glaube nicht, dass am Ende derselben der Richter die Ueberzeugung hatte, mit einem Geisteskranken verhandelt zu haben; mir selbst erging es nicht anders. X. verstand — wenn ich so sagen soll — so geschickt zu dissimuliren und allen nur irgendwie verfänglichen Fragen aus dem Wege zu gehen, so dass es nicht gelang ihn in seiner Ideenwelt festzuhalten. Er war ruhig, wortkarg, „zugeknöpft“, beschränkte sich nur auf kurze Antworten. Kam die Sprache darauf, dass er ein grosser Fabrikant sei oder doch gewesen sei, so bestritt er alle derartige Behauptungen energisch. Er habe nur Erfindungen gemacht, von denen eine patentirt sei; dabei legte er die Patenturkunde vor und erläuterte das Werkzeug sachgemäss. Auf Weiteres liess er sich nicht ein.

Ich bat zum Schluss, mein Gutachten schriftlich abgeben und zur besseren Vorbereitung desselben den X. noch ein oder mehrere Mal aufsuchen zu dürfen, eine Bitte, die natürlich zugestanden wurde.

Zunächst erbat ich mir nun die Akten und die Krankengeschichten des X. von den beiden Irrenanstalten, in denen er internirt gewesen war. In liebenswürdigster Weise wurden mir diese zur Verfügung gestellt.

Nachdem ich mich mit dem Inhalte derselben bekannt gemacht hatte, suchte ich den X. am 25. September 1 ... in seiner Wohnung auf. Auch hier war er zunächst sehr vorsichtig, sehr verschlossen, aber allmählich „thaute er auf“ und ging aus sich heraus. Alle Ideen, die ihn früher beherrschten, erschienen in

„vermehrter und verbesserter Auflage". Es sei aus dem später erstatteten Gutachten nur Einiges angeführt:

„X. ist natürlich zu Unrecht entmündigt, das ganze Entmündigungsverfahren ist auf Betreiben einer bestimmten Persönlichkeit, seines Feindes, eingeleitet worden. Er wird überhaupt verfolgt, man trachtet ihm nach dem Leben: einmal sollte er erschossen werden, aber der gedungene Meuchelmörder war zufällig sein Freund und verrieth ihm den Plan.

Als er eines Nachts erwachte, standen drei Polizeibeamte vor ihm und hatten ihm die Mündungen ihrer geladenen Revolver auf die entblösste Brust gesetzt: nur mit genauer Noth entging er dem Tode.

Was seine Erfindungen angehe, so vergleicht er sich mit Edison, nur habe er — X. — mehr erfunden als Edison.

Die Zerlegung des galvanischen Stromes sei seine Erfindung; eine unparirbare Waffe habe er erfunden, gegen die sich Niemand vertheidigen könne, dieser Erfindung wegen wolle er eine Audienz beim Deutschen Kaiser nachsuchen, dann würde er wohl bald in seine Rechte eingesetzt werden und öffentlichen Schutz geniessen.

Für eine grosse Fabrik habe er die gesammte Einrichtung geliefert; jetzt wolle er sich auf die Fabrikation von Eisenbahnschienen werfen, da die bisher in Deutschland hergestellten schlecht und untauglich seien u. s. w. u. s. w."

Kurz, dasselbe Bild wie früher! Und geht man auf einen Punkt näher ein, dann auch dieselbe Erscheinung wie früher: Ausflüchte, ausweichende Antworten, „darüber möchte ich jetzt nicht weiter sprechen" u. s. w. Und führt man ihn ad absurdum, so lächelt er und greift nach einer anderen Idee, die er mit der gleichen Lebhaftigkeit bespricht und entwickelt.

Nach diesem Resultate konnte der Schlusssatz des abzugebenden Gutachtens nicht fraglich sein, und auf Grund desselben wurde durch Beschluss vom 18. Oktober 1 . . . der Antrag auf Aufhebung der Entmündigung zurückgewiesen.

Die Nothwendigkeit eines neuen preussischen Seuchengesetzes.

Von Kreisarzt Dr. Braeutigam in Königsberg i/N.

Am 15. Oktober 1901 hat das Reichsgericht eine für alle praktizirenden Aerzte in Preussen sehr ernste Entscheidung gefällt; es hat nämlich erkannt, dass das Unterlassen der Anzeige einer ansteckenden Krankheit seitens eines Arztes als Delikt nach §. 327 des Strafgesetzbuches zu ahnden sei.[1]) Dieser Paragraph kennt aber nur Gefängnissstrafe, falls Jemand die Absperrungs- oder Aufsichtsmassregeln oder Einfuhrverbote, welche von der zuständigen Behörde zur Verhütung des Einführens oder Verbreitens einer ansteckenden Krankheit angeordnet worden sind, wissentlich verletzt. Es ist dieselbe harte Bestimmung, wie sie der §. 328 bezüglich der Viehseuchen festsetzt und deren Härte hier verhältnissmässig häufig empfunden wird, indem bald hier, bald dort ein Viehhändler, mag er auch bisher sein Gewerbe noch unbestraft ausgeübt haben und mag er auch im schweren Ringen um den Erwerb und um Vermeidung empfindlichen Verlustes gehandelt haben, mit Gefängniss bestraft wird, weil er Vieh über die Grenze der einen

[1]) Siehe Beilage zu Nr. 24, Jahrg. 1901, S. 275, in der das Urtheil auf Veranlassung des Verfassers abgedruckt ist.

Provinz in die andere ohne die nothwendige Erlaubniss getrieben oder gefahren hatte. Die gleiche entehrende Strafe soll nun auch Aerzte treffen, wenn sie einen Fall von Infektionskrankheit nicht anmelden. Der Drang der Praxis, der schweren Landpraxis, die Sorge um das immer schwerer auf anständige Weise für den Arzt und seine Familie zu erkämpfende tägliche Brod, der Kummer und die schlaflosen Nächte um einen oder mehrere den Arzt bedrückende Patienten — alles das entschuldigt absolut nicht. Sobald der Arzt weiss, dass er Diphtherie, Typhus u. s. w. in seine Behandlung bekommen hat, muss er vor Allem schleunigst melden; denn sonst droht ihm das Gefängniss. Der §. 327 kennt keine mildernde Umstände, er ist unerbittlich selbst für den humansten Richter; nur, wenn der betreffende Arzt vom Vorhandensein der ansteckenden Krankheit nichts wusste, darf der Richter ihn exkulpiren. Und warum ist dieser Paragraph herangezogen worden? Offenbar deswegen, weil ein wirkliches Seuchengesetz in Preussen noch immer fehlt. Hätten wir ein solches mit klaren Strafbestimmungen, so könnte eben nur nach diesem Gesetze geurtheilt werden.

Dabei ist thatsächlich nicht so sehr viel gewonnen mit der Anwendbarkeit des §. 327. Denn einmal wird mancher Kreisarzt und mancher Polizeiverwalter doch lieber davon zurücktreten, einen Arzt ins Gefängniss zu bringen wegen unterlassener Anmeldung, anderseits wird wegen Nichtanzeige von im Regulativ nicht aufgeführten Krankheiten keine Bestrafung erfolgen können; da es eben nach wie vor an einer gesetzlichen Bestimmung fehlt, auf Grund deren eine gültige Aufsichtsmassregel im Sinne des §. 327 angeordnet werden könnte.

Darum bleibt die Forderung bestehen: Wir bedürfen dringend eines neuen preussischen Seuchengesetzes. Hoffentlich wird der Entwurf zu einem solchen noch in dieser Session dem Landtage vorgelegt!

Die Mitwirkung des praktischen Arztes bei Bekämpfung ansteckender Krankheiten, insbesondere in Bezug auf Anwendung und Ueberwachung der betr. Desinfektionsmassregeln in der Wohnung des Kranken.

Von Kreisarzt Med.-Rath Dr. Heidenhain-Stolp.

Während nach dem preussischen Regulativ vom 8. August 1835 die Anzeigepflicht für Krätze, Weichselzopf, Kopfgrind, Krebs und Gicht noch besteht, oder wenigstens, so antiquirt sie ist, noch nicht aufgehoben ist, so ist eine Anzeigepflicht für Diphtherie durch ein späteres Gesetz nicht eingeführt; nur ein ministerieller Erlass vom 1. April 1884 hält es für geboten, „da die Diphtherie häufig epidemisch auftritt und unzweifelhaft zu den ansteckenden Krankheiten gehört, dass, wenn bösartige und epidemisch sich verbreitende Fälle dieser Krankheit vorkommen, der Polizeibehörde hiervon Anzeige gemacht wird und rechtzeitig die erforderlichen

sanitätspolizeilichen Massregeln ergriffen werden". In Folge dieses Ministerialerlasses ist bekanntlich die Anzeigepflicht vielfach im Wege der Polizeiverordnung angeordnet, aber eine derartige Verordnung bekanntlich vom Kammergericht wiederholt für die im Geltungsbezirk des Regulativs liegenden Provinzen als gesetzlich unzulässig erklärt. Aber auch da, wo die Anzeigepflicht durch Polizeiverordnung eingeführt, sinkt sie zu nur statistischem Werth herab, wenn der behandelnde Arzt nicht auch gleichzeitig gesetzlich verpflichtet ist, sofort nach Feststellung der Erkrankung für den Kranken, die Krankenstube und die sämmtlichen Mitglieder der Familie entsprechende und streng zu befolgende sanitätspolizeiliche Massregeln, d. h. die nothwendigen Desinfektionsmassregeln zu treffen und energisch durchzuführen.

Unter den praktischen Aerzten hat sich merkwürdiger Weise die Ansicht verbreitet, der Medizinalbeamte sei allein dazu eingesetzt und bestimmt, die Desinfektionsmassregeln in den Krankenstuben anzuordnen, während sie selbst nur der Anzeigepflicht zu genügen hätten! Der praktische Arzt, der auf dem Lande einen Fall von Typhus, Diphtherie u. s. w. feststellt, schreibt nun — im günstigsten Falle noch an demselben Tage — seine Meldekarte und schickt diese per Post an den Amtsvorsteher; dieser soll sie in Preussen allerdings nach §. 14 der Dienstanweisung Abs. 5 für die Kreisärzte unverzüglich direkt an den Kreisarzt schicken, der letztere hat aber ausser bei den ersten Fällen von Lepra, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken und Wochenbettfieber nur dann die Berechtigung, sofort die erforderlichen Ermittelungen anzustellen, wenn die Krankheit sich häuft oder sonst in einer für das öffentliche Wohl bedenklichen Weise auftritt. Soll nun mit der Anordung der Verhütungs- und Desinfektionsmassregeln bis zum Erscheinen des Kreisarztes gewartet werden? Der Medizinalbeamte wird eben dann meist eine epidemische oder wenigstens endemische Verbreitung der Krankheit vorfinden!

In grossen Bezirken, sowie in grossen Städten, wo Fälle ansteckender Krankheiten oft gleichzeitig in grösserer Anzahl auftreten, ist es weiterhin dem Medizinalbeamten oft unmöglich, überall die nöthigen Ermittelungen anzustellen und die nothwendigen Massregeln zu treffen. Das allerdings veraltete preussische Regulativ vom 8. August 1835, das hoffentlich recht bald durch ein neues ersetzt wird, enthält nun im §. 17 die recht zweckmässige, aber von den Aerzten scheinbar wenig gekannte und jedenfalls meist nicht beachtete Bestimmung:

„Bleibt der Kranke in seiner Wohnung, so ist der denselben behandelnde Arzt verbunden, mit darüber zu wachen, dass die sanitätspolizeilichen Vorschriften genau befolgt werden; die Kontrole darüber fällt der Polizei zu."

Wenn somit für die Bekämpfung ansteckender Krankheiten bestimmte, von den Kranken und dessen Angehörigen zu beachtende Vorsichts- und Desinfektionsmassregeln allgemein bekannt gegeben sind, so hat der behandelnde Arzt die Pflicht, deren genaue Befolgung zu überwachen, auch ohne dass diese Massregeln vorher noch besonders von der Polizei und dem Kreisarzt, denen die

Kontrole zufällt, angeordnet sind. Diese Ueberwachung ist also im Geltungsbereich des Regulativs nicht blos eine moralische, sondern eine gesetzliche Pflicht des Arztes; die leider in dem Reichsseuchengesetz nicht berücksichtigt ist. Insofern weist also diesem gegenüber das alte Regulativ eine wesentliche Verbesserung auf, die hoffentlich auch in dem neuen preussischen, demnächst dem Landtage vorzulegenden Seuchengesetz beibehalten wird. Es wird dann aber auch Sache der Polizei und der Medizinalbeamten sein, darüber zu wachen, dass die Bestimmung von Seiten der praktischen Aerzte mehr als bisher beachtet wird.

Bemerkungen zur Granulosefrage.

Von Kreisarzt Med.-Rath Dr. **Heidenhain** in Stolp.

Die verhältnissmässig geringen Erfolge der bisherigen, vom Staate, Kreisen und Gemeinden gemachten Anstrengungen, um die Granulose einzuschränken oder gar niederzukämpfen, haben in einer Reihe Fehler ihre Ursache.

Die Verbreitung, welche die Granulose von Kreis zu Kreis, von Provinz zu Provinz genommen hat und, wenn nicht energische Massregeln getroffen werden, weiter nehmen wird, hat in erster Stelle in der Freizügigkeit ihren Grund. Die Freizügigkeit ist gesetzlich gewährleistet; es ist jedoch sicher wohl die Frage zu erwägen, ob nicht polizeiliche Massregeln es verhindern können, dass durch Granulose verseuchte Familien in bisher immune Gemeinden einwandern.

Ich habe wiederholt Gemeinde-Vorsteher und Gemeindemitglieder darüber aufzuklären versucht, welche Gefahr der Verseuchung der Gemeinde bevorstände, falls sie sich aus verseuchten Dörfern Arbeiterfamilien in ihre Gemeinden hereinzögen; die Gemeinde selbst müsste sich vor Zugang aus durchseuchten Gegenden schützen. Ja, so lautet für gewöhnlich die Antwort: wir sind froh, wenn wir Arbeiter bekommen!

Hier kann — meiner Ansicht nach — nur dadurch vor diesem Wege der Verbreitung Schutz gesucht und gefunden werden, wenn Familien von durchseuchten Gemeinden erst in immune Gemeinden übersiedeln dürfen, nachdem sie durch kreisärztliche Gutachten für granulosefrei erklärt sind. Ob dann noch eine Desinfektion von Kleidern und Wäsche, Hausmöbeln u. s. w. nöthig ist vor der Uebersiedelung, dürfte sehr wohl der Ueberlegung werth sein.

Die Heilung der Granulosekranken scheitert aus verschiedenen Gründen in den meisten Fällen. Die Heilung der Granulose erfordert nicht nur die Behandlung durch Sachverständige, sondern auch eine lang andauernde Behandlung.

In erster Stelle muss verlangt werden, dass die Granulosebehandlung in gesetzliche Wege geleitet wird, wie die Impfung. Die Behandlung muss obligatorisch sein; die als an Granulose Erkrankten — Kinder und Erwachsene — müssen polizeilich

gezwungen werden, sich den ärztlichen Verordnungen zu fügen; die Behandlung darf nicht von dem guten Willen der Erkrankten abhängen; sie müssen gezwungen sein, sich so oft als nöthig, der ärztlichen Behandlung zu stellen; sie dürfen nicht wegbleiben können, sobald es ihnen beliebt. Ohne gesetzliche Regelung dieser Frage ist jedes Bemühen verlorene Zeit und verlorenes Geld. Die Behandlung muss weiterhin in ärztlichen Händen ruhen. Einmal ist es eine absolut ungerechte Anforderung, die heute die Behörde an die Dorfschullehrer stellt, wenn sie anordnet, der Arzt kontrolirt, der Lehrer wird nach Anordnung des Arztes die Behandlung übernehmen. Dann aber wird beim besten Willen es dem Lehrer selten auf die Dauer gelingen, gleichmässig gut Salbe oder Tropfen dem kranken Auge zu appliziren.

Wenn es im Interesse des Staates liegt — und meiner Ansicht nach muss es die ernste Sorge des Staates sein — der Granulose Herr zu werden, dann muss der Staat Ernst machen und nicht der Verbreitung der Granulose dadurch Vorschub leisten, dass er aus Sparsamkeitsrücksichten Zeit und Geld vergeudet.

In einem so durchseuchten Kreise, wie es der Stolper Kreis ist, müssen in grösseren Ortschaften jüngere Aerzte eingesetzt werden, welche in den ihnen zuertheilten Gemeinden die Granulosekranken behandeln resp. die der Operation bedürftigen Kranken in die Augenklinik der nächsten grossen Stadt senden müssen. Für die Behandlung der Granulosekranken in der Stadt ist der Augenarzt der allein zuständige Arzt.

Verhandlungen des Reichstages über verschiedene Fragen aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens (Irrenwesen, Krankenhäuser, Geheimmittel, Gesundbeten, Lungenheilstätten, Schutz der Arbeiter gegen Milzbrand, Wohnungsfrage), der Unfall- und Invalidenversicherung.

Vom Herausgeber.

Bereits in der vorigen Nummer der Zeitschrift ist unter Tagesnachrichten (S. 94 u. 95) kurz über diejenigen Sitzungen des Reichstages berichtet, in denen bei Gelegenheit der Berathung des Reichsamts des Innern verschiedene gesundheitliche Fragen (Kinderschutz in gewerblichen Betrieben, Gesundheitsschutz der Arbeiter in Zinkhütten und Zündholzfabriken, Kurpfuschereiwesen, Feuerbestattuag u. s. w.) zur Erörterung gelangten.

Bei der weiteren Berathung dieses Etats, insbesondere bei dem Etat des Reichsgesundheits- und des Reichsversicherungsamtes sind dann eine ganze Reihe anderer Fragen auf diesem Gebiete angeschnitten, die nicht nur für die Aerzte, sondern vor allem für die Medizinalbeamten von grösstem Interesse sind, da sie fast sämmtlich ihre amtsärztliche und vertrauensärztliche Thätigkeit berühren. Deshalb dürfte es auch angezeigt sein, die Verhandlungen darüber an der Hand des stenographischen Berichts etwas ausführlicher zu bringen, die betheiligten Kreise

werden dann am besten in der Lage sein, die entsprechenden Nutzanwendungen daraus zu ziehen.

Der Abg. Lenzmann forderte von Neuem die reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens, eine Forderung, der man nur beistimmen kann, allerdings nicht aus den von ihm vorgetragenen Gründen. Er vermied es diesmal, eine Anzahl Fälle von widerrechtlichen Internirungen angeblich Geistesgesunder vorzuführen, und beschränkte sich nur auf den bekannten Fall Petzold in Auerbach (Königr. Sachsen), bei dem er sich auf Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Flechsig in Leipzig als seinen Gewährsmann berief. Seine Vorwürfe gegen die Irrenärzte waren überhaupt weit vorsichtiger als sonst; wie wenig Urtheilsvermögen er diesen aber beimisst, ergiebt sich aus dem von ihm konstruirten Beispiel, bei dem ein Ehemann von den Irrenärzten lediglich auf die Aussagen seiner bösartigen Ehefrau und seiner bösartigen Kinder für geisteskrank erklärt wird. Ein Arzt, der auf so einseitige Aussagen sein Urtheil bildet, verdient allerdings nicht den Namen eines Irrenarztes; glücklicherweise sind aber derartige Irrenärzte nur Fantasiegebilde des Abg. Lenzmann. Derselbe will ferner die Aufnahme eines Geisteskranken in eine Anstalt von dem Beschluss einer Besichtigungskommission abhängig machen, der auch Laien angehören; als Pendant dafür wird der für die Aufrechthaltung der Untersuchungshaft erforderliche Beschluss eines Kollegiums angeführt, dabei aber ganz ausser Acht gelassen, dass dieses Kollegium nur aus Richtern besteht, obwohl hier vielleicht die Heranziehung von Laien nach einigen Vorfällen in der Neuzeit eher als bei der Aufnahme von Geisteskranken in eine Anstalt angebracht ist. Die Kommission soll jedoch erst nach Aufnahme des Kranken in eine Anstalt ihre Entscheidung treffen, und als Laien sollen hierbei „Ortsbewohner, die das Leben und Treiben des Kranken ohne eigenes Interesse beosachtet haben", mitwirken. Für jeden in eine Anstalt aufgenommenen und von der Kommission zu beurtheilenden Kranken müsste somit mindestens je ein Laienmitglied aus dessen Heimath und zwar oft aus den entferntesten Gegenden herbeigeholt werden; an diese Konsequenz seines Vorschlags und der damit verbundenen Kosten hat der Antragsteller aber jedenfalls nicht gedacht, denn sonst hätte er ihn unmöglich machen können. Er scheut sich auch gar nicht, dreist zu behaupten, dass man fast in allen Kulturstaaten derartige Besichtigungskommissionen mit Laienmitgliedern hat, obwohl nur ein kurzer Blick in die einschlägige Litteratur ihn belehrt haben würde, dass dieselben bis jetzt zu den Ausnahmen gehören. Dabei giebt diesmal der Abg. Lenzmann selbst zu, dass es äusserst schwierig sei, zu beurtheilen, ob Jemand geisteskrank und anstaltsbedürftig ist; trotzdem trägt er kein Bedenken, die Entscheidung dieser schwierigen Frage nicht dem kompetenten Arzte, sondern den angeblich objektiver urtheilenden Laien mit zu überlassen. Die Fälle, die früher von ihm als Beweise für die angeblich widerrechtliche Zurückhaltung Geistesgesunder in Irrenanstalten mitgetheilt sind und die sich nach den in Folge dessen angestellten amtlichen Ermit-

telungen als absolut unrichtig herausgestellt haben (s. S. 110), geben ihm hoffentlich Veranlassung, gegen seine Gewährsmänner künftig zurückhaltender zu sein und den Irrenärzten etwas mehr Vertrauen entgegenzubringen. Die Letzteren sträuben sich auch gar nicht gegen eine sachgemässe Kontrolle; desgleichen stimmen sie ebenso wie wir mit dem Abg. Lenzmann darin überein, dass diese Kontrolle sich nicht nur auf die privaten, sondern auch auf die öffentlichen Anstalten erstrecken sollte. Dass z. B. die Provinzialverwaltungen bestrebt sind, ihre Irren- u. s. w. Anstalten den hygienischen Anforderungen entsprechend einzurichten, soll gern anerkannt werden, dass aber in dieser Hinsicht Manches zu wünschen übrig bleibt und auf die Nothwendigkeit einer staatlichen Aufsicht hinweist, unterliegt keinem Zweifel. Bei einer staatlichen Kontrolle würde es sicherlich nicht vorkommen, dass, wie der Landesdirektor der Provinz Hannover in der diesjährigen 2. Sitzung des dortigen Provinziallandtages (am 13. d. M.) zur Begründung eines Umbaues der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Langenhagen berichtet, in dieser Anstalt 277!! Idioten mehr untergebracht sind, als nach den bestehenden Vorschriften über die Raumverhältnisse in Kranken- u. s. w. Anstalten zulässig erscheint. Da nach seiner Mittheilung die Zahl der in der Anstalt verpflegten Geistesschwachen jährlich um 20 gestiegen ist, und die jetzige Gesammtzahl 709 beträgt, so ist die Anstalt schon seit 14 Jahren überfüllt und zur Zeit um 50 %!! zu stark belegt! Ebenso wie der Staat sein Aufsichtsrecht allen kommunalen und privaten Irren- u. s. w. Anstalten gegenüber ausübt, sollte er dies auch den Provinzialanstalten gegenüber in gleicher Weise thun, und zwar nicht nur bei den Irrenanstalten, sondern auch bei allen übrigen provinzialständischen Kranken- u. s. w. Anstalten.

Eine weit grössere Rolle als die Irrenanstalten spielten bei den Verhandlungen des Reichstags am 1. u. 3. Februar d. J. die Krankenanstalten überhaupt. Hier war es wiederum besonders der Sozialdemokrat Antrick, der in Bezug auf die Einrichtung, den Betrieb und die Beaufsichtigung dieser Anstalten schwere Anklagen erhob und diese durch zahlreiche Beispiele von angeblich thatsächlich vorgekommenen oder noch bestehenden Missständen zu begründen versuchte. Namentlich bemängelte er die ungenügende Menge der Krankenhäuser überhaupt, sowie die völlig unzureichenden Verhältnisse des Wartepersonals, insbesondere dessen mangelhafte Ausbildung, Besoldung und Versorgung, sowie die Ueberanstrengung desselben im Dienst, die lediglich dadurch bedingt würde, dass die Zahl der Wärter im Vergleich zu der Krankenziffer in fast allen Krankenhäusern aus Sparsamkeitsrücksichten zu gering bemessen sei. Betreffs der einzelnen, von dem genannten Abgeordneten gerügten Missstände muss auf den stenographischen Bericht verwiesen werden; inwieweit dieselben auf Wahrheit beruhen, werden die in Folge dessen sicherlich angeordneten Untersuchungen ergeben. Aber wenn sich auch nur ein Theil derselben als zutreffend erweisen sollte, so genügt dieser

völlig, um ein energisches Vorgehen und eine strengere Kontrolle seitens der Aufsichtsbehörden zu veranlassen, sonst wird ihnen nicht mit Unrecht der Vorwurf gemacht werden können, dass sie zu nachsichtig gewesen sind, namentlich zu nachsichtig gegen kommunale Kurzsichtigkeit oder Knauserei am unrechten Platze. Dass viele Gemeinden, besonders die Grossstädte, keine Mühe und Kosten gescheut haben, um mustergültige Krankenanstalten zu schaffen, und dass in dieser Beziehung Deutschland keinem Kulturstaat nachsteht, sondern wohl die meisten überflügelt, darüber herrschte im Reichstage, abgesehen von den Sozialdemokraten, nur eine Stimme; ebenso einhellig war man aber mit Recht der Ansicht, dass gerade auf diesem Gebiete etwaigen Missständen mit aller Energie entgegengetreten werden müsste. Die nachstehenden Reichstagsverhandlungen zeigen, wie selbst tüchtige Verwaltungen, hervorragende Krankenhausärzte jederzeit Angriffen ausgesetzt sind und gleichsam im Glashause sitzen; sie zeigen aber auch, dass die Aufsichtsbehörden und speziell die Medizinalbeamten, denen in erster Linie die Ueberwachung der Krankenanstalten und die Sorge für die Errichtung solcher Anstalten obliegt, auf ähnliche Angriffe gefasst sein müssen und für etwaige Missstände verantwortlich gemacht werden können. „Missgeschicke" lassen sich selbst in mustergültigen Krankenanstalten nicht immer vermeiden, dauernde Missstände sollten dagegen in keiner Anstalt mehr vorkommen; dies Ziel zu erreichen, ist eine der wichtigsten Aufgaben nicht bloss der staatlichen, kommunalen u. s. w. Verwaltungen, sondern auch der Medizinalbeamten!

Der Abg. Müller-Sagan hat sich bei Gelegenheit der Debatte über den Etat des Reichsgesundheitsamtes das Verdienst erworben, die neueste und tollste Kurpfuscherei, das Gesundbeten", den aus Amerika importirten „Eddysmus" (auch „christian science" oder metaphysische Heilmethode genannt) mit scharfen und zutreffenden Worten als den grössten Humbug des neuen Jahrhunderts zu geisseln; ob dies aber etwas helfen wird, müssen wir trotz der scharfen Verurtheilung, den dieser Humbug auch durch Se. Majestät den Deutschen Kaiser erfahren hat, bezweifeln. Die Thatsache, dass das sogenannte Gesundbeten bisher nur in Grossstädten festen Fuss gefasst hat und die Kranken, die sich der metaphysischen Heilmethode unterwerfen, hauptsächlich den besseren und angeblich hochgebildeten Kreisen angehören, beweist, dass auch in diesen Kreisen die Dummen nicht alle werden und sich von schlauen Amerikanerinneu und deren gelehrigen deutschen Schülerinnen auf die unverschämteste Weise schröpfen lassen, wenn diese Schröpfung von „zarten" Händen geschieht und in einen gewissen übernatürlichen Nimbus gehüllt ist. Der Herr Staatsminister Graf v. Posadowsky ist der Ansicht, dass man gegen derartige Dinge nicht allgemein mit staatlichen Massegeln vorgehen sollte, auch dürften die Bestimmungen des Strafgesetzbuchs über Betrug oder diejenigen des unlauteren Wettbewerbs zu einem etwa nothwendigen Einschreiten genügen; unseres Erachtens ist dieser Humbug ein schlagender Beweis für die

Nothwendigkeit eines Kurpfuschereiverbotes und zwar nicht etwa mit Rücksicht auf den ärztlichen Stand, sondern mit Rücksicht darauf, dass es für einen Kulturstaat, der sich mit Recht anschickt, seine Bevölkerung gegen die Ausbeutung durch Geheimmittel zu schützen, noch weit nothwendiger ist, die trotz ihrer grossen Bildung noch recht unmündige Bevölkerung gegen die weit schlimmere Ausbeutung der Kurpfuscher zu schützen und sie nicht blos vor pekuniärem, sondern hauptsächlich vor gesundheitlichem Schaden an Leib und Seele zu bewahren.

Betreffs der sonst zur Verhandlung gelangten Fragen (Geheimmittel, Lungenheilstätten, Wohnungsfrage, Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften u. s. w.) verweisen wir auf den nachstehenden Bericht[1]):

A. Reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens.

(Sitzungen am 1. u. 3. Februar 1901.)

Abg. Lenzmann (fr. Volksp.) beantragt: Der Reichstag wolle beschliessen:

„Die verbündeten Regierungen aufzufordern, baldigst einen Gesetzentwurf vorzulegen, welcher die Grundsätze feststellt, wodurch die Aufenthaltsverhältnisse und die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten sowie die Entlassung aus denselben reichsgesetzlich geregelt werden."

Er bemerkt, dass er diesen Antrag, der bereits im Jahre 1897 einstimmig vom Reichstage angenommen sei, so lange einbringen werde, bis er auch bei den verbündeten Regierungen Annahme finden wird. In den deutschen öffentlichen und privaten Irrenanstalten befinden sich 66 000 Geisteskranke, für die zu sorgen eine heilige Pflicht des Reiches ist. Auch der Amtsvorgänger des jetzigen Staatssekretärs habe die Dringlichkeit einer reichsgesetzlichen Regelung anerkannt, während dieser der Ansicht sei, dass sich die Angelegenheit besser durch Landesgesetzgebung regeln lasse. Redner will den Reichstag nicht ermüden mit einer ihm früher sehr übel vermerkten Kritik der Irrenärzte und mit einzelnen Fällen, obwohl sich diese um Hunderte von Fällen vermehrt haben; er giebt dabei aber zu, dass man bei 90, vielleicht bei 99 % dieser Fälle sehr vorsichtig in der Beurtheilung sein und sich sagen müsse, „dass die meisten Irren sich für verständig halten und demzufolge mit Klagen über ungerechte Behandlung kommen, die wieder auf eine fixe Idee zurückzuführen sind." Nur ein Fall kann Redner nicht unerwähnt lassen, d. i. der Fall des Fabrikanten Petzold in Auerbach. Er bezieht sich hierbei auf eine Broschüre des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Flechsig in Leipzig, die sämmtlichen Reichstagsmitgliedern zugestellt ist und deren Inhalt mit Rücksicht auf die Autorität des Verfassers wohl kaum angezweifelt werden könne. Darnach ist der betreffende Fabrikant als geisteskrank (an sog. Paranoia expansiva leidend) erklärt worden, obwohl bei ihm nach dem Urtheil des Prof. Dr. Flechsig auch nicht eine Spur des Irrsinns vorliegt. Man habe vielmehr denselben unschädlich machen wollen, weil er Unregelmässigkeiten des Kämmerers und des diesen deckenden Bürgermeisters aufgedeckt habe; durch längere Beobachtung in seiner Klinik sei aber von Prof. Dr. Flechsig festgestellt, dass von Wahnvorstellungen bei Petzold keine Rede sein könnte. Wenn alle Leute an Paranoia expansiva leiden sollen, die sich mehr dünken, als sie sind, so würde auch manches Mitglied des Reichstages an dieser Krankheit leiden. Dieser Fall beweise von Neuem, dass die zur Zeit geltenden Bestimmungen über Entmündigung von Geisteskranken sowie über deren Aufnahme in Irrenanstalten u. s. w. nicht ausreichen, um diese in ihren Rechten zu

[1]) Zur besseren Uebersicht sind die Verhandlungen nach den dabei zur Erörterung gebrachten Gegenständen geordnet und dementsprechend auch die Ausführungen der einzelnen Redner an zutreffender Stelle wiedergegeben.

schützen. Redner will allerdings dankbar anerkennen, dass in Preussen inzwischen eine recht brauchbare Anweisung erlassen ist; sie befasst sich aber nur mit der Aufnahme und Behandlung der Irren in Privatanstalten, nicht in öffentlichen Anstalten. Die Vorschriften für die öffentlichen Anstalten werden jedoch nicht etwa durch das Ministerium, sondern durch Reglements der Provinzial-Landtage, die lediglich das Mundstück des Oberpräsidenten oder des Landesdirektors sind, geregelt; der Landesdirektor holt aber seine Informationen bei den ihm dienstlich unterstellten Irrenärzten, gegen die man unter Umständen die Kranken schützen muss. Man sagt zwar, die öffentlichen Anstalten hätten kein Interesse daran, einen Patienten länger zu behalten, als es nothwendig sei, da sie sämmtlich überfüllt sind; Redner glaubt auch nicht, dass sie Jemanden böswillig zurückbehalten, wohl ist er aber der Ansicht, dass die öffentlichen Anstalten ihre Unterlagen aus unzuverlässigen Quellen und durch unzuverlässige Personen sammeln. In allen anderen Staaten hat man Besichtigungskommissionen, welche die Irrenärzte kontrolliren, um zu verhüten, dass ihnen von Familienangehörigen u. s. w. falsches Material geliefert wird; in Preussen werden die Irrenanstalten dagegen nur einmal im Jahre von einer Besuchskommission revidirt. Das genügt nicht! Wenn schon bei der Verhaftung das Urtheil des Untersuchungsrichters nicht genügt, sondern das eines Kollegiums eingeholt werden muss, so ist dies noch mehr der bei der Aufnahme eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt erforderlich. Das sei eben das Traurige, dass der Irre, wenn er sich beschwert, sofort die Antwort erhält, „du beweisest grade durch deine Beschwerde, das du verrückt bist, du hältst dich für gesund und willst nicht in der Anstalt bleiben, das ist der beste Beweis, dass du verrückt bist. Mit diesen Scheingründen operiren die Aerzte in diesen Anstalten.“ Redner verlangt jedoch nicht, dass vor jeder Aufnahme eines Kranken die Besichtigungskommission in Thätigkeit treten soll, sondern nur, dass dies innerhalb einer gewissen Zeit erfolgt und zwar durch eine aus Irrenärzten, Juristen und Laien bestehende Kommission. Irrenärzte gehören unter allen Umständen dazu, wenn der Geisteszustand eines Kranken untersucht werden soll, Juristen aber auch, weil der Irrenarzt nicht so geschult ist, das ihm von dem Betheiligten Vorgetragene als objektive Wahrheit zu erkennen. Er wird sich z. B., wenn eine Frau ihren Mann los werden will, meist auf eine Vernehmung der bösartigen Frau und der bösartigen Kinder beschränken und in Folge dessen ein Zerrbild von dem Manne erhalten. Damit würde sich ein Jurist nicht begnügen. Bei Blödsinn giebt es wenig Merkmale, an denen man die Krankheit erkennt, die Verdickung hinter dem Ohr ist jedenfalls kein untrügliches Zeichen, sondern wie objektiv ein Irrenarzt festgestellt hat, meist die Folge von Misshandlungen des Wartepersonals. Der Laie, genommen aus den unparteiischen Ortsbewohnern, die das Leben und Treiben des Mannes beobachtet haben, wird ebenfalls ein objektives Urtheil fällen können. Das verrückte Benehmen wird bald für alle Welt erkennbar, und wenn die Heimathsangehörigen von derartigen blödsinnigen und wahnsinnigen Erscheinungen nichts bemerkt haben, trotz des Umgangs mit dem Manne, dann kann man überzeugt sein, dass sie entweder auf Seite der vernehmenden Person oder des Irrenarztes eingebildete Erscheinungen sind. Die Thätigkeit dieser Besichtigungskommission soll erst nach einiger Zeit beginnen; dieselbe soll einen Kollegialbeschluss fassen, ob der Kranke noch in der Anstalt zu verbleiben hat. Landesrechtlich lassen sich diese Sachen nicht regeln, da sonst ein und dieselbe Person in den verschiedenen Bundesstaaten verschieden behandelt wird, wie z. B. der Freiherr v. Münch, der in seiner Heimath Württemberg für verrückt erklärt worden ist, in Preussen dagegen nicht. Es handelt sich hier um die Aermsten der Armen, ihnen gebührt der Schutz des Reichs. Redner hofft, dass der Reichstag ohne Ausnahme, ohne Unterschied der Partei, seinen Antrag einstimmig annimmt, und sich der Bundesrath von der Nothwendigkeit einer reichsgesetzlichen Regelung der Angelegenheit überzeugt.

Staatssekretär des Innern, Staatsminister Graf v. Posadowski-Wehner: Dass in Irrenanstalten Kranke auch einmal rüde behandelt werden, lasse sich nicht leugnen, denn einem Irrenwärter ist eine sehr schwere Aufgabe gestellt, und auch solch einem Manne versagen manchmal die Nerven; aber auf derartige Misshandlungen stehen die allerstrengsten Strafen, und der schuldige Wärter wird meist sofort entlassen. Wegen der im Vorjahre von dem Vorredner vorgebrachten Fälle, in denen angeblich Personen zu Unrecht in Irrenanstalten zurück-

gehalten seien, oder in denen es zweifelhaft gewesen wäre, ob sie überhaupt geisteskrank seien, hat sich der Staatssekretär mit dem zuständigen preussischen Kultusminister in Verbindung gesetzt; die in Folge dessen angestellten Ermittelungen haben dann ergeben, dass der Thatbestand ein ganz anderer war. In dem einen Falle wollte der zahlungspflichtige Sohn für die an Selbstmordmanie leidende Mutter nicht mehr weiterbezahlen und verlangte ihre Entlassung, „sowie um Mittheilung über den Tag, wo er seine Mutter holen und einsperren könne." Die Irrenanstalt stand auf den Standpunkt: die Frau leidet an schwerer Selbstmordmanie und darf nicht entlassen werden. Der Sohn wollte dagegen aus rein finanziellen Gründen seine Mutter abholen; hier lag also eine widerrechtlich oder eine wissenschaftlich nicht begründete Zurückhaltung eines Geisteskranken keinesfalls vor. In dem anderen Falle sollte ein geistesgesunder Mensch in eine Irrenanstalt verbracht worden sein, weil er seine Geschwister des Vatermordes geziehen habe, die thatsächlich den Vater ermordet hätten. Das Ergebniss der angestellten Untersuchungen war: „Niemals ist eine Anklage wegen des in Frage stehenden Vatermordes erhoben worden. Die Angaben wegen eines gewaltsamen Todes waren unglaubhaft; die betreffende Leiche zeigte keine Spuren gewaltsamen Todes. Schon vier Jahre vor dem Tode des Vaters hatte dieser die Aufnahme seines Sohnes in eine Irrenanstalt selbst beantragt. Als der Vater später plötzlich starb, beschuldigte der nämliche Sohn, dessen Verbringung in eine Irrenanstalt der eigene Vater gewünscht hatte, seine beiden Geschwister des Vatermordes. Der Sohn wurde in eine Irrenanstalt verbracht, blieb sechs Monate dort, wurde als gebessert entlassen und widerrief seine frühere Anschuldigung. Schon im darauffolgenden Jahre musste der Geisteskranke, der seinem Bruder aufgelauert und ihn verletzt hatte, wieder in eine Irrenanstalt verbracht werden. Dort war er lange Zeit geistig schwer gestört. Als er später wieder entlassen worden war, widerrief er abermals seine frühere Anschuldigung und machte sich heftige Vorwürfe über die Schädigung, die er seinen Geschwistern zugefügt. Der betreffende Anstaltspflegling war somit wirklich schwer geistesgestört; ein Vatermord war nicht vorgekommen."

Der preussische Kultusminister hat sich demgemäss dahin resumirt:

„Wenn der Abg. Lenzmann behauptet, dass eine geistig gesunde Person in eine Anstalt für Geisteskranke aufgenommen sei, weil thatsächlich richtige Angaben derselben als Krankheit verkannt seien, und dass diese Beschuldigungen sich auf einen wirklich vorgekommenen Vatermord bezogen hätten, so ergiebt sich demgegenüber, dass der Betreffende bereits Jahre vor und nach der Zeit der Beschuldigung in einer für Jeden erkennbaren Weise geisteskrank war, dass der später von ihm als unrichtig zurückgenommenen Beschuldigung des Vatermordes von den Anstaltsärzten — auch bei der Frage der Entlassung — gegenüber dem sonstigen Zustande besonderes Gewicht nicht beigelegt ist, schliesslich, dass überhaupt ein Mord des Vaters gerichtlich nicht festgestellt worden ist."

Dass Geisteskranke glauben, sie würden verfolgt oder man suche sie dadurch unschädlich zu machen, dass man sie in eine Irrenanstalt einsperrt, während sie ganz gesund seien, kommt zahlreich vor. Aber jeder einzelne Fall muss sehr vorsichtig untersucht werden; namentlich mahnen die in der Presse häufig mitgetheilten Fälle zur Vorsicht.

Der Staatssekretär hat sich mit Rücksicht auf die frühere Erklärung seines Amtsvorgängers an die preussische Regierung gewendet, um festzustellen, ob deren Stimme dafür zu gewinnen ist, eine solche reichsgesetzliche Regelung der Materie vorzunehmen. Man ist aber in Preussen der Ansicht, dass die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Entmündigung, die Vorschriften des Zivilprozessos über das Entmündigungsverfahren und die einzelnen provinziellen Reglements, die der Genehmigung der Regierung bedürfen, eine ausreichende Garantie dagegen gewähren, dass geistesgesunde Personen in verbrecherischer Absicht in Irrenanstalten gebracht oder widerrechtlich aus Gewinnsucht oder anderen Gründen dort zurückgehalten werden. Sollte der Reichstag den Lenzmann'schen Antrag annehmen, so wird sich der Staatssekretär wiederholt mit der preussischen Regierung, aber auch mit den übrigen Bundesstaaten in Verbindung setzen, um zu erfahren, wie jetzt die verbündeten Regierungen zu dieser Frage stehen. Mehr könne er vorläufig nicht erklären.

Abg. Stöcker (konserv.) kann zu der vom Abg. Lenzmann beantragten Resolution nur Ja sagen und wünschen, dass die Sache vom Reiche in die richtigen Wege geleitet werde. Manches sei allerdings in dieser Hinsicht während der letzten Jahre besser geworden; auch müsse zugegeben werden, dass es Irre giebt, die zu 99% gesund und zu 1% irrsinnig sind, und denen man nichts von einem Irrsinn anmerkt. Man muss deshalb vorsichtig in seinem Urtheil sein. Aber wenn ein Mensch von Allen, die jahrelang mit ihm umgehen, für verständig gehalten wird, so ist es doch schwer zu verstehen, wenn er als geisteskrank erklärt und in ein Irrenhaus gebracht wird. Redner glaubt deshalb, dass man mitunter Sonderbarkeit mit Irrsinn verwechselt.

Staatssekretär des Innern, Graf v. Posadowsky-Wehner kann betreffs der Resolution über das Irrenwesen nur wiederholen und dringend davor warnen, an alle die Mordsgeschichten zu glauben, die in den Zeitungen über Einsperrungen geistesgesunder Personen stehen. Ein Laie ist kaum in der Lage, auf Grund selbst längeren Verkehrs zu beurtheilen: wo hört da der gesunde Menschenverstand auf, und wo fängt die gemeingefährliche Geisteskrankheit an? Jedenfalls muss Redner mit aller Bestimmtheit widersprechen, dass Fälle absichtlicher Einsperrung geistesgesunder Menschen vorgekommen bezw. mit Bewusstsein gesunde Leute in einer Irrenanstalt zurückgehalten seien. Dass auch einmal eine falsche Diagnose gestellt wird, mag sein; das wird sich aber sehr bald bei der Beobachtung in einer Irrenanstalt aufklären. Es ist eine allgemeine Erscheinung, dass jeder Geisteskranke glaubt, geistig völlig gesund zu sein. Es kommt dazu, dass sehr häufig Familien, wenn sie durch solche Irren aufs schwerste in ihrem Familienleben bedroht werden, sich entschliessen, die finanziellen Opfer zu bringen und einen derartigen Kranken einer Anstalt zu übergeben. Reichen später die Mittel nicht aus, so bereut man den Schritt und sagt sich: vielleicht ist der Kranke jetzt gebessert, wir wollen ihn doch wieder in die Familie zurücknehmen. Dann gehen die Beschwerden bei dem Anstaltsdirektor los; man besucht den Kranken, er ist scheinbar ruhiger geworden, die Nerven sind etwas abgespannt; dann heisst es: er ist ja ganz gesund, wir wollen ihn zurücknehmen. Der Direktor erklärt demgegenüber: er ist nicht gesund, leidet an der schwersten Selbstmordmanie, solange er nicht täglich beobachtet wird, wird er im ersten freien Augenblick Selbstmord begehen, oder er leidet an Verfolgungswahnsinn, er kann das Leben Anderer aufs schwerste gefährden, oder er leidet an der Manie, Feuer anzuzünden u. s. w. — der Patient ist nicht gesund. Dann wendet man sich häufig an die Oeffentlichkeit und behauptet dort, der Patient sei ganz gesund, er werde zu Unrecht zurückbehalten. Solche Fälle lassen sich durch Resolutionen und Kautelen ebensowenig verhindern, wie sich durch diese die Diagnose der Aerzte ersetzen lässt.

Abg. Prinz zu Schönaich-Carolath (nat.-lib.): Gerade weil die Grenze zwischen Geistesgesundheit und Geisteskrankheit eine so leicht verschwindende ist, mahnen alle Erfahrungen auf diesem Gebiete zur äussersten Vorsicht und fordern vor allem, dass eine genauere Ueberwachung und Inspizirung der Irren- u. s. w. Anstalten als bisher stattfindet. Namentlich können in Bezug auf die nicht rechtzeitige Entlassung von Geisteskranken Missgriffe vorkommen, die vermieden werden müssen. Niemand ist bedauernswerther und hat mehr Anspruch auf das Mitgefühl seiner Mitmenschen als der Irre; deshalb müsse alles Mögliche zu seinem Schutze geschehen.

Bei der am Schlusse der Sitzung vom 3. Februar stattfindenden Abstimmung wurde der Antrag des Abg. Lenzmann mit grosser Mehrheit angenommen.

B. Krankenhäuser; Krankenpflegepersonal.

(Sitzungen am 1. und 3. Februar d. J.)

Abg. Antrick (Soz.) ist der Ansicht, dass mit den amtlichen Revisionen der Krankenhäuser recht wenig erreicht wird, weil diese vorher angemeldet werden, und der Vertreter der Regierung dann Alles in bester Ordnung findet. Die beklagten Missstände können vielmehr nur dadurch beseitigt werden, dass keine Geldkosten gescheut und vor allen Dingen die Ursachen, der Missstände beseitigt werden. Es besteht ein grosser Mangel an Krankenhäusern, weniger in den grossen Städten, als besonders in den kleineren und mittleren Städten und auf dem flachen Lande. Nach

Ansicht des Dr. Schütze, dirigirenden Arztes eines Sanatoriums in Bad Kösen, müssten in Deutschland etwa 50% aller Krankenhausbedürftigen aus Mangel an Krankenhäusern abgewiesen werden. Die Ursache hiervon liegt theils daran, dass eine Anzahl von Kommunen aus Mangel an Mitteln nicht in der Lage sind, Krankenhäuser zu bauen, theils aber auch daran, dass städtische Vertretungen aus Mangel an Einsicht, aus Knauserigkeit oder Filzigkeit keine Krankenhäuser bauen. Als Beispiel hierfür führt Redner die Orte Schönfliess, Schwiebus und Driesen an. Wie gefährlich die Versagung der Mittel zum Neubau eines Krankenhauses sein kann, macht sich namentlich beim Auftreten einer ansteckenden Krankheit bemerkbar; dann sind es besonders die armen, in kleinen, ungesunden Wohnungen wohnenden Leute, die am allerersten einer solchen Krankheit zum Opfer allen. Auch in Spremberg, einer Stadt mit 10000 Einwohnern, befinden sich ganz ungenügende Krankenhausverhältnisse. Hier ist ein einziger männlicher Wärter vorhanden, der ein Jahresgehalt von 550 Mark erhält, wobei die Frau ihre ganze Arbeitskraft noch in den Dienst der Stadt stellen muss. Dieser Krankenwärter hat auch für die Beköstigung der Kranken zu sorgen; dafür erhält er für jeden Kranken aus einer Krankenkasse 80 Pfennig pro Tag und Kopf, für Stadt- und Landarme 60 Pfennig. Es fehlt jede weibliche Krankenpflege, deshalb will auch keine Arbeiterin in's Krankenhaus. Redner erwähnt jedoch, dass die Stadt so halb und halb von oben herab gezwungen sei, ein anderes Krankenhaus zu bauen, so dass dem Missstande demnächst abgeholfen werde. Noch schlimmer seien die Verhältnisse in Kottbus, einer Stadt mit 40000 Einwohnern, grosser Textilindustrie und Ortskrankenkassen, deren Mitgliederzahl 16- bis 17000 beträgt. Als Beweis für die Richtigkeit seiner Behauptung führt Redner die Angaben des dortigen Krankenhausarztes, San.-Rath Dr. Michaelis, an, nach denen schon seit 18 Jahren die Unzulänglichkeit des städtischen Krankenhauses erkannt worden und eine Kommission ernannt sei, die festgestellt habe, dass man in Kottbus ein Krankenhaus mit mindestens 100 Betten brauche. Das jetzige Krankenhaus sei eingeschlossen von Nachbargrundstücken; eine dicht dabei gelegene Kegelbahn und eine grössere Handlung mit Lumpen und Haaren belästige es ungemein. Es sei nicht erweiterungsfähig und besitze so gut wie gar keinen Garten, in dem sich die Kranken ergehen könnten; denn der vorhandene Vorplatz würde zumeist als Trockenplatz für die Wäsche gebraucht. Die Korridore und Treppen seien so eng, dass man sie mit einer Trage mit schweren Kranken gar nicht passiren könne. Die Mansardenzimmer seien nur 2 m hoch und die Luft darin so schlecht, dass auch die Schwestern und Krankenpfleger sich beschwert hätten. Auf ein Bett kommen 14 kbm. Während man bei einer Einwohnerschaft von 40000 mit 150 bis 200 Betten rechnen müsse, seien nur 46 vorhanden. Die Räume seien deshalb fast immer überfüllt, so dass der Arzt oft nicht wisse, wie und wo er die Kranken unterbringen könne. Es haben schon Geisteskranke mit anderen Patienten zusammengelegt werden müssen; Kinder könnten gar nicht aufgenommen werden. Der Oberbürgermeister von Kottbus glaube aber trotzdem, dass bei einigermassen gutem Willen das Krankenhaus noch lange aushalten dürfte.

Redner frägt, wie sich der neugebildete Reichsgesundheitsrath zu derartigen Missständen stellt. Nach §. 14 des Reichsseuchengesetzes sind die Behörden berechtigt, bei Epidemien Kranke und Ansteckungsverdächtige zwangsweise in einem geeigneten Krankenhaus unterzubringen. Um so mehr ist der Staat verpflichtet, derartigen Gemeinden gegenüber sein Aufsichtsrecht anzuwenden und sie zu zwingen, endlich ihre Pflicht zu thun.

Er erwähnt dann, dass selbst in einem Krankenhause in Berlin, wo doch, relativ genommen, die bestgeleiteten Krankenhäuser seien, in dem Elisabeth-Kinderhospital, in vorigem Jahre 40 Kinder durch Ansteckung im Krankenhause selbst an Gonorrhoe erkrankt seien. In diesem Krankenhause sollen ausserdem sehr primitive Einrichtungen herrschen und nicht einmal genügend Nachtgeschirre für die Kinder vorhanden sein. Es sei weiter festgestellt worden, dass Familien ihre Kinder rein hineingebracht haben, und diese dann ausser jener ansteckenden Krankheit direkt Unreinlichkeiten, ja sogar Läuse aus dem Krankenhaus mit herausgebracht haben. Wo bleibt hier die Aufsichtsbehörde, der neue Gesundheitsrath, wo die Ausführungsbestimmungen zum Seuchengesetz, wenn nicht einmal in ruhigen Zeiten solche ansteckenden Krankheiten verhindert werden können?

In Folge seiner Ausführungen bei der Berathung des Seuchengesetzes hat Redner Zuschriften aus allen Ecken und Kanten Deutschlands erhalten; er sei aber diesen gegenüber sehr vorsichtig gewesen und habe den Einsendern anheimgegeben, sie in einer nicht sozialdemokr. Zeitung zu veröffentlichen. Dies sei vielfach geschehen und ihm dann die Veröffentlichung zugeschickt. So habe die Braunschweigische Landeszeitung über das Krankenhaus in Harzburg einen Fall mitgetheilt, dass dort ein scharlachkranker Tapezierer in den ersten vier Wochen gar kein Wasser zum Waschen, oder gar zum Baden bekommen habe und später nur alle acht Tage ein Mal Wasser zum Gesichtwaschen. Obgleich der Kranke in der ersten Zeit Morgens „wie aus dem Wasser gezogen" war, hat er weder reine Leib-, noch Bettwäsche erhalten. Die Wärterin erhält bei diesem Krankenhause nur eine Mark und muss dafür dem betreffenden Patienten Beköstigung und täglich 2 Liter Milch liefern. Jedenfalls gehe aus den mitgetheilten Fällen hervor, dass auf diesem Gebiete noch sehr viel zu thun sei, um bessere Verhältnisse zu schaffen.

Redner kommt dann auf die Krankenwärterfrage zu sprechen und führt als Beispiel das Krankenhaus Bethanien an, wo die Wärter von 6 Uhr Morgens bis 8 Uhr Abends im Dienste sind und dann noch Nachtwachen leisten müssen, wobei sie dann einschlafen. Das Krankenpflegepersonal sei auch zu gering bemessen, namentlich für die Nachtzeit, so dass die Kranken oft erst länger klingeln und schreien müssen, ehe ein Wärter kommt. Aehnliche Zustände sind ihm vom Hedwigskrankenhaus in Berlin mitgetheilt.

In der Provinz fehlt aber nicht nur ein gut ausgebildetes, gut verpflegtes und anständig bezahltes Wartepersonal, sondern auch ein gut ausgebildetes und gut bezahltes Aerztepersonal in den Krankenhäusern. Die leitenden Aerzte sind zu grossem Theil auf Privatpraxis angewiesen; in Folge dessen werden dann die Visiten im Sturm gemacht. Dasselbe geschieht jedoch auch in Berlin. Redner hat einmal draussen in Moabit nach der Uhr gesehen: da kam auf die Konsultation eines Kranken ungefähr 1/2 Minute. „Der Arzt sagt „guten Morgen!" wenn es ein höflicher Mann ist, sonst sagt er gar nichts, sieht die Temperatur nach und sieht in 10 Minuten 30 Kranke durch; ist ein besonderer Fall, so dauert es ein paar Minuten länger." Es ist bei dieser Art der ärztlichen Thätigkeit in Krankenhäusern nicht nur die Gefahr vorhanden, dass die Kranken nicht sachgemäss behandelt werden, sondern es stehen selbst Menschenleben auf dem Spiel. Es soll vorgekommen sein, dass Aerzte mit grosser Privatpraxis in Krankenhäusern bei Operationen Dinge gemacht haben, die sie, wenn sie bekannt geworden wären, vor den Staatsanwalt gebracht hätten; so habe in Berlin ein Arzt, ein etwas nervöser Herr, bei einer Hämorrhoidenoperation dem Kranken einfach die Harnleitung durchschnitten, so dass dieser niemals wieder normal uriniren kann. Dass auch sonst derartige Dinge vorkommen, darüber führt Redner den bekannten Brief des Geh. Med.-Raths Dr. Wesche in Dessau an, den dieser vor 10 Jahren in seiner früheren Stellung als Kreisphysikus in Bernburg über die Verhältnisse in dem dortigen Krankenhause an den damaligen technischen Referenten des Medizinalwesens beim Ministerium in Dessau gerichtet habe. Trotz der hier mitgetheilten groben Missstände sei der betreffende Arzt noch jetzt Leiter des Krankenhauses. Die anhaltische Regierung scheine die Verhältnisse unterdrücken oder vertuschen zu wollen und habe dem Geh. Med.-Rath Dr. Wesche auch nicht die Genehmigung zur Vernehmung in einem Strafprozess gegeben, der gegen den Redakteur der Zeitung, die jenen Brief veröffentlicht habe, anhängig gemacht sei.

Als Beispiel für die Missstände in Krankenhäusern wird ferner die Privat-Irrenanstalt von Dr. Fränkel und Dr. Oliven in Lankwitz bei Berlin erwähnt; dieselbe werde zwar sehr häufig von Potsdam aus revidirt, aber wenn die Revision komme, sei alles in schönster Ordnung, weil die Besitzer vorher auf irgend eine Weise Nachricht erhielten. Hier sei der Baderaum in einer kleinen Küche, in der auch die Wäsche vom Koth befreit und das Geschirr gereinigt werde. Drei bis fünf Patienten würden in einem und demselben Wasser gebadet; Wäsche, die nicht bettlägerige Kranke acht Tage getragen, erhielten die bettlägerigen zum Weitertragen; in gleicher Weise werde mit der Bettwäsche verfahren. Die Anstalt besitzt keinen Desinfektionsapparat; es wird daher dort nichts desinfizirt; manchmal wird nicht einmal für der Mühe werth gehalten, neues Stroh in die Strohsäcke zu thun, sondern derselbe alte Strohsack, auf dem ein Mann gestorben ist, wird in den nächsten

Tagen von einem anderen Kranken benutzt. Das Wartepersonal wird dort ganz miserabel bezahlt; es erhält 27 Mark pro Monat und muss 15 bis 16 Stunden täglich arbeiten.

Redner hält sodann weiter ein Einschreiten der Regierung gegen das medizinische Institut für Diagnostik in Berlin von Dr. Klopstock (Schiffbauerdamm) für erforderlich. In dieser Anstalt werde hauptsächlich mit Infektionsstoffen gearbeitet; es werden bakteriologische Untersuchungen gemacht, Sputum von Tuberkulösen u. s. w. untersucht, Impfungen an Ratten, Meerschweinchen, Kaninchen und Mäusen zu wissenschaftlichen Versuchszwecken vorgenommen, ohne die nothwendigen Vorsichtsmassregeln. Ja, es soll vorkommen, dass die Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten u. s. w., nachdem sie an diesen Einimpfungen zu Grunde gegangen sind, nicht sofort beseitigt werden, sondern dort tagelang herumliegen, so dass die Gefahr einer Ansteckung vorliegt. Es sollen auch keine Vorsichtsmassregeln getroffen werden, um die in der Anstalt beschäftigten Leute vor Ansteckung zu schützen; angeblich ist es auch schon vorgekommen, dass ein Wärter sich dort infizirt hat. Auch in der Königlichen Charité-Entbindungsanstalt sollen kolossale Missstände herrschen und die zu Entbindenden nicht nur roh von den Hebammen und dem Inspektor behandelt, sondern direkt geschlagen werden, wenn sie zu laut über ihre Schmerzen klagen.

Die Verhältnisse des Pflegepersonals haben sich in den letzten Jahren nur wenig geändert. Auch heute besteht noch in Deutschland eine 14- bis 20stündige Arbeitszeit bei den Wärtern und eine Bezahlung, anfangend von 18 Mark monatlich bis zu 30 und 40 Mark steigend. Dafür könne man kein gutes Pflegematerial bekommen; deshalb kehren die besten Elemente diesem Berufe den Rücken, so dass die Krankenhäuser mit minderwerthigem Material zu arbeiten haben. Alle von dem Redner vorgebrachten Missstände und Klagen sind nach seiner Ansicht hauptsächlich auf schlechte Bezahlung, Verpflegung und Behandlung des Pflegepersonals zurückzuführen. In der Königlichen Augen- und Ohrenklinik in Berlin würden auf einzelnen Stationen keine Nachtwachen gestellt; in Folge dessen sei es vor 14 Tagen vorgekommen, dass ein Kranker sich im Fieber in die Spree gestürzt habe und ertrunken sei. Die Wärter erhielten hier nur 25 Mark pro Monat, vierteljährlich um 1 Mark steigend; ihre Wohnungen seien miserabel, z. Th. im Keller gelegen, wo sie weder Luft noch Licht haben. Nicht besser sei es in der Charité. Lassen sich ausserdem die Wärter etwas zu Schulden kommen, oder kommen sie zu Schaden, oder ziehen sie sich eine Krankheit zu, so werden sie rücksichtslos auf die Strasse geworfen. Ein Wärter, der in der Königlichen Charité 7 Jahre ununterbrochen zur vollen Zufriedenheit der Krankenhausverwaltung gearbeitet, sei z. B. auf beiden Augen blind geworden und in Folge dessen entlassen; er erhalte nun ein Gnadengehalt von 7 Mark pro Monat als Pension. Rein formell genommen, sei die Verwaltung allerdings nicht verpflichtet, dem Mann irgend etwas zu zahlen, aber moralisch sei sie verpflichtet, einen in ihrem Dienst erblindeten Mann nicht mit einem Almosen abzuspeisen.

Auch in anderen Städten, wie Düsseldorf, Danzig, Frankfurt, Friedrichsberg bei Hamburg, Kessenich bei Bonn u. s. w., bestehen gleiche Verhältnisse, Redner will hierauf nicht näher eingehen, sondern nur erwähnen, dass sich im Danziger Krankenhause (am Oliver Thor) im August v. J. ein Kranker in Folge ungenügender Aufsicht aus dem Fenster gestürzt habe und dadurch um's Leben gekommen sei. Hoffentlich werde aus diesen Vorgängen die preussische Regierung Veranlassung nehmen, Vorsorge zu treffen, dass endlich einmal solchen schweren Missständen entgegengetreten wird. Das kann sie, wenn sie die Aufsicht richtig ausführt und vor allen Dingen in ihren Anstalten mit gutem Beispiel den Privatanstalten vorangeht, indem sie besonders die angestellten Wärter besser bezahlt, behandelt und verpflegt.

Zum Schluss verwahrt sich Redner gegen den Vorwurf, dass die früher von ihm gemachten Angaben über Missstände im städtischen Krankenhause Moabit unrichtig und unwahr seien; er halte diese jetzt noch aufrecht und habe sie auch in einer öffentlichen Versammlung wiederholt, um dem Magistrat Gelegenheit zu geben, einen Strafantrag zu stellen. Ein solcher sei aber nicht erfolgt, sonst würde der Redner in der Lage gewesen sein, den Wahrheitsbeweis für seine Behauptungen anzutreten. Der Geheimrath Dr. Kirchner habe damals allerdings sofort im Auftrag seiner Behörde das betreffende

Krankenhaus revidirt; aber wie er es revidirt habe, stehe auf einem anderen Blatt. Er habe sich das Krankenhaus zwar angesehen, aber nicht die angegebenen Missstände untersucht oder festzustellen gesucht. Trotzdem habe er sofort dem Oberbürgermeister geschrieben, dass er in dem Krankenhause Alles in vorzüglicher Ordnung gefunden habe. Eine gründliche Revision könne er jedoch unmöglich vorgenommen haben, sonst hätte er die vom Redner angeführten Missstände finden müssen, da diese auf Wahrheit beruhten. Wenn die Revisionen in dieser Weise ausgeführt werden, dürfe man sich nicht wundern, wenn man zu den Aufsichtsbehörden kein Vertrauen mehr habe. Jedenfalls seien in Deutschland noch aussergewöhnlich grosse Missstände vorhanden, sowohl in Bezug auf die Krankenverpflegung, als in Bezug auf die Besoldung, Zahl und Ausbildung des Wärterpersonals; ausserdem fehle es an geeigneten Krankenhäusern überhaupt. Dies dürfe aber unmöglich so weiter gehen, sondern die Kommunen müssten durch staatlichen Druck veranlasst werden, mehr Krankenhäuser zu bauen und weiter dafür zu sorgen, dass ein gut ausgebildetes, gut bezahltes und gut verpflegtes Pflegepersonal zur Verfügung steht. Dazu gehöre allerdings Geld und abermals Geld, wie denn überhaupt an den jetzigen Missständen nicht die einzelnen Krankenhausverwaltungen, das Warte- und Pflegepersonal Schuld seien, sondern das Sparsystem am unrechten Ort, das für Kulturzwecke keine Mittel zur Verfügung habe.

Abg. Dr. Müller-Sagan (freis. Volksp.) betont, dass nach §. 14 des Reichsseuchengesetzes krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen in ein Krankenhaus zwangsweise übergeführt werden können, falls der beamtete Arzt es für unerlässlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt. Das Krankenhaus müsse aber ein geeignetes sein. Nach der „Berliner Aerzte-Korrespondenz“ sollen nun während des zweiten Halbjahrs 1900 im Teltower Kreis-Krankenhause von 25 diptheriekranken Kindern unter 14 Jahren nicht weniger als 16, also 64 %, zu Grunde gegangen sein, während im Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Krankenhause zu Berlin die Sterblichkeit diphtheriekranker Kinder nur 10,7, im Britzer Kreis-Krankenhaus nur 13,3 % betrage. Die Ursache dieses ungünstigen Ergebnisses in dem Teltower Krankenhause sei lediglich in der Eigenart seines ärztlichen Direktors, des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Schweninger, zu suchen, der hier sein eigenes Verfahren, die Schweninger-Therapie, zur Anwendung bringt und grundsätzlich jede andere Behandlung der Diphtherie, insbesondere die Heilserum-Therapie ausschliesst. Ein Krankenhaus, welches die Fortschritte der Wissenschaft in solcher Weise ausser Betracht lässt, könne aber im Sinne des Gesetzes nicht mehr als ein geeignetes Krankenhaus gelten. Redner muss auch bezweifeln, dass in diesem Krankenhause die Antisepsis streng durchgeführt werde, da aus demselben in seine eigene Häuslichkeit die Diphtherie eingeschleppt worden sei und daselbst zur Erkrankung von dreien seiner Kinder geführt habe. Nach seiner Ansicht solle daher das Kaiserliche Gesundheitsamt verpflichtet sein, bei den Landesbehörden nachzuforschen, welche Krankenhäuser als nicht „geeignet“ im Sinne des Gesetzes vom 30. Juni 1900 zu erachten sind, um nicht nur eine Schädigung der Gesundheit Einzelner, sondern eine Gefährdung des Gemeinwohls durch reichsgesetzlich vorgeschriebene Massnahmen zu verhüten.

Abg. Stoecker (konserv.) bemerkt, dass die vom Abg. Antrick geschilderten Missstände viel besser Unglücksfälle genannt würden; denn dass im Krankenhaus selbst einmal eine ansteckende Krankheit ausbricht und ehe man es merkt, auch andere Kranke davon betroffen werden können, lasse sich bei aller Vorsicht nicht immer verhüten. Auch der von dem Elisabeth-Kinderkrankenhause erwähnte, leider auf Wahrheit beruhende Fall beruhe nicht auf einem dauernden Missstand, sondern sei ein Missgeschick. Das dortige Aerzte- und Schwesterpersonal sei das denkbar tüchtigste und gewissenhafteste; es bedauere am meisten den Unglücksfall, der jetzt amtlich untersucht werde. Es wäre deshalb besser gewesen den Abschluss dieser Untersuchung abzuwarten. Redner möchte sodann das Reichsgesundheitsamt auf zwei Broschüren „Mädchenopfer, die Schwesternpflege an Männern“ bezw. „Unter dem Deckmantel der Barmherzigkeit, die Schwesternpflege in den Krankenhäusern“ aufmerksam machen, die sich auf freie Schwestern beziehen. Manchen unter diesen und den von ihnen bedienten Krankenhäusern wird der Vorwurf gemacht, dass in der Krankenpflege an Männern Dinge geschehen, die nicht nur peinlich und bedenklich, sondern schamlos sind. Redner würde diesen unglaublich erscheinenden

Anklagen schwerlich ohne Weiteres geglaubt haben, wenn er nicht von ganz zuverlässiger Seite erfahren hätte, dass eine pflegende Schwester an einem geschlechtskranken Manne Verrichtungen von einer solchen Hässlichkeit gethan hat, dass er sie nie für möglich gehalten hätte. Man sage freilich Krankenpflegerinnen seien unentbehrlich, und männliche Wärter gäbe es nicht genug. Das sei wahr, aber um so mehr sei es Sache des Staatswesens, dafür zu sorgen, dass Männer zur Krankenpflege herangebildet werden; jetzt nimmt man sie, wo man sie findet. Auch sind im Ganzen die männlichen Wärter schlecht bezahlt, ohne Ruhe und Rast beschäftigt, sowie ohne Aussicht auf ein Auskommen für das spätere Leben, wenn sie in's Elend gerathen. Jedenfalls kann die Sache so nicht weitergehen. In der Gewerbegesetzgebung werden die Arbeiterinnen vor unsittlichen Dingen geschützt, das müsse auch für Krankenpflegerinnen geschehen. Redner würde sich freuen, wenn die Besprechung dem Reichsgesundheitsamt Anlass gäbe, diese Fragen durchzudenken und die Sachen genau zu untersuchen.

Dr. Klügmann, ausserordentl. Gesandter und bevollmächtigter Minister der Freien Hansestädte hält sich für verpflichtet, zu dieser Sache das Wort zu nehmen, da sich die Broschüren auf die Hamburger Krankenhäuser beziehen. Die Hauptfrage bei der Krankenpflege der Schwestern ist die Ausübung der Krankenpflege in Männersälen und die Beschränkungen, die dabei eintreten müssen. Die Schwesternpflege in Hamburg wird nicht ausgeübt durch freie Schwestern, sondern durch Schwestern, die in einem festen Verbande stehen. Die Pflege in den Männersälen ist durch Regulativ bestimmten und festen Einschränkungen unterworfen. Gegen dieses System als solches hat sich eine leidenschaftliche Opposition erhoben und in den bezeichneten Broschüren Luft gemacht; dieselben zeigen, wie Redner durch einige Zitate daraus nachweist, einen leidenschaftlichen Charakter, sowie Niedrigkeit der Auffassung und gänzliche Unempfindlichkeit gegen die von den Schwestern geübte Selbstlosigkeit, Hingebung und Selbstüberwindung, die dieser Beruf allerdings mehr als jeder andere verlangt. Sie verfolgen in agitorischer Tendenz die Interessen der männlichen Krankenpfleger und deren Vereine. Die mitgetheilten von Kranken gemachten Aussagen sind von der Verwaltung eingehend geprüft; hierbei hat sich keine derselben als wahr erwiesen. In jedem grösseren Betriebe können Unregelmässigkeiten oder Ueberschreitungen der Instruktionen einmal vorkommen, auch ist es erklärlich, wenn manche Männer die männliche Pflege vorziehen; aber die weit überwiegende Mehrzahl der Kranken will die weibliche Pflege nicht wieder entbehren. Dasselbe gilt betreffs der Aerzte, obwohl an diese die Krankenpflege durch Schwestern unzweifelhaft grössere Anforderungen an Takt, Freundlichkeit und Feinheit des Benehmens stellt. Die ersten ärztlichen Autoritäten in der Krankenpflege haben die Schwesternpflege auch in der Männerabtheilung — mit den selbstverständlichen Beschränkungen — als unentbehrlich und als die weitaus beste bezeichnet. Insbesondere haben in Hamburg und Altona die Oberärzte und die Leiter der staatlichen und anderen Krankenanstalten erklärt, „dass mit der Einführung der Schwesternpflege ein gewaltiger Fortschritt errungen ist, und sie in jeder nennenswerthen Einschränkung der Pflegerinnen auf den Männerstationen einen beklagenswerthen Rückschritt erblicken würden, zu dem nach ihrer gewissenhaften Ueberzeugung die tendenziös bearbeiteten Berichte früherer Kranken keinen Anlass bieten dürfen. Die opferfreudige und selbstlose Thätigkeit, der die Schwestern in der reinsten Absicht sich unterziehen, ebenso der hohe sittliche Geist, der in den Schwesterverbänden herrscht, verdiene vielmehr die uneingeschränkte Anerkennung der Aerzte und Kranken". Diese Erklärung entspricht der durch Jahrhunderte erprobten Ueberzeugung, dass die besondere Begabung der Frauenseele weit mehr als die Natur des Mannes den Kranken und Leidenden eine wohlthuende Pflege zu verleihen vermag, dass Ordnung und Sitte, wie in der Häuslichkeit, so auch im Krankenzimmer, in Frauenhänden am besten bewahrt ist. Niemand verkennt die ernsten Gefahren, die dieser schwere Beruf mit sich bringt, und deren Ueberwindung eine persönliche Begabung und sittlich-religiöse Innerlichkeit voraussetzt. Deshalb können die Shwesternvereinigungen ihrer hohen Aufgabe nur gerecht werden und dauernd Werthvolles nur schaffen, wenn sie in der Annahme von Zöglingen, in ihrer allgemeinen seelischen und besonderen technischen Ausbildung und in der Disziplin den Wegen folgen, auf denen die religiösen Ge-

nossenschaften seit langer Zeit mit so grossem, von Allen dankbar anerkanntem Erfolge vorangegangen sind.

Abg. Antrick (Soz.) giebt zu, dass sich in grösseren Betrieben Missstände nicht völlig vermeiden lassen, es komme aber vor allem darauf an, dass man die Ursachen dieser Missstände in erster Linie zu ergründen suche und dann für Beseitigung derselben sorge; in dieser Beziehung haben aber nicht überall die Krankenhausverwaltungen, auch nicht in Hamburg, ihre Schuldigkeit gethan. Redner hat persönlich nichts gegen die Schwesternpflege; aber er müsse doch sagen, dass er es einfach unverständlich finde, wenn man 16- bis 17jährige junge Mädchen auf Männerstationen bringt und sie dort sogar die abscheulichsten Arbeiten bei syphilitischen Kranken verrichten lässt, die man einem solchen jungen Mädchen nicht zumuthen soll. Das kann kein Mensch billigen; das ist einfach vom sittlichen Standpunkt aus zu verwerfen. Ein anderer Schaden der ausschliesslichen Schwesterpflege in Krankenhäusern ist ferner der, dass die Oberinnen vielfach eine fast unerträgliche Diktatur ausüben, unter der nicht nur die Kranken, sondern auch die Aerzte zu leiden haben. Es giebt Krankenhäuser, wo nicht der Arzt, sondern die Oberin bestimmt. In Hamburg hat es sich Prof. Dr. Rumpf gewissermassen zur Lebensaufgabe gemacht, die Schwesterpflege in das Eppendorfer Krankenhaus einzuführen. Als Dank dafür hat es die Oberin, Frau v. Schlichting, eine Diktatorin, wie sie garnicht schlimmer gedacht werden kann, dahin gebracht, dass Prof. Rumpf, eine Autorität auf seinem Gebiete, ein tüchtiger Krankenhausarzt, einfach das Feld hat räumen müssen. Das sind doch Dinge, die sehr zu denken geben. Auch kurz vor den Thoren von Berlin, im Lichterfelder Krankenhaus, haben sich ähnliche Dinge abgespielt; hier haben die Schwestern mit der Oberin an der Spitze einfach den Generalstreik erklärt, weil diese Streit mit einem Anstaltsarzt gehabt und die Anstalt verlassen hatte. Also auch die Schwesternpflege hat ihre grosse Bedenken. Nach Ansicht des Redners ist das gemischte System das beste; in gleichem Sinne habe sich auch eine vor Kurzem in der Charité tagende Versammlung hervorragender Aerzte von Berlin ausgesprochen. Dieselbe habe auch die Nothwendigkeit von Krankenpflegeschulen anerkannt und vor allen Dingen eine bessere Bezahlung der Wärter, sowie Schutz derselben gegen Unfallgefahr und feste Anstellung mit Pensionsberechtigung verlangt, also genau dasselbe, was Redner schon vor zwei Jahren gesagt habe. Von Erfüllung dieser Forderung sei man aber jetzt noch weit entfernt. Die Verwaltung des Berliner Siechenhauses habe einen an Lungenbluten erkrankten Wärter, Familienvater mehrerer Kinder, am ersten Weihnachtsfeiertage auf die Strasse gesetzt. Dem Abg. Stöcker gegenüber erklärt Redner, dass in das Elisabethkrankenhaus keine syphilitisch Kranke aufgenommen werden dürfen, um so mehr müsse man fragen, wie ist diese Gonorrhoe-Epidemie dort entstanden? Angeblich soll sie durch die Kinder einer wegen schwerer Kuppelei verurtheilten Frau eingeschleppt sein. Diese Kinder seien an Gonorrhoe erkrankt gewesen und trotzdem aufgenommen. Die Weiterverbreitung soll dann so vor sich gegangen sein, dass der Schwamm, mit dem diese syphilitisch kranken Kinder gewaschen sind, auch zum Waschen der anderen Kinder benutzt ist. Redner verwahrt sich weiterhin mit Entschiedenheit gegen einen Artikel der Nationalzeitung, in dem ihm vorgeworfen sei, dass alle am Sonnabend von ihm geschilderten Missstände, speziell in dem Moabiter Krankenhause, auf Unwahrheit beruhen und auch schon früher als unwahr nachgewiesen seien. Er rekapituliert in Folge dessen nochmals die früher und jetzt mitgetheilten Missstände und hält diese in allen Punkten aufrecht. Zum Schluss legt er noch das Muster eines Kontraktes der Berliner Stadtverwaltung für die Anstellung der Krankenwärter auf den Tisch des Hauses, nachdem er einige Stellen daraus vorgetragen hat, welche nach seiner Ansicht die Auffassung, dass dieser Kontrakt ein wahres Sklavenverhältniss herstelle, rechtfertigen. Ein solcher Kontrakt lasse am besten erkennen, warum kein ordentliches Wartepersonal vorhanden sei, warum sich die besten Elemente aus diesem Beruf zurückziehen. Sollten alle Missstände beseitigt werden, dann müssten vor allem in den Königl. Anstalten bessere Verhältnisse geschaffen, die falsche Sparsamkeit der preussischen Behörden verlassen werden, das Wärterpflegepersonal ordentlich bezahlt, gegen Unfälle und Alter versichert und fest angestellt werden. Dann erst könne man sagen, es sei alles zum Besten und Wohle der kranken und leidenden Menschheit gethan.

Abg. Franken glaubt, dass die vom Vorredner geschilderten Zustände im Westen eigentlich unmöglich seien. Die Schuld daran treffe in erster Linie die Kommunalverwaltungen. Wo die Krankenpflege von evangelischen Diakonissen oder katholischen Schwestern ausgeübt werde, da können solche Zustände nicht vorkommen; christliche Liebe, Barmherzigkeit und Opfermuth seien aber nicht käuflich. Je mehr man die Wohlfahrtseinrichtungen der Diakonissenhäuser und der barmherzigen Schwestern den Krankenhäusern entzieht, desto theurer wird zweifellos die Unterhaltung der Krankenhäuser und die Krankenpflege. Die Gesundheit ist eines der kostbarsten Güter; sie zu erhalten ist eine der wichtigsten Aufgaben. Wenn vor Kurzem von sozialdemokratischer Seite behauptet sei, dass im Kohlenrevier die Wurmkrankheit herrsche und nichts dagegen geschehe, so sei dass ein grosser Irrthum. Im Gegentheil, es werde alles aufgeboten, um diese Krankheit zu bekämpfen, es sei ein Genesungsheim ins Leben gerufen, hoch gelegen, hübsch eingerichtet, mit allem möglichen Komfort ausgestattet, in dem Erholungsbedürftige, welche die Wurmkrankheit durchgemacht haben, Aufnahme finden. Im vergangenen Jahre sei das Kohlenrevier von einer schweren Typhusepidemie heimgesucht, ganz besonders der Stadt- und Landkreis Gelsenkirchen. Hier haben sich Staats- und Kommunalbehördrn sowie Industrielle die Hand gereicht, um die Ursachen der Krankheit zu ergründen und zu bekämpfen. Es ist ein Verein gebildet, um ein Institut für die Volks- und Berufskrankheiten zu schaffen; hierfür sind gleich 60000 M. freiwillig aufgebracht. Bei grossen Epidemieen werden Krankenhäuser oft nicht ausreichen, hier können aber transportable, luftige und heizbare Baracken aushelfen. Sehr wichtig sei es aber auch, das Wohnungswesen zu fördern und vor allem die schlimmste von allen Krankheiten, die Branntweinpest, zu bekämpfen. Der Reichstag sollte dieser wichtigen Frage näher treten; das Saufen müsste gesetzlich verboten werden. Desgleichen sollte man Trinkerheilanstalten errichten. Die Auslagen dafür würden reichlich an Gefängnissen, Irrenanstalten und Krankenhäusern gespart. Es giebt ja Privattrinkerheilanstalten, aber meist nur für vornehme Leute, welche sich das Delirium tremens beim Kognak und Wein geholt haben; für andere Volksklassen sind solche Anstalten jedoch nothwendiger. Wenn das Reichs-Gesundheitsamt glaubt, es wäre nicht sein Beruf, dieser Frage näher zu treten, dann hat es jedenfalls Gelegenheit, Anregungen zu geben, mit den Einzelstaaten im Deutschen Reich ein ernstes Wort zu sprechen und vielleicht einen Staat zu veranlassen. auf diesem Gebiet einen Versuch zu machen.

Abg. Stöcker (kons.) will auf die vom Abg. Antrick vorgebrachten Einzelheiten zurückkommen, wenn die Untersuchungen in Bezug auf das Kinderhospital abgeschlossen sind. Er betont dann nochmals, dass den Schwestern ohne Rücksicht auf ihr Geschlecht in manchen Vereinen und Anstalten Dinge zugemuthet werden, als ob die Schwestern ganz selbstverständlich gegen das Gefühl der Schicklichkeit und der echten Weiblichkeit abgestumpft sein müssten. Jedenfalls solle man den weiblichen Krankenpflegern das Ekelhafte und Anstössige, das in einzelnen Fällen in der Verpflegung männlicher Kranken für sie liegt, fern halten, um nicht unnöthig ihren zarten Sinn zu schädigen. Männliche Pfleger seien daher nicht zu entbehren.

Abg. Singer (Soz.) fühlt sich gedrungen, dem Gefühl tiefer Beschämung darüber Ausdruck zu geben, dass in Krankenhäusern, welche der städtischen Verwaltung Berlins unterstehen, die vom Abg. Antrik vorgetragenen Dinge passiren konnten; Thatsachen, deren Richtigkeit bisher nicht widerlegt sei. Er spricht ferner sein Erstaunen aus, dass der Berliner Magistrat kein Strafverfahren gegen den genannten Abgeordneten veranlasst habe, obwohl dieser alle seine Behauptungen ausserhalb des Reichstages öffentlich wiederholt habe. Desgleichen setzt es ihn in Erstaunen, dass der Herr Vertreter des Reichsgesundheitsamts, der zwischen Sonnabend und heute doch Zeit hatte, sich wenigstens über einen Theil der Anschuldigungen zu informiren, sich so vollständig in Schweigen hüllt. Redner erwähnt sodann, dass es der sozialdemokratischen Partei erst in diesem Jahre gelungen sei, ein Mitglied in die Berliner Deputation der Krankenhausverwaltung hinein zu bekommen; dieses Mitglied werde es als seine ernste Pflicht erachten, vorhandenen Missständen nachzugehen und, soweit er dazu im Stande ist, auf Abhilfe zu dringen. Anstalten, mögen sie noch so musterhaft geleitet sein, sind vor Verfehlungen einzelner Personen nicht gesichert, wegen solcher Verfehlungen könne man

aber der Anstaltsleitung keine Vorwürfe machen. Solange man sich nicht dazu entschliessen könne, Einrichtungen zu schaffen, in denen genügend bezahltes Aerzte- und Pflegepersonal vorhanden ist, so lange brauche man sich darüber nicht zu wundern, dass die Kranken unter diesen daraus erwachsenden Missständen zu leiden haben. Dass namentlich die grossen Kommunen jetzt ihren Stolz darein setzen, ihre Krankenanstalten mit den modernsten und schönsten Erfindungen der Wissenschaft und Hygiene auszustatten, will Redner gern anerkennen, hält es aber für noch wichtiger, dass die Zahl des ärztlichen Personals und des Wartepersonals vermehrt, der Verpflegung der Kranken mehr Aufmerksamkeit zugewendet wird; ausserdem müsse die Stellung der Chefärzte eine andere werden. Bei einem Krankenhause, das vielleicht 1000 bis 1200 Insassen hat, kann der leitende Arzt nicht im Entferntesten daran denken, jeden Patienten individuell zu behandeln; er muss sich an der Generalvisite genügen lassen, geht in Begleitung des behandelnden Arztes durch die Säle, lässt sich Vortrag halten, ist aber ausser Stande, sich um alles zu kümmern, was die Kranken angeht. Dazu kommt, dass in allen grossen Anstalten die leitenden Aerzte durch ihre konsultative Privatpraxis oder durch Privatkranke sehr stark in Anspruch genommen werden, und dass dieser Umstand sie verhindert, ihre volle Thätigkeit der Anstalt zu widmen. Man kann der Krankenhauspflege daher keinen grösseren Dienst erweisen, als dass man darauf hinwirkt, dass den Aerzten, welche in Krankenhäusern thätig sind oder die Leitung grosser Krankenanstalten übernehmen, jede Privatpraxis verboten wird. Selbstverständlich müssten dann weit höhere Gehälter gezahlt werden; aber auf einem Gebiet, bei dem es sich um das kostbarste Gut handelt, um die Gesundheit, da sollte man wirklich nicht um ein paar tausend Mark knausern, da sollte man, wenn man einen Chefarzt nicht für 8000 Mark bekommt, 15- oder 20 000 Mark aufwenden. Die Leitung eines grossen Krankenhauses kann nicht im Nebenamt erfolgen, die braucht den ganzen Mann. Solange der Chefarzt in dieser Stellung sich befindet, muss seine ganze Arbeitskraft der Anstalt gewidmet sein und darf nicht durch Privatpraxis beeinträchtigt werden.

Staatssekretär des Innern, Staatsminister Graf v. Posadowsky-Wehner hat in Folge der vorjährigen Beschwerden über die Zustände in den Krankenhäusern Veranlassung genommen, sich an sämmtliche Bundesregierungen zu wenden und diese auf die behaupteten Vorgänge aufmerksam zu machen. In Preussen hat darnach eine eingehende Revision der betreffenden Krankenhäuser stattgefunden. Auch liegt ihm Abschrift einer Verfügung vor, welche die gestern vielfach erwähnte Anhaltisch-Dessauische Regierung erlassen und in der sie die strengste Anweisung in Bezug auf die Revisionen der Krankenhäuser anordnet. Was speziell die preussischen Verhältnisse betrifft, so geht aus den Mittheilungen des Herrn Kultusministers hervor, dass die Beschwerden, soweit sie sich auf die Charité und die vereinigten Universitätskliniken in der Ziegelstrasse erstreckten, als unzutreffend befunden wurden, dass dagegen in den Krankenanstalten zu Altona, zu Görlitz, zu Königsberg i. Pr. sich die Beanstandungen zum Theil als gerechtfertigt erwiesen haben, und dass die erforderlichen Massregeln behufs Abhilfe ergriffen worden sind. Der traurige Fall im Elisabeth-Kinderhospital ist thatsächlich vorgekommen. Es ist sofort der Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten, Geh. Med.-Rath Dr. Koch, zugezogen worden, um festzustellen, wie ein solcher Vorgang möglich war; die Untersuchungen desselben haben aber zu einer sicheren Ermittelung nicht geführt. Als Vermuthung wird ausgesprochen, dass die Uebertragungen infolge von Unsauberkeit und Nachlässigkeit seitens der Pflegepersonen, welche bei den kranken Kindern thätig waren, eingetreten sind. — Nach zwei verschiedenen Richtungen hin hat der Abg. Antrick die Frage der Krankenhäuser erörtert. Er hat erstens behauptet, dass die Einrichtungen, die Grösse der Krankenhäuser und ihre Ausstattung nicht genügend seien, und zweitens hat er seine Angriffe gegen die Thätigkeit des Personals gerichtet sowohl des Warte-, wie des Aerztepersonals. Dass auf diesem Gebiete noch ausserordentlich viel zu leisten ist, und dass noch grosse Mängel vorhanden sind, lässt sich nicht leugnen, aber es muss dem gegenüber doch betont werden: die ganze Angelegenheit ist Landessache. Es ist unmöglich, hier alle diese Einzelheiten zu erörtern oder zu beantworten, wenn man nicht für die laufende Verwaltung jener Anstalten verantwortlich ist und diese in der Hand hat; man darf auch nicht vergessen, dass in Deutschland nach der letzten Feststellung

3542 Heilanstalten vorhanden sind. Nur in einem Falle gehören die Ausführungen des Abg. Antrick in den Reichstag: das ist der Fall, wo er behauptet, dass in einem Berliner Institut Infektionsversuche mit unter das Seuchengesetz fallenden ansteckenden Stoffen ohne die erforderliche Vorsicht gemacht werden. Hier würde allerdings die Reichsgewalt zuständig und kraft ihres Rechts, die Reichsgesetze zu überwachen, zu einem Einschreiten berechtigt sein. Jedenfalls werde diesem Fall sehr ernst nachgegangen werden.

In weiten Volkskreisen besteht tiefer Widerwille, öffentliche Heilanstalten aufzusuchen, obwohl in den allermeisten Fällen der Kranke in einem öffentlichen Krankenhause besser aufgehoben ist als in seinem eigenen Hause. Es sei deshalb nicht ganz ungefährlich, durch solche Ausführungen in der Oeffentlichkeit diese Abneigung noch zu verstärken. Wenn auch die angeführten Fälle, ihre Richtigkeit vorausgesetzt, äusserst erschütternd wirken müssen, so müsse doch zugegeben werden, dass sie nur Ausnahmen sind und im Allgemeinen das deutsche Krankenpflegewesen auf einem ausserordendlich hohen Standpunkt steht. Auch das deutsche Aerztepersonal hat im Auslande einen ausgezeichneten Ruf; die deutsche ärztliche Wissenschaft steht mit an der Spitze der ärztlichen Wissenschaft überhaupt. Ausnahmen kommen zwar überall vor; das deutsche Aerztepersonal ist aber doch im Grossen und Ganzen der Träger einer ausgezeichneten wissenschaftlichen Durchbildung und das Bild einer grossen persönlichen Gewissenhaftigkeit, die man dem deutschen Nationalcharakter im Allgemeinen nachrühmt.

Abg. Graf v. Oriola (nat.-lib.) freut sich, dass endlich vom Regierungstische auf die Beschwerden des Abg. Antrick geantwortet sei; seine politischen Freunde hätten schon seit einer Stunde darauf gewartet. Der Herr Staatssekretär behaupte, diese Beschwerden zu erledigen, sei eigentlich nicht Sache des Reichsgesundheitsamts, sondern der einzelnen Landesregierungen; das Reichsgesundheitsamt sei aber die Behörde, bei der solche Klagen über Missstände vorgebracht werden können. Redner wünscht, dass über die Behauptungen, die nun wiederum von verschiedenen Seiten vorgebracht seien, seitens der betreffenden Landesregierungen, wenn nöthig, auf Anregung des Reichsgesundheitsamts resp. des Herrn Staatssekretärs, die eingehendsten und energischsten Untersuchungen eintreten. Durch langjährige Erfahrungen ist Redner von der Vortrefflichkeit der protestantischen und katholischen Krankenschwestern sowie von der würdigen und edlen Weise, in der diese das Werk der Liebe thun, durchdrungen; er ist aber auch überzeugt, dass diese Krankenschwestern nicht zu solchen Handreichungen benutzt werden, wie sie in den betreffenden Broschüren erwähnt sind. Derartige Zustände dürfen unter keinen Umständen geduldet werden; es ist vielmehr dringend geboten, die Krankenpflegerinnen davor zu bewahren, dass sie zu schamlosen Handreichungen angehalten werden. Deshalb ist das nöthige männliche Pflegepersonal zu beschaffen. Der bezahlte Krankenwärter handelt aber nicht blos aus Liebe, sondern auch, um zu leben; daher muss er entsprechend bezahlt und versorgt werden. Darüber, dass in vielen Krankenhäusern manche Mängel zu beseitigen sind, dürfte ebensowenig Meinungsverschiedenheit herrschen, als darüber, dass es nicht möglich ist, immer sofort jeden Mangel in einer grossen Anstalt fortzubringen. Aber es ist doch auch von den Vorrednern anerkannt, dass in den grösseren Kommunen alles Mögliche gethan wird, um die Krankenanstalten zu Musteranstalten auszubilden; überall streben tüchtige Aerzte und Verwaltungen danach, die Verhältnisse immer mehr zu verbessern, so dass Deutschland anderen Staaten gegenüber auf die Verwaltung und die Einrichtungen in Hospitälern und die Leistung der Anstaltsärzte stolz sein kann. Eine Verstärkung des Aerztepersonals hält Redner allerdings für nöthig, bezweifelt aber, dass, wenn die Chefärzte der Krankenhäuser ganz von der Privatpraxis ferngehalten werden, dies der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft zum Nutzen gereichen würde, ganz abgesehen davon, dass es sehr schwer wird, ihnen auch nur einigermassen die Gehälter zu geben, die den Verdienst in der Privatpraxis ausgleichen. Die hervorragendsten Aerzte würden dann voraussichtlich in Zukunft den grossen Krankenhäusern und der Pflege der Armen und der Arbeiter fern bleiben, dies sei aber durchaus nicht für wünschenswerth zu halten. Die Mitglieder aller Par-

teien haben das redliche Bestreben, die bei den Krankenhäusern noch bestehenden Missstände zu beseitigen; es sei auch durchaus richtig, wenn dieselben hier zur Sprache gebracht würden. Wenn dann, wie dies der Fall sei, allerseits anerkannt werde, dass die Missstände beseitigt werden müssten, dann wird durch derartige Verhandlungen auch die Bevölkerung nicht vom Besuche der Krankenanstalten abgehalten werden, sondern im Gegentheil der allerdings in vielen Kreisen verbreitete thörichte Wahn, man liesse sich besser zu Hause pflegen als im Krankenhause, immer mehr schwinden.

Abg. Prinz zu Schönaich-Carolath (nat.-lib.): Es ist gewiss dankenswerth, wenn solche Uebelstände in den Krankenhäusern und Hospitälern zur Sprache gebracht werden; aber es kann nicht genug vor gewissen Uebertreibungen gewarnt werden. Nach Ansicht des Redners besitzen wir die besten Krankenhäuser und Hospitäler, die es überhaupt giebt. Gleichwohl soll man sich nicht scheuen, etwaige Miss- und Uebelstände öffentlich zu rügen; denn aus einer solchen öffentlichen Besprechung erwächst ehestens Heilung; so sind in Folge der im vorigen Jahre und vor zwei Jahren stattgefundenen Debatten Massregeln ergriffen, um weiteren ähnlichen Klagen vorzubeugen. Dass nicht alles erreicht worden ist, sei zu beklagen; dass derartige Beschwerden aber beim Etat des Reichsgesundheitsamt vorgebracht werden, sei durchaus gerechtfertigt. Redner ist deshalb erstaunt, dass auf alle Beschwerden des Abg. Antrick von Seiten des Reichs-Gesundheitsamts nichts erwidert sei. Es seien doch sehr erhebliche Beschwerden und sehr erhebliche Missstände geschildert, speziell auch von Berliner Krankenhäusern; von Sonnabend bis heute wäre aber Zeit genug gewesen, Erkundigungen einzuziehen, um die Einwürfe und Beschuldigungen womöglich zu entkräften. Darin würde die Mehrheit des Reichstages dem Redner sicherlich beistimmen, dass die Verwaltung unserer Krankenhäuser im Allgemeinen eine sehr gute ist, bei Weitem besser als in anderen Ländern, und dass die Stadt Berlin in hervorragender und höchst anerkennenswerther Weise für ihre Krankenhäuser sorgt, sei es in ihrer äusseren Gestaltung, sei es in der inneren Ausstattung. Wenn sich trotzdem Missstände einschleichen, so ist es trotz aller Bewunderung und Anerkennung Pflicht der Volksvertreter, dieselben hier vorzubringen, wenn sie es nicht im Einzellandtage wollen oder können. Durch öffentliche Besprechung allein kann die Besserung vorbereitet werden. Die meisten Beschwerden beziehen sich auf das ungenügende Wärterpersonal, und vornehmlich auf dessen schlechte Bezahlung. Nach den vom Redner angestellten Ermittelungen haben diese Verhältnisse seit dem vorigen Jahre eine wesentliche Besserung erfahren. In der Königlichen Charité sei der frühere Durchschnittslohn erheblich gestiegen, — es erhalten Wärter 50, nach einer mit dem 1. April v. J. in Kraft getretenen Verfügung auch 65 Mark. Nothwendig sei aber eine strengere Beaufsichtigung des Wartepersonals; die ärztlichen Besuche müssten nicht immer durch das Telephon angekündigt werden, sondern auch unvermuthet kommen. Hervorragenden Aerzten die Ausübung der Privatpraxis in gewisser Weise zu beschränken und sie dafür zu entschädigen, würde zu viel Geld kosten, um an ein solches Verbot denken zu können. Viele Missstände können durch eine einfache Verfügung der Aufsichtsbehörde beseitigt und dadurch am besten verhütet werden, dass so beschämende Details von der Tribüne des Reichstags jedes Jahr wiederholt werden. Gerade weil die allgemeine Ansicht dahingeht, dass die Verpflegung eines Kranken in einer Krankenanstalt die beste ist und der in der Familie weitaus vorzuziehen ist, muss auch unbedingt alles das geschehen, was den Aufenthalt in den Krankenhäusern zu einem vollkommenen zu gestalten vermag, so weit eben menschliche Einrichtungen vollkommen sein können. Solche Missstände wie im Elisabethkrankenhause dürfen durchaus nicht vorkommen; hier handelt es sich um einen so furchtbar traurigen Fall, dass eine Untersuchung stattfinden muss und die betreffenden Schuldigen unter allen Umständen zur Verantwortung gezogen werden müssen; dies würde eine kleine Bürgschaft dafür bieten, dass derartige Dinge in Zukunft nicht mehr vorkommen. Auch durch die diesjährige Krankenhausdebatte wirde sicher eine fortschreitende Besserung und Gesundung der Verhältnisse eintreten, und deren Erfolg ein zufriedenstellender, weite Kreise der Bevölkerung beruhigender sein.

Abg. Dr. Hermes (fr. Volksp.): Die Ausführungen der Abgg. Singer und Antrick gehören weniger hierher, als in die Berliner Stadtverordneten-Versammlung; der Magistrat wird die Antwort gegen die schweren Anschuldi-

gungen ebenso wenig schuldig bleiben, wie vor zwei Jahren. Wo Missstände vorkommen, wird die Stadtverwaltung gern Abhilfe schaffen. Vom Auslande kommt man nach Berlin, um die als anerkannt mustergültigen städtischen Krankenanstalten zu studiren. Das Krankenhaus Friedrichshain galt lange Zeit als eine Musteranstalt; jetzt werde ein neues Krankenhaus mit 1800 Betten gebaut, das in der Welt kaum seinesgleichen haben dürfte. Die Krankenhäuser Berlins stehen in jeder Beziehung auf der Höhe, ihre ärztlichen Leiter sind anerkannte Männer der Wissenschaft.

Abg. Gröber (Zentr.) hat für seine Person keinen Zweifel daran, dass die vom Abg. Antrick aufgestellten, mit Namen, Daten und Lokalitäten belegten Behauptungen zutreffend sind; um so mehr liegt es im allgemeinen Interesse, diesen Uebelständen so bald wie möglich dauernd und gründlich abzuhelfen. Das sei aber keineswegs blos Landessache, sondern auch Reichssache; denn ausser dem Reichsgesundheitsamt bestehe noch die Bestimmung in der Reichsverfassung Art. 4 Ziff. 15, dass auch die Massregeln der Medizinalpolizei der Beaufsichtigung und der Gesetzgebung des Reichs unterliegen; der Ausdruck „Medizinalpolizei" sei aber im weitesten Sinne des Wortes aufzufassen. Redner freut sich aufrichtig, wenn die Herren von der Sozialdemokratie als Krankenpflegekritiker auftreten; er hat nur den einen Wunsch, dass aus ihrer Partei auch mustergültige Krankenpflegebrüder hervorgehen möchten. In der schlechten Bezahlung des Pflege- und Wartepersonals steckt gewiss eine der Ursachen der vorgebrachten Uebelstände; eine Aenderung zu schaffen, ist Aufgabe der Landes- und Kommunalbehörden. Es steht jedoch ein ganz ausgezeichnetes Pflege- und Wartepersonal in den religiösen Genossenschaften zur Verfügung, das nicht die hohe Bezahlung verlangt, sondern um Gotteslohn aus reiner Nächstenliebe seine Dienste leistet und von den Aerzten aller Konfessionen als überaus brauchbar gelobt und anerkannt wird. Um so mehr sollte diesen Genossenschaften freie Bewegung gestattet und die Beschränkungen, die so vielfach den krankenpflegenden Orden und Kongregationen der katholischen Kirche in einer Reihe von Bundesstaaten auferlegt sind, beseitigt werden, damit diese Orden sich frei und ungehindert entwickeln können. Man zeige sich tolerant auch nach dieser Richtung, um dem Ausland das Muster einer möglichst baldigen Durchführung der vollen Gleichheit und Freiheit der krankenpflegenden religiösen Genossenschaften in Deutschland zu geben.

Abg. Peus (Soz.) kommt auf die Missstände in dem Bernburger Krankenhaus zurück und wundert sich, dass von der angeblich seitens der Herzoglich Anhaltischen Regierung erlassenen Verfügung in der Oeffentlichkeit nichts bekannt geworden sei, obwohl dafür ein ganz ausserordentlich grosses Bedürfniss vorliegt. Der Brief des früheren Kreisphysikus Dr. Wesche sei durch Zufall in die Hände der Partei gekommen, er sei dann veröffentlicht, damit die Regierung volle Auskunft gebe, ob der Brief der Wahrheit entspreche, und was in Bezug auf den Brief angeordnet sei. Das sei aber bis auf den heutigen Tag nicht geschehen, obwohl die Oeffentlichkeit vollen Anspruch hat, darüber aufgeklärt zu werden. Der Redakteur sei wegen Beleidigung verklagt, der Prozess aber noch nicht beendet, da die Anhaltische Regierung die Vernehmung des Geh. Med.-Raths Dr. Wesche bis jetzt noch nicht genehmigt habe. Das Misstrauen des Volkes werde durch ein solches Verhalten verschlimmert. Es sei allerdings sehr richtig, dass sehr viele Leute in den Krankenhäusern viel besser untergebracht sind; man darf aber nicht vergessen: schon die Trennung von der Familie ist ein erschwerender Umstand. Um so weniger dürfe das Vertrauen in eine richtige und angemessene Krankenhaus-Behandlung erschüttert werden. Redner verlangt dann ebenfalls, dass der Regel nach ein vielbeschäftigter Krankenhausdirektor keine Privatpraxis haben dürfe und dass eine bessere Kontrolle geschafft werde. Diejenige durch die Beamten reichte nicht aus; es müssen vielmehr absolut unabhängige Männer aus der betreffenden Bürgerschaft mit der Funktion betraut werden. Wenn dann noch Aerzte zugezogen werden, wird man einigermassen Sicherheit haben. Es müssen Männer sein, zu denen das Volk absolutes Vertrauen hat. Redner würde es am liebsten sehen, wenn eben jeder Gesetzgeber, sei es im Reichstag, Landtag oder Gemeinde, absolut das Recht hätte, jedwede öffentliche Anstalt zu besuchen, ohne dass er daran behindert werden könnte.

Eine Verbindung der Krankenpflege mit der Religionspflege findet bei Redners Partei keinen Anklang. Krankheit und Religion sind ganz absolut unvergleichbare Begriffe, die gar nichts mit einander zu thun haben. Wer krank ist, soll lediglich auf seinen physischen, leiblichen Zustand behandelt werden. Nirgends ist religiöse Pflege weniger angebracht als gerade im Krankheitszustande. Wenn man religiöse Dinge begreifen will, muss man sich doch in normalem Zustande befinden. Das Reichsgesundheitsamt soll in erster Linie darauf achten, dass die Kranken behandelt werden, wie es nach wissenschaftlichen Begriffen richtig ist.

Abg. Dr. Semler (natl.) theilt mit, dass eine in Folge der betreffenden Broschüren von dem Verband deutscher Krankenpflegeanstalten vom Rothen Kreuz bei allen ihm angeschlossenen Krankenhäusern veranlassten Umfrage das Ergebniss gehabt habe, dass in keiner Anstalt von den Schwestern Dinge verlangt würden, die ihr Schamgefühl verletzen könnten. Sämmtliche Antworten gipfelten ausserdem in dem Satze, dass die gegen die weibliche Krankenpflege vorgebrachten Befürchtungen in keinem Punkte als richtig anerkannt werden können.

C. Geheimmittel, Gesundbeten und Spiritisten.

Sitzung vom 3. Februar d. J.

Abg. Müller-Meiningen (fr. Volkspr.) bemängelt die Stellung, welche die Polizei in ganz Deutschland gegenüber der Presse bezüglich der Anpreisung von sogenannten Geheimmitteln einnimmt. In Preussen bestehen zur Zeit nicht weniger als 40 Verordnungen, welche die Anpreisung von Geheimmitteln in der Presse mit Strafe belegen. In den anderen 24 Bundesstaaten sind ähnliche ganz verschiedenartige Bestimmungen erlassen. Diese kunterbunten Verordnungen bedeuten ein vollkommenes Labyrinth für die deutsche Presse, in welchem sich weder der Jurist, noch der Redakteur, noch der Zeitungsverleger auskennen kann. Der Redakteur weiss eigentlich gar nicht, warum er bestraft wird, weil bisher noch keinerlei konstante Praxis darüber besteht, was überhaupt ein Geheimmittel ist; denn die Anschauungen der verschiedenen deutschen Obergerichte gehen in dieser Beziehung weit auseinander. In den einzelnen Verordnungen wechseln die Begriffe Geheimmittel, Reklamemittel und Arzneimittel ab; dazu kommen noch viele Kombinationen und Variationen zwischen diesen drei verschiedenen Bezeichnungen und Definitionen. Brands Schweizerpillen, Ulrichs Kräuterwein, alle möglichen Kindermehlpräparate, Stollwerck's Brustbonbons und ähnliche, vollständig unschuldige vom Publikum nie als Geheimmittel anerkannte Mittel werden in der Praxis als Ankündigung von Geheimmittel behandelt. Bei einer derartigen Rechtsungleichheit müsse in Zukunft jeder Redakteur einer grossen Zeitung, wenn er nicht fortwährend mit der Staatsanwalt zu thun haben will, zwei Chemiker, vielleicht einen für die Geheimmittel für thierische Krankheiten und einen für menschliche Krankheiten, und ausserdem noch einen Arzt als ständigen Mitarbeiter haben, damit sie ihm die erforderliche Aufklärung geben. Die Bureaukratie scheine gar keine Idee von der Thätigkeit dieser Redakteure zu haben. Es wäre doch Anstandspflicht, dass man die betreffenden Redakteure darauf aufmerksam machte, was nach Anschauung der Polizei als Geheimmittel angesehen werde. Man habe allerdings eingesehen, dass es so nicht weitergehen könne, und infolge dessen eine neue Geheimmittelverordnung projektirt. In dieser werde an Stelle des Reichsrechts einfach die Polizeigewalt, die Polizeiwillkür eingeführt. Jeder Redakteur müsse in Zukunft auch das deutsche Arzneibuch studiren und vor sich liegen haben, damit er nach dieser Geheimmittelverordnung nicht mit der Staatsanwaltschaft in Konflikt kommt. Wie soll ein deutscher Redakteur die Erfahrung haben, zu wissen, welche Mittel in der medizinischen Wissenschaft und Praxis als Heilmittel allgemeine Anwendung gefunden haben, welche als kosmetische, Desinfektions-, Nahrungs- oder Kräftigungsmittel anzusehen seien? Die deutsche Presse verlangt mit Recht, dass der Redakteur selbst nur dann bestraft werden kann, wenn ihn persönlich eine Schuld trifft, nicht aber, wenn es einzig der Inserent ist, der die strafrechtliche Verantwortung für sein Inserat zu übernehmen hat. Im Reichsgesundheitsamt soll am 21. und 22. Dezember in einer Kommission ein Verzeichniss aufgestellt sein, nach dem zirka 110 Heilmittel von einer öffentlichen Ankündigung ausgeschlossen, 20 gänzlich verboten, nur 40 pharmazeutische Spezialitäten freigegeben werden sollen.

Darnach ist alles der bundesräthlichen Verordnung überlassen und nicht der Gesetzgebung. Man sollte nur gegen gesundheitsschädliche Mixturen und werthloses Schwindelzeug, wie es ja leider sehr oft auch heute noch vorkommt, vorgehen, aber nicht gegen ganz unschuldige Mittel. Die Polizei sollte nicht die Rolle der Kinderfrau übernehmen, aber es scheine auch, dass es auf diesem Gebiet so zugehe, wie auf vielen anderen, dass man den Kleinen hängt und den Grossen laufen lässt. Es ist sehr verwunderlich, dass man auf der einen Seite gegen Schwindeleien, wie sie so häufig mit dem Voltakreuz vorkommen, in keiner Weise vorgeht, dass man vor allen Dingen den Schwindel, der so viel Aufsehen erregt, den Humbug der Apostelin Miss Eddy in der Flottwellstr. 4 mit dem Gesundbeten bestehen lässt, dieses „Ueberbrettl der Heilsarmee", das sich als gröbster Unfug geltend macht, wie er dreister hier in der Reichshauptstadt wohl noch selten aufgetreten ist. Gegen einen derartigen Schwindel sollte in erster Linie vom gesundheitlichen, vom sanitären, vom Standpunkte des Reichs-Gesundheitsamts eingegriffen werden; denn er birgt einen grossen Nachtheil und eine grosse Gefahr für weite Kreise in sich, da eine ganze Reihe der Leute, die eben „nicht alle werden", und die auch heute noch zu der „Heiligen" in der Flottwellstrasse Nr. 4 pilgern, nicht zu einem anständigen Arzt gehen; sie lassen sich nicht da heilen, wo sie allein Heilung finden können, sondern sie fallen diesem Humbug schliesslich auch noch körperlich zum Opfer. Die Geheimmittelfrage schliesst ausser dem sanitären Moment auch noch grosse volkswirthschaftliche Nachtheile in sich, sie berührt die grosse deutsche pharmazeutische Industrie, die Zehntausende von Arbeitern beschäftigt und mit der Schwindelindustrie nichts zu thun hat. Es ist daher unbedingt nothwendig, dass die ganze Geheimmittelmaterie reichsgesetzlich geordnet wird. Die deutsche Industrie hat vor allem das Recht, Klarheit und Stetigkeit zu fordern. Mit Bundesrathsverordnungen, die alle Tage umgeändert werden können, kann sie absolut nicht auskommen; diese Stetigkeit und die Klarheit kann überhaupt bloss ein Reichsgesetz schaffen.

Abg. Dr. Müller-Sagan (fr. Volkspartei) frägt, ob sich das Kaiserliche Gesundheitsamt damit beschäftigt habe, die Einwirkung des sogenannten „Gesundbetens" auf die sanitären Verhältnisse der von dieser Seuche befallenen Volksschichten statistisch zu eruiren. Er sei zu dieser Frage durcb seine persönlichen Erfahrungen veranlasst worden. Er ist einer der ersten gewesen, der die Oeffentlichkeit auf den groben Unfug aufmerksam gemacht hat, der in der Flottwellstrasse 4 und den benachbarten Bezirken von Berlin W., ebenso wie in Potsdam mit der „christian science" getrieben wird, zu dessen Empfehlung Namen von sehr gutem Klange, von sehr hohem Adel, von Personen, die in Potsdamer Hofkreisen eine grosse Rolle spielen sollen, genannt werden. Für 2 Mark pro Stunde wird das Gesundbeten prompt besorgt; auch bei schwerkranken Personen, z. B. bei einer Dame, die an Karzinom des Kehlkopfes litt, und in Folge dessen auf die Hülfe eines Arztes so lange verzichtete, bis es zu spät war. Redner hat die Sache publik gemacht, möchte aber zu einem Einschreiten der Behörden gegen einen solchen Unfug, der sich in die Formen einer religiösen Kultusübung kleidet, obgleich er in Wahrheit so wenig mit christlicher Religion wie mit ärztlicher Wissenschaft gemein hat, nicht den Anstoss geben, sondern nur das Kaiserliche Gesundheitsamt ersuchen, festzustellen, welchen Schaden der Eddy-Kultus unter Kranken stiftet.

Abg. Stoecker (kons.) bemerkt, beim Gesundbeten kann von Christenthum nicht geredet werden, auch nicht vom Beten im eigentlich religiösen Sinne. Man hat es hier mit einer von Amerika importirten schlechten Philosophie und einer noch schlechteren Theologie zu thun. Aber es ist nicht zu leugnen, dass die Anschauung, die hier zu Grunde liegt, auf viele Menschen, leider auch gebildete, einen ganz ungemeinen Eindruck macht. Deshalb liegt auch die Gefahr nahe, dass, wenn man allgemein gegen die Sache vorginge, die Schwärmerei, die jetzt schon stark genug ist, nur noch mehr entflammt würde. In Amerika geht man sehr scharf gegen diese „christliche Wissenschaft" vor. Wenn in ihren Anstalten Kranke, die zum Arzt hätten gehen müssen, kränker oder unheilbar geworden oder gestorben sind, schreitet man gegen die Anstalten und ihre Besitzer wegen Kurpfuscherei ein, und verhängt schwere Strafen. Das sollte hier auch geschehen. Die ganze Sache hängt zusammen mit der Neigung unserer Zeit nach dem Abenteuerlichen und Unnatürlichen; sie trägt aber ungemein dazu bei, den öffentlichen Geist zu verderben. Zweierlei

ist nöthig: einmal eine wissenschaftliche Kommission zur Klarstellung dieser Sache und zweitens — und das ist das wichtigste — schwere Bestrafung der Ausübung solcher abergläubischen Geschichten für Geld. Eine Menge Leute leben von dem bewussten Betrug auf diesem Gebiete. Es entspricht doch in der That unseren rechtlichen Zuständen nicht, dass Betrüger, die auf den Aberglauben ihrer Mitmenschen spekuliren, damit noch grosse Geschäfte machen. Unser Volk leidet darunter unbeschreiblich. Hier einzugreifen, wäre eine dankbare Aufgabe des Reichs-Gesundheitsamts.

Staatssekretär des Innern und Staatsminister Graf von Posadowsky-Wehner ist der Ansicht, dass die christian science aus derselben Quelle wie der Spiritismus stammt. Beide Erscheinungen haben eine psychologische recht bedenkliche Ursache: Es giebt gewisse Erscheinungen, die sich bisweilen auch der höheren Stände bemächtigen, deren psychologische Ursachen man aber kaum völlig ergründen kann; sie kommen, sie gehen, und selbst Personen, von deren Bildungsgrad und Erkenntnissfähigkeit man erwarten könnte, dass sie solche Dinge weit von sich weisen, glauben daran. Redner bedauert diese Richtung, möchte aber dringend davor warnen, gegen derartige Dinge allgemein mit staatlichen Machtmitteln vorzugehen. Dies könnte die schweren Irrthümer, die seines Erachtens beiden Richtungen zu Grunde liegen, nur vertiefen. Soweit auf diesem Gebiete Kurpfuscherei getrieben wird und zwar mit betrügerischen Mitteln bietet das Strafgesetzbuch, unter Umständen das Gesetz über den unlauteren Wettbewerb die geeignete Handhabe, gegen solche Manipulationen vorzugehen.

Betreffs der Geheimmittelfrage erklärt der Herr Staatssekretär, dass die im Deutschen Arzneibuch aufgenommenen Arzneimittel, sowie Stoffe und Zubereitungen, die in der medizinischen Wissenschaft und Praxis allgemein anerkannt sind, und alle diejenigen Präparate, die lediglich als Desinfektionsmittel, als kosmetische Mittel, Nahrungs- und Genussmittel oder als Kräftigungsmittel angeboten werden, in der Regel nicht als Geheimmittel behandelt werden sollten, sondern nur solche, die absolut schädlich sind oder offenbar nur zu betrügerischen Zwecken dienen. Es soll auch nicht etwa durch Gesetz festgestellt werden, was Geheimmittel ist, sondern im Bundesrath soll durch übereinstimmende Vereinbarung der Einzelstaaten ein Verzeichniss entworfen werden all der Mittel, die als Geheimmittel anzusehen sind, und damit jeder, der sich durch dieses Verzeichniss beschwert glaubt, auch das Recht hat, Einwendungen zu erheben, soll, bevor diese Einigung endgültig herbeigeführt wird, dieses Verzeichniss vorläufig veröffentlicht werden. Auf diese Weise wird eine gleichwerthige Praxis und eine gleichartige Behandlung der Frage in allen Bundesstaaten eintreten. Die chemische Industrie und das Drogengewerbe wird dadurch in keiner Weise geschädigt werden.

D. Verhütung des Milzbrandes bei den in Rosshaarspinnereien, Pinselfabriken, Gerbereien u. s. w. beschäftigten Arbeitern.

(Sitzung vom 3. Februar d. J.)

Abg. Südekum (Soz.) klagt über die mangelhaften Desinfektionsvorschriften und deren mangelhafte Ausführung in den betreffenden Betrieben. Der §. 2 der einschlägigen Bundesrathsverordnung vom 28. Januar 1898 gestatte dem Unternehmer das Desinfektionsverfahren zur beliebigen Auswahl (½ stündige Einwirkung von strömendem Dampf bei Ueberdruck von 0,15 Atmosphären, ¼ stündiges Kochen in 2 proz. Kalipermanganatlösung mit nachfolgendem Bleichen mit 3—4 proz. schwefeliger Säure und 2 stündiges Kochen im Wasser); nur das erstere Verfahren mit strömendem Dampf sei aber geeignet, Milzbrandbazillen und Sporen zu tödten. Die gegen dieses Verfahren von den Unternehmern erhobenen Bedenken, dass sie dadurch erhebliche Verluste sowohl in Bezug auf die Quantität, als Qualität des Materials erlitten, haben sich bei den von dem Kaiserlichen Gesundheitsamt angestellten Versuchen, über die von Stabsarzt Dr. Musehold berichtet sei, als völlig hinfällig erwiesen; deshalb verlangt Redner, dass die Desinfektion mit strömendem Wasserdampf obligatorisch eingeführt werde. Ausserdem müsse sich die Desinfektionsverordnung nicht nur auf ausländisches, sondern auch auf inländisches Material erstrecken und vor Allem auch auf die bisher ausgeschlossenen Ziegenhaare; denn die frühere Ansicht, dass diese ungefährlich seien, sei durch zwei vor Kurzem in Nürnberg vorgekommenen Milzbrandinfektionen durch Ziegenhaare, von denen der eine

Fall tödtlich verlaufen sei, als unrichtig widerlegt. In Bayern sei bereits eine derartige Anordnung betreffs der Ziegenhaare unter dem 1. November 1901 getroffen; dieselbe müsste aber nicht nur für das ganze Reich durchgeführt, sondern auch auf das gesammte inländische Material ausgedehnt werden, denn das Reichsseuchengesetz gewähre keineswegs hinlänglichen Schutz dagegen, dass Felle und Haare von milzbrandkranken Thieren nicht in Verkehr gebracht werden, wie ein von dem Gewerberath in Frankfurt a. O. erstatteter Bericht beweise, wonach in der Gerberei zu Kirchhain (Niederlausitz) unter 2600 Schaffellen 60 von milzbrandkranken Thieren herrührend festgestellt sind.

Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamts, Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. Köhler erwidert, die Bewahrung der Arbeiterschaft vor Erkrankungen an Milzbrand durch die Behandlung von Rosshaaren und ähnlichem verdächtigen Material ist eine so ernste Sache, dass ihr fortdauernd von Seiten des Gesundheitsamts in vollem Einverständniss mit den verbündeten Regierungen die grösste Aufmerksamkeit geschenkt und fortdauernd auf diesem Gebiete weiter gearbeitet wird, um künftighin womöglich jede Erkrankung zu verhüten. Aus der von dem Vorredner gemachten Angabe über die milzbrandverdächtigen inländischen Schaffelle könne aber nicht gefolgert werden, dass die Rosshaarspinnereien auch das inländische Material unbedingt der Desinfektion unterwerfen müssten. Bisher hat die Bundesrathsverordnung sich überhaupt nur beschäftigt mit Rosshaarspinnereien, Haar- und Borstenzurichtereien, während Schaffelle in das Gebiet der Gerbereien fallen; sie lassen sich ausserdem nicht mit strömendem Wasserdampf behandeln. Das Reichsgesundheitsamt ist jedoch auch dieser Angelegenheit näher getreten und hat darüber Gutachten eingezogen. Der Schwerpunkt wird darauf gelegt, dass, ebenso wie bei den ausländischen Rohhäuten, die gleichfalls eine Desinfektion mit strömendem Wasserdampf nicht vertragen, durch entsprechende Belehrungen darauf hingewiesen wird, besondere Vorsicht beim Hantiren mit derartigen Fellen zu beobachten.

Die für die Rosshaarspinnereien, Haar- und Borstenzurichtereien getroffenen Massregeln haben jedenfalls dahin gewirkt, dass die Zahl der Erkrankungen an Milzbrand unter den Arbeitern wesentlich geringer geworden ist; eine Infektion durch inländisches Material hat aber bisher in keinem Falle bestimmt nachgewiesen werden können. Die Desinfektion mit strömendem Wasserdampf obligatorisch einzuführen, habe aber Bedenken, da sie nicht unter allen Umständen die Abtödtung der Milzbrandsporen sicher bewirkt; ausserdem lassen sich für gewisse technische Betriebe die bisher zugelassenen Verfahren noch nicht entbehren. Nach den angestellten Ermittelungen sind auch in diesen Betrieben Milzbranderkrankungen unter den Arbeitern nicht häufiger als in solchen vorgekommen, wo ausschliesslich mit strömendem Dampf desinfizirt wird. Betreffs der obligatorischen Desinfektion der Ziegenhaare sei dem Bundesrath bereits eine entsprechende Vorlage unterbreitet; denn es sei noch ein dritter Fall beobachtet, wo durch Prof. Heim in Erlangen als Ursache der Infektion unzweifelhaft Ziegenhaare festgestellt werden konnten; es handelte sich aber auch hier um ausländisches Material.

Abg. Wurm (Soz.) fragt an, warum die Verordnung über die obligatorische Desinfektion der Ziegenhaare noch immer nicht erlassen sei, trotzdem durch die vortreffliche Arbeit des Prof. Dr. Heims die Gefährlichkeit dieser Seuche schon seit $^3/_4$ Jahren nachgewiesen sei. Er bestreitet sodann, dass kein Beweis dafür vorläge, dass durch inländisches Material Milzbrand nicht übertragen werde. Dass dieses ebenfalls milzbrandverdächtig sein könne, werde dadurch verursacht, dass für Schafe, die an Milzbrand eingehen, keine Entschädigungspflicht besteht und in Folge dessen von den Besitzern die Verwerthung der Fälle solcher Thiere versucht wird. Nach dem Berichte des Gewerberaths in Lüneburg seien nun z. B. Milzbranderkrankungen bei Arbeitern vorgekommen, trotzdem in den betreffenden Fabriken alles ausländische Material mit strömendem Dampfe vorschriftsmässig desinfizirt sei. Hier lasse sich eine Infektion durch inländisches Material annehmen. Nach Ansicht des Redners fehlt es auch an genügend angelerntem Personal, das für den Gesundheitsdienst besonders ausgebildet ist und die Ausführung der Vorschriften zu überwachen hat. Im Laboratorium werden allerdings Borsten durch zweistündiges Kochen desinfizirt, aber nicht in der Praxis, wo die Zeitdauer meist nicht eingehalten wird. Die Gefahr einer Infektion wird aber nicht nur durch die in der Verordnung genannten Betriebe, sondern auch durch die grossen Lager der Händler

bedingt, die keiner Kontrole unterliegen. In diesen Lagern werden die Ballen, die vom Auslande kommen, zertheilt, zerrissen; die Arbeiter müssen mit diesem Material hantiren und sind ohne jede Schutzvorschrift der Ansteckung ausgesetzt. Auch die Arbeiter in den Tapezierwerkstätten befinden sich in unglaublichen hygienischen Missständen und sind durch die Verarbeitung des Rosshaarmaterials gefährdet. Hier handelt es sich vielfach um so kleine Betriebe, dass sie nicht unter der Gewerbeaufsicht stehen. Redner resumirt, dass Ziegenhaare in die allgemeine Verordnung für ausländisches Material aufgenommen, diese auf inländisches Material sowie auf andere Betriebe ausgedehnt wird, in denen mit so gefährlichem Material gearbeitet wird.

Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamtes Wirkl. Geb. Ob.-Reg.-Rath Dr. Köhler erwidert, dass es sich in den Tapezirerwerkstätten durchweg um Verarbeitung von desinfizirtem Material handelt. Bei den Schaffellen sei schon vor 10 Jahren die Einführung einer Präventivdesinfektion in Erwägung gezogen, dieselbe habe sich aber als unthunlich und unvereinbar mit den Anforderungen des Gerbereibetriebes herausgestellt. Ebenso irrthümlich ist es, die eingehenden Rosshaare bereits in den Ballen an der Grenze zu desinfiziren oder bei den Händlern, ehe sie wirklich verarbeitet werden sollen. Die von dem Vorredner gegen das Kochverfahren geäusserten Bedenken könne man schliesslich gegen jedes Verfahren geltend machen; mit Rücksicht auf die wirthschaftliche Erhaltung der kleinen Betriebe müsse dasselbe aber zugelassen werden, zumal festgestellt sei, dass es bei vorschriftsmässiger Anwendung genügend Sicherheit bietet. Das Verfahren mit dem strömenden Wasserdampf schütze auch nur bei richtiger Handhabung des Apparates, und diese sei nicht so einfach. Der Erlass betreffs der Desinfektion der Ziegenhaare werde in kurzer Zeit, womöglich noch unter Berücksichtigung einiger anderen einschlägigen Fragen erfolgen; denn es empfiehlt sich, derartige Fragen im Zusammenhang zu erledigen und nicht wegen kleiner Einzelheiten immer die ganze Gesetzgebungsmaschine in Anspruch zu nehmen.

E. Bekämpfung der Tuberkulose. Errichtung von Heilstätten.

(Sitzung vom 6. Februar)

Abg. Singer (Soz.) führt aus, dass die einmalige in den Etat eingestellte Subvention von 150000 Mark zur Förderung der Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose, so dankenswerth sie sei, doch nicht ausreichen werde, sondern dass die Forschungen auch in Zukunft unterstützt werden müssten. Wenn aus demselben Fonds aber auch noch die Errichtung von Lungenheilstätten gefördert werden solle, so genügten dazu 85000 Mark nicht. Damit erwecke man nur den Anschein, als ob etwas Ernsthaftes geschehen könnte. So zaghaft brauche die Regierung nicht zu sein, habe sie doch 4 Millionen zur Errichtung von kleinen Wohnungen für Reichsbeamte und Arbeiter in Reichsbetrieben zu bewilligen vorgeschlagen. Ueberhaupt sei der Tuberkulose mit ihrem volksverwüstenden Elend nicht durch gemeinnützige Einrichtungen privater Natur beizukommen. Im nächsten Etat müsste diese Summe erheblich höher bemessen werden.

Staatssekretär des Innern, Staatsminister Dr. Graf v. Posadowsky-Wehner bemerkt, dass aus einer auf den Tisch des Hauses niedergelegten, sehr interessanten Karte mit der Angabe der Orte, wo bereits derartige Heilstätten errichtet sind, ersichtlich sei, dass von dem Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose Hand in Hand mit Versicherungsanstalten, Provinzen, Kommunen, wohlthätigen Vereinen doch schon ganz Ausserordentliches in Deutschland geleistet worden ist. Seines Erachtens muss sich die Thätigkeit dieses Komitees, wie die Thätigkeit zur Bekämpfung der Lungentuberkulose überhaupt nach drei Richtungen hin äussern: Erstens müssen Heilstätten vorhanden sein für diejenigen, welche im medizinischen Sinne noch heilbar sind, aber in ihren Familien kein geeignetes Unterkommen finden können. Die vielleicht wichtigste Frage sei endlich die, dass für Schwindsuchtskranke, welche in den Heilstätten so weit gebessert oder, wie man das populär ausdrückt, so weit geheilt sind, dass sie wieder arbeitsfähig sind, Anstalten errichtet werden, wo sie anderen Berufen zugeführt werden können. Es giebt eine ganze Anzahl von Kranken, die zwar im landläufigen Sinne geheilt sind, für die aber die dringende Gefahr besteht, dass ihr altes Leiden mit erhöhter Heftigkeit wiederkehrt, sobald sie in ihre früheren Arbeitsverhältnisse zurückkehren. Um für

solche Leute ihre Heilung zu einer dauernden zu machen, ist es ausserordentlich wichtig, dass man eine Art Durchgangsstation einrichtet, wo sie für Berufszweige vorgebildet werden, in denen die nachtheiligen hygienischen Einwirkungen ihrer früheren Beschäftigung nicht mehr stattfinden. Bisher hat das Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Lungentuberkulose mit Rücksicht auf seine beschränkten Mittel nur Anstalten zur Heilung von Schwindsuchtskranken errichten, den beiden anderen Aufgaben aber wegen Mangel an Mitteln nicht gerecht werden können. Mit Rücksicht auf die Errichtung von weiteren Heilstätten sei die in den Etat gestellte Summe nicht hoch bemessen, sie solle einmal zur Errichtung von Heilstätten, anderseits zu wissenschaftlichen Studien dienen, inwieweit von Thieren die Tuberkulose auf Menschen übertragen werden kann. Redner würde ausserordentlich erfreut sein, wenn es die Verhältnisse in künftigen Jahren erlaubten, diesen Fonds so reichlich zu bemessen, dass in schnellerem Tempo vorgeschritten werden kann.

Abg. Dr. Endemann (ntl.) dankt dem Staatssekretär für seine Theilnahme an diesen menschenfreundlichen Bestrebungen, warnt aber vor allzu raschem Vorgehen auf diesem neuen Boden. Dankbar sei auch anzuerkennen, dass die Invaliden- und Altersversicherungsanstalten für ihre Invaliden derartige Heilstätten errichtet haben.

Abg. Dr. Müller-Sagan (fr. Volksp.) bezeichnet die Summe als zu winzig, um namentlich die Gründung von Heilstätten zu fördern.

F. Reichswohnungsgesetz.

(Sitzung vom 6. Februar d. J.)

Bei der Debatte über die im ausserordentlichen Etat eingestellten vier Millionen verlangt Abg. Schrader (fr. Vgg.), dass die Wohnungsfrage einheitlich von Reichswegen durch ein Wohnungsgesetz geregelt und eine Reichs-Wohnungsinspektion eingeführt werde, welche die Wohnungen nach der sanitären Seite zu prüfen hätte.

Abg. Dasbach (Zentr.) hält das Reich für verpflichtet, mit seinen Mitteln zur Bekämpfung der Wohnungsnoth beizutragen.

Staatssekretär des Innern, Staatsminister Dr. Graf von Posadowsky-Wehner, erklärt, dass der Reichskanzler auch heute noch der Ansicht sei, die Wohnungsfrage werde besser von den Einzelstaaten gelöst, denn ihre Lösung hänge mit der Staatsverwaltung, der Kommunalverwaltung und der Exekutive zusammen; diese drei Voraussetzungen seien aber im Reiche nicht erfüllt. Die auf Verbesserung der Wohnungsverhältnisse der unteren Klassen gerichteten Bestrebungen, sind auch bereits in Baden, Bayern, Königreich Sachsen, Württemberg, Hessen und Hamburg durch Gesetze und Verordnungen berücksichtigt, auch in Preussen ist ein umfangreiches Gesetz in Vorbereitung begriffen. Die Verhältnisse in Deutschland sind in der That so verschieden, dass es kaum möglich sein würde, durch ein Reichsgesetz diesen verschiedenen Verhältnissen genügend Rechnung zu tragen; dasselbe könnte nur allgemeine Normalien enthalten.

Die folgenden Redner Dr. Crüger, Franken (ntl.), Raab (Reformp.), von Kardorff (freikons.) und Dr. v. Levetzow (d. kons.) begrüssen diese Vorlage im Interesse der Arbeiter und kleinen Beamten in den Grossstädten und Industriezentren.

G. Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften in Unfallsachen.

(Sitzungen vom 4. und 5. Februar.)

Abg. Stadthagen (Soz.) bemängelt das System der Vertrauensärzte, das mit Nothwendigkeit dazu führen müsse, Leute um ihren gerecht erworbenen Anspruch zu bringen und die Standesehre der Aerzte selbst auf das Allertiefste zu schädigen. Nichts sei verderblicher und bringe die Achtung vor der Wissenschaft mehr herunter, als wenn unter dem Schein der Wissenschaft Leute ihre Praxis ausüben. Als Beweis für seine Behauptungen führt Redner den Fall Blasius[1]) an und betont, dass dieser Vertrauensarzt ohne den Verletzten gesehen zu haben, lediglich auf Grund von Tabellen die Rente niedriger als der behandelnde Arzt bemessen habe, obwohl so oft vom Regierungstische aus ein derartiges Schematisiren als gegen die Pflicht des Arztes

[1]) S. Nr. 1 der Zeitschrift; 1902, S. 31.

verstossend bezeichnet sei. Er verlangt weiterhin einen besseren Schutz der Arbeiter gegen Unfälle, die sich von Jahr zu Jahr gesteigert hätten; im Jahre 1900 habe die Zahl der tödtlichen Unglücksfälle 8567, der schweren Verletzungen 97900 gegen 7101 und 79000 im Jahre 1876 betragen. Bei Ermittelung des Unfallverfahrens müssten die Gewerbeinspektoren und Vertreter der Arbeitnehmer herangezogen werden; als Grund der Häufung der Unfälle komme in Betracht auch die Länge der Arbeitszeit, die Akkordarbeit, Mängel an Schulung bei den eingestellten Arbeitern sowie Mangel an Aufsicht, besonders bei gefährlichen Betrieben, ungenügende Schutzvorrichtungen, namentlich in landwirthschaftlichen Betrieben u. s. w. Schliesslich fordert Redner, dass die Arbeiter sowohl an der Verwaltung der Unfallversicherung theilnehmen als zur Anordnung und Ueberwachung von Sicherheitsmassregeln herangezogen werden.

Staatssekretär des Innern, Staatsminister Dr. Graf v. Posadowsky-Wehner bemerkt mit Rücksicht auf den Fall des Dr. Blasius, dass er mit der grössten Bestimmtheit immer von Neuem darauf hingewiesen und sich wiederholt an das Reichs-Versicherungsamt gewandt habe mit der Ausführung, dass für die Festsetzung von Invaliden- und Unfallversicherungsrenten nichts gefährlicher ist als eine schematische Behandlung der Sache; es muss hier sehr sorgfältig und gewissenschaft geprüft werden, da es sich hierbei um den Lebensunterhalt eines invaliden oder verunglückten Mannes handelt. Der einzelne Fall muss genau unteusucht werden, auf Grund der physiologischen Feststellung des einzelnen Falles hat die zuständige Behörde ihr Urtheil abgegeben. Zu diesem Zwecke sind sowohl im letzten Invaliden- wie Unfallversicherungsgesetz neue Kauteln getroffen worden, speziell in §. 69 Abs. 3 des G.-U.-V.-G., wonach ein anderer Arzt zu hören ist, falls der behandelnde Arzt zur Genossenschaft in einem Vertragsverhältniss steht. Wenn also der Geschädigte glaubt, dass der Vertrauensarzt seine Interessen nicht richtig vertritt, so hat er unzweifelhaft das Recht, auch das Gutachten eines anderen Arztes zu provoziren. Wenn der Fall so liegt, wie hier dargestellt ist, dass in dieser schematischen Weise verfahren ist, so sei dies zu bedauern. Redner will sich über den Fall Blasius noch informiren und von neuem das Reichsversicherungsamt ersuchen, mit äusserster Strenge die Aerzte anzuweisen, den Befund konkret festzustellen und nicht nach solchen schematischen allgemeinen Regeln.

Direktor im Reichsamt des Innern Caspar bestreitet, dass die Zahl der schwersten und tödtlichsten Unfälle eine Steigerung erfahren haben, dies sei nur bei den leichteren mit vorübergehender Erwerbsunfähigkeit der Fall, weil jetzt von den Arbeitern auch kleine Unfälle angemeldet werden.

Abg. Dr Oertel (B. d. L.) billigt ebenso wenig wie der Abg. Hilbek (nat.-lib.) dass ein Arzt ohne Untersuchung des Verletzten ein Gutachten über die Höhe der Entschädigung abgiebt; Letzterer betont jedoch, dass Vertrauensärzte für die grossen Berufsgenossenschaften garnicht zu entbehren sind. In den weiteren Instanzen sei auch nicht das Gutachten des Vertrauensarztes der Berufsgenossenschaft, sondern dasjenige des Vertrauensarztes des Schiedsgerichts und des Reichsversicherungsamt massgebend.

Abg. Roesicke-Dessau bestreitet eine Steigerung der schwereren Unfälle, nur die leichteren seien etwas häufiger geworden in Folge vermehrter Einstellung eingeübter Arbeiter.

Abg. Hoch (Soz.): Ueber die Rolle der Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften hat sich Graf Posadowsky ausweichend geäussert; er hat auf die neue Bestimmung hingewiesen, dass auch andere Aerzte gehört werden können, wenn die behandelnden Aerzte in einem Abhängigkeitsverhältniss zu den Berufsgenossenschaften stehen. Man ist aber im Bergbau dazu übergegangen, die Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften in Vertrauensärzte der Krankenkassen umzutaufen, und nun erklärt das Reichsversicherungsamt, dass die Anhörung eines anderen Arztes nicht mehr nöthig sei. Das entspricht allerdings dem Buchstaben, aber es widerspricht durchaus dem Sinn und Geist des Gesetzes. Gleiches gilt von der Ausstellung der Gutachten. In allen diesen Fällen zieht sich das Reichsversicherungsamt in seinen Erkenntnissen auf diese Gutachten zurück, sodass die neuen Bestimmungen nicht zum Vortheil, sondern zum Nachtheil der versicherten Arbeiter ausschlagen. Redner führt eine Reihe von Fällen an, in welchen unberechtigter Weise Rentenherabsetzungen stattgefunden haben sollen, und sucht nachzuweisen, dass zum Theil die neuen Bestimmungen des Gesetzes daran schuld seien.

Staatssekretär des Innern, Staatsminister Graf v. Posadowsky-Wehner: Man hat wieder die Zunahme der Unfälle, besonders innerhalb der Landwirthschaft, bemängelt. Diese Zunahme der Unfälle ist nicht zurückzuführen auf eine grössere Nachlässigkeit der landwirthschaftlichen Betriebe und auf eine höhere Gefährlichkeit der gehandhabten Maschinen, sondern darauf, dass, je länger ein Gesetz besteht, desto tiefer dringt die Kenntniss und dass Verständniss dieses Gesetzes in die Volksschichten; in Folge dessen werden zahlreiche kleine Verletzungen, die früher kaum beachtet sind, jetzt zur Untersuchung gebracht und als Unfall angesprochen. Betreffs der Stellung der Vertrauensärzte war es unzweifelhaft die Auffassung der Kommission und auch des hohen Hauses beim Erlass des §. 69 Abs. 3, dass man den Verletzten das Recht gebe, gegenüber dem Vertrauensarzt, der im Dienste einer Berufsgenossenschaft oder einer sonstigen Körperschaft steht, auf einen unparteiischen Arzt zu rekurriren. Diese Vorschrift ist in unzweifelhafter, jede Missdeutung ausschliessender Weise ausgeführt; denn der Arbeiter, der eine Entschädigung beansprucht, muss auch das Gefühl haben, dass seine Sache durchaus unparteiisch geführt wird. In Bezug auf die Knappschaftsärzte liegt durch einen Bericht des Reichsversicherungsamts das Verhältniss so, dass sie Kassenärzte der Knappschaft, nicht der Berufsgenossenschaft und daher von dieser völlig unabhängig sind. Sie werden auch nicht von dieser, sondern von den Knappschaftsvereinen angestellt und erhalten von der ersteren für den Fall, dass sie Gutachten abgeben, bestimmte Honorarsätze zugebilligt. Hierin hat das Reichsversicherungsamt ein Vertragsverhältniss, ein Abhängigkeitsverhältniss nicht finden können.

Abg. Stadthagen (Soz.) wiederholt, dass Dr. Spengler ganz Recht habe mit seinem Ausspruch: Die Vertrauensärzte sind dazu da, die Renten herabzudrücken. Thut ein Vertrauensarzt nicht, wie die Berufsgenossenschaft will, so fliegt er aus der Berufsgenossenschaft hinaus.

Abg. Dr. Oertel (kons.) betont nochmals, dass er es entschieden missbillige, wenn ein Arzt auf Kosten der Arbeiter die Geldinteressen der Berufsgenossenschaften wahrnimmt und die Lebensinteressen der Arbeiter nicht berücksichtigt.

Besprechungen.

Dr. A. Villaret, Generaloberarzt: **Handwörterbuch der gesammten Medizin.** Unter Mitwirkung von zahlreichen Fachmännern herausgegeben. Zweite, gänzlich neubearbeitete Auflage. Stuttgart 1900. Verlag von Ferd. Enke. Lieferung 23—27. Preis: 2 Mark.

Das Handwörterbuch liegt jetzt vollendet vor. Ebenso wie in den früheren Lieferungen ist auch bei der Bearbeitung des zuletzt erschienenen den Fortschritten der Wissenschaft in jeder Beziehung Rechnung getragen, so dass das lexikographische Werk seinen Zweck, dem Arzte als brauchbares, zuverlässiges, schnellorientirendes, Arbeit und Zeit ersparendes Nachschlagebuch zu dienen, voll erfüllt. Von den dem Medizinalbeamten besonders interessirenden Abhandlungen aus dem Gebiete der Staatsarzneikunde (gerichtliche Medizin, Sanitätspolizei, Hygiene u. s. w.) verdienen hervorgehoben zu werden: diejenigen über Ruhr, Scharlach, Schlangengift, Schulhygiene, Schussverletzungen, Schwangerschaft, Sehen, Serum-Diagnostik, Shock, Staubinhalationskrankheiten, Strychnin, Suggestion, Syphilis und Tripper, Trachinose, Tuberkulose, Typhöse Fieber, Variola u. s. w. Rpd.

Dr. Ebstein, Geh. Med.-Rath in Göttingen und **Dr. S. Schwalbe** in Berlin: **Handbuch der praktischen Medizin.** Mit Abbildungen. III. Bd., 2. Th. und V. Bd. Stuttgart 1900 und 1901. Verlag von Ferd. Enke. Lieferungen 25—31 zu je 12 bezw. 14 Bogen. Gr. 8°. Preis: 4 Mark pro Lieferung.

Mit dem erfolgten Erscheinen der Schlusslieferungen zu den beiden vorstehenden Bänden (III. Bd., 2. Th. und V. Bd.) ist das Handbuch vollendet. Der zweite Theil des dritten Bandes umfasst die Erkrankungen der Haut mit Einschluss der Haare und Nägel — bearbeitet von Geh. Med.-Rath Dr. Neisser in Breslau, unter Mitwirkung des Prof. Dr. Judassohn in Bern,

die sogenannten Konstitutionskrankheiten (Fettleibigkeit, Gicht, Diabetes) — bearbeitet von Prof. Dr. Ebstein-Göttingen — und die Krankheiten der Bewegungsorgane (Krankheiten der Muskeln, Knochen und Gelenke) — bearbeitet von Prof. Dr. Damsch-Göttingen und Geh. Med.-Rath Dr. Rosenbach in Göttingen —, während der fünfte Band die Psychiatrie, die Infektionskrankheiten, Zoonosen und Vergiftungen umfasst; sein Inhalt ist daher gerade für den Medizinalbeamten von grossem Interesse. Die drei ersten Lieferungen davon sind von uns bereits früher (s. Jahrgang 1900, S. 475 und 773) besprochen; die letzten beiden Lieferungen bringen Abhandlungen über Masern, Rötheln und Scharlach von Dr. J. Schwalbe-Berlin, über Denguefieber von Prof. Dr. Dehio in Dorpat, über Zoonosen (Milzbrand, Rotz, Maul- und Klauenseuche, Lyssa, Trichinose, Aktinomykose) von Prof. Dr. Nicolaier-Berlin, sowie über Vergiftungen. In die Bearbeitung dieses wichtigen Theiles haben sich Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Harnack, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Brieger und Stabsarzt Dr. Marx-Frankfurt a. M. getheilt, und zwar hat der erstere die Vergiftungen durch unorganische (Metalle, Metalloide) und organische Stoffe (Kohlenstoffverbindungen und Pflanzengifte, behandelt, die beiden anderen Autoren dagegen den Abschnitt über die Thier- und Fäulnissgifte (Fäulnissgifte, amorphe Bakteriengifte, Organgifte, Nahrungsmittelgifte, Autointoxikationen, thierische Gifte) verfasst.

Das Werk sei den betheiligten Kreisen nochmals auf's Wärmste empfohlen. Rpd.

Prof. Dr. Conrad-Halle, Geh. Reg.-Rath Dr. **Elster**-Berlin, Professor Dr. **Lexis**-Göttingen, Prof. und Geh. Justizrath Dr. **Loening**-Halle a. S.: **Handwörterbuch der Staatswissenschaften.** Zweite Auflage. Jena 1898—1901. Verlag von Gustav Fischer. 7 Bände, Gr. 8°, je 75—90 Bogen. Preis: zusammen brochirt 125 Mark, gebunden 142,50 Mark.

Der Medizinalbeamte muss nicht nur auf seinem eigentlichen medizinisch-hygienischen Spezialgebiete genau bewandert, sondern auch in verwaltungsrechtlicher und nationalökonomischer Hinsicht so weit informirt sein, dass er sich nach dieser Richtung ebenfalls ein Urtheil über die Durchführbarkeit der von ihm als nothwendig erachteten Massregeln bilden kann. Diese Information ist um so nothwendiger, als gerade das Gesundheitswesen fast in alle Gebiete des öffentlichen Lebens eingreift, und es demgemäss doppelt schwierig ist, die richtigen Wege zu finden, um unter thunlichster Berücksichtigung sowohl der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen, als der berechtigten Interessen, der örtlichen und finanziellen Verhältnisse der in Betracht kommenden Gemeinden oder Privatpersonen u. s. w. das Ziel zu erreichen. Nicht selten treten daher an den Medizinalbeamten Fragen heran, bei deren Beantwortung er gezwungen ist, sich auch nach der verwaltungsrechtlichen Seite hin zu unterrichten; das vorstehende, jetzt vollständig erschienene Handwörterbuch der Staatswissenschaften wird ihm in solchen Fällen wohl ausnahmslos die erwünschte Auskunft geben. Dasselbe ist von einer grossen Anzahl hervorragenden Gelehrten, Autoritäten auf den einzelnen Spezialgebieten, bearbeitet und stellt ein Werk dar, dessen Anschaffung Niemand bereuen wird, der Werth darauf legt, sich schnell und zweckmässig über alle staatswissenschaftlichen Fragen zu orientiren. Auch die öffentliche Gesundheitspflege selbst hat in dem Handwörterbuch mehrfach Berücksichtigung gefunden; von den verschiedenen hierzu gehörenden Abhandlungen mögen nur diejenigen über Apotheken und Arzneimittelverkehr von Dr. H. Böttger in Berlin, Arbeiterschutzgesetzgebung von Geh. Reg.-Rath Elster-Berlin, Staatsminister v. Landmann-München und zahlreichen ausserdeutschen Gelehrten, Arbeiterversicherung von Prof. van der Borght-Aachen, Rechtsanwalt Dr. Honigmann-Breslau u. a., Baupolizei von Prof. Dr. Löning-Halle, Beerdigungswesen und Leichenschau von Geh. Reg.-Rath Dr. Rahts-Berlin, Fleischbeschau und Geheimmittelwesen von demselben, öffentliche Gesundheitspflege von Prof. Dr. Flesch und Stadtrath Flesch in Frankfurt a. M., Hebammen und Heilanstalten von Geh. Hofrath u. Prof. Dr. G. Meyer-Heidelberg, Impfung und Impfrecht, sowie Nahrungsmittelpolizei und Schlachthäuser von Prof. Dr. C. Fränkel-Halle a. S., Invalidenversicherung von Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. v. Woedtke-Berlin, Irrenwesen von Dr. H. Lähr-Zehlendorf bei Berlin, Krankenversicherung von Prof. Dr. van der Borght-

Aachen, Mineralquellen von Geh. Rath Prof. Dr. Löning-Halle, Prostitution von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Renk in Dresden, Trunksucht und ihre Bekämpfung von Dr. Bode-Weimar, Unfallversicherung von Geh. Reg.-Rath Dr. Zacher-Berlin u. s. w. Bei allen Abhandlungen sind auch die einschlägigen Verhältnisse in den hauptsächlichsten ausserdeutschen Kulturstaaten berücksichtigt; dem Leser wird dadurch die Möglichkeit gegeben, Vergleiche zu ziehen und diese für die von ihm etwa zu treffende Entscheidung mit Erfolg verwerthen zu können. Rpd.

Dr. Otto Levis, Amtsrichter in Pforzheim: **Die Entmündigung Geisteskranker. Das Entmündigungsbeschlussverfahren gegen Geisteskranke und Geistesschwache.** Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuche und der Zivil-Prozess-Ordnung. Leipzig 1901. Verlag von Hirschfeld. Preis: 8,40 Mark.

Das vorliegende Werk wendet sich zwar in erster Linie an ein juristisches Publikum, immerhin hat jedoch das Thema ein so weitgehendes ärztliches Interesse, dass ihm eine Würdigung an dieser Stelle wohl zukommt, zumal die Erfahrung lehrt, dass der Arzt nur dann im Stande ist, gute sachverständige Gutachten zu erstatten, wenn er die gesetzlichen Bestimmungen und juristischen Definitionen ausreichend beherrscht. — Der Verfasser geht von einer historischen Uebersicht über das Entmündigungsrecht in alter und neuerer Zeit aus und zeigt, dass sich nach und nach ein Verfahren ausgebildet habe, das die Formen des Prozessverfahrens mit denjenigen der freiwilligen Gerichtsbarkeit verbindet. Die Grundlage des Entmündigungsverfahrens nach dem B. G. B. bildet der Nachweis „der Unfähigkeit eines Menschen zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten", nicht die Geisteskrankheit an sich. Unter Angelegenheiten ist dabei jede Art der Bethätigung zu betrachten, welche eine Person in ihrer Eigenschaft als rechtlich anerkanntes Willensorgan vornehmen kann" (S. 66), und zwar kommt der Kreis privatrechtlicher Interessen mehr in Betracht, als der der öffentlich rechtlichen. Die Gemeingefährlichkeit eines Kranken ist an sich kein Entmündigungsgrund — nach Ansicht des Verfassers —, denn die gefährliche Thätigkeit eines Kranken ist ein Ausfluss seines natürlichen (im Gegensatz zum rechtlichen) Handlungsvermögens, das durch die Entmündigung nicht eingeschränkt werden kann. Allerdings kann durch eine Entmündigung der Vormund Massregeln zum Schutze Dritter treffen, doch liegt ihm eine solche Aufgabe nicht ob, da ihm in erster Linie die Fürsorge für sein Mündel zukommt. Die Sicherheit der Allgemeinheit ist dagegen Sache der Polizei. Das Gleiche gilt übrigens (S. 25) für den Trunksüchtigen. Sehr bemerkenswerth sind Verfassers Ausführungen über die Grenzen geistiger Anomalie, bei der eine Entmündigung zulässig erscheint. Er betont hier — m. E. mit Recht —, dass die ärztliche Beurtheilung der rechtlichen Verfügungsfähigkeit nichts mit der Frage der Unterbringung oder Bewahrung des Kranken in einer Anstalt zu thun habe. Verfasser ist dabei mit einigen Autoren der sehr angreifbaren Ansicht (konf. z. B. Daude: Entmündigungsverfahren, S. 10), dass nicht ausschliesslich eine pathologische Geistesschwäche im §. 6 Abs. 1 des B. G. B. vorausgesetzt werde, sondern dass auch ein ohne Erziehung, ohne Bildung und Verkehr aufgewachsener Mensch — mit anderen Worten ein „physiologisch Dummer" — zu entmündigen wäre, während der Arzt in solchem Falle Mangels einer krankhaften Grundlage eine „Geistesschwäche" nicht annehmen werde. Die bedenkliche Konsequenz einer solchen Auffassung giebt Verfasser allerdings ohne Weiteres zu. Eine feste Abgrenzung der Begriffe: Geisteskrankheit und Geistesschwäche, die Verfasser unter der Benutzung des noch schwierigeren Begriffes der freien Willensbestimmung versucht, gelingt auch vom juristischen Standpunkte nicht. Wichtig für die strafrechtliche Praxis ist sein Ergebniss, dass sich derjenige, der seine Angelegenheiten in Folge von Geisteskrankheit nicht zu besorgen vermag, deshalb noch nicht in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden krankhaften Zustande befinde. — Eine eingehende und originelle Darstellung findet das Kapitel über die Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen, dessen Zeugnissverweigerungsrecht und die Beobachtung in einer Irrenanstalt, die erst die neuere Gesetzgebung eingeführt hat.

Dr. Pollitz-Münster.

E. Fischer-Breslau u. **C. Hartwich**-Zürich: **Hager's Handbuch der pharmaceutischen Praxis.** Mit zahlreichen in den Text gedruckten Holzschnitten. Verlag von Jul. Springer. Berlin 1901—1902. Gr. 8°. Lieferung 14—20 zu je 8 Bogen (Schlusslieferung: 12 Bogen). Preis: 2 Mark für die Lieferung.

Das vorliegende Werk ist jetzt vollständig erschienen; die letzten Lieferungen desselben sind mit der gleichen Sorgfalt und Sachkenntniss wie die früheren bearbeitet, auch ihre Ausstattung lässt namentlich mit Rücksicht auf den ausserordentlich niedrigen Preis des Buches, nichts zu wünschen übrig. Dem Medizinalbeamten interessiren von den einzelnen Kapiteln besonders diejenigen über Morphium, dessen Salze und Abkömmlinge, Nährpräparate, Opium, Phosphor, Plumbum, Stibium, Zincum und deren Verbindungen, Sanguis, Urina (beide Kapitel enthalten sehr brauchbare Anleitungen für Blut- und Urinuntersuchungen), Vinum u. s. w. Das der Schlusslieferung beigegebene sehr genau und sorgfältig aufgestellte Sachregister wird den praktischen Gebrauch des Werkes sehr erleichtern. Rpd.

Tagesnachrichten.

Aus dem preussischen Abgeordnetenhause. In der Sitzung vom 1. d. Mts. befürwortete bei Berathung des Etats der landwirthschaftlichen Verwaltung der Abg. Dr. Endemann die Einführung des Abiturienten-Examens für das Studium der Thierarznei, eine Forderung, die auch von anderen Rednern (Abg. Frh. v. Wangenheim u. s. w.) unterstützt wurde. Von anderer Seite (Abg. v. Neumann) wurde um Besserstellung der Kreisthierärzte gebeten. Der H. Minister v. Podbielski erklärte, dass dem Landtage voraussichtlich im nächsten Jahre eine Vorlage betreffs Regelung der Kreisthierarztfrage zugehen werde. Die Neuregelung der Prüfungsordnung für die Thierärzte sei Sache des Reiches, aber von diesem bereits in Aussicht genommen.

Es ist übrigens interessant, dass sowohl im Reichstage wie im Landtage die Vertreter der konservativen Partei der Frage, ob der künftige Kreisthierarzt im Hauptamte unter Verbot der Privatpraxis angestellt werden soll, keineswegs so ablehnend gegenüberstehen als seiner Zeit bei Berathung des Kreisarztgesetres gegenüber der Anstellung vollbesoldeter Kreisärzte. Das Verbot der Privatpraxis würde sich aber bei den Kreisthierärzten wenigstens vorläufig schwieriger als bei den Kreisärzten durchführen lassen, weil thatsächlich noch ein Mangel an approbirten Thierärzten vorhanden ist, während es bekanntlich an Aerzten nicht fehlt.

In der Sitzung vom 12. d. Mts. gelangte bei Berathung des Etats des Finanzministeriums die Frage der **Wohnungsinspektoren zur Erörterung.** Nach den erklärenden Ausführungen des Herrn Finanzministers soll sich die Thätigkeit dieses dem Regierungspräsidenten (vorläufig nur in Düsseldorf) als berathendes Organ beizugebenden Beamten darauf erstrecken, volles Licht über die thatsächlichen Wohnungsverhältnisse zu verbreiten, sich an Ort und Stelle zu überzeugen, wo Missstände vorhanden sind, und seinem vorgesetzten Regierungspräsidenten mündlich oder schriftlich darüber Bericht erstatten, damit dieser in der Lage ist, die ihm obliegende Fürsorge für die Besserung der Verhältnisse besser als bisher zu bethätigen. Direkte polizeiliche Befugnisse soll der Wohnungsinspektor einstweilen nicht haben und demgemäss etwaige Revisionen nur in Gemeinschaft mit den zuständigen Polizeibehörden vornehmen.

In der sich anschliessenden Debatte sprachen sich sämmtliche Redner (die Abgg. Frh. v. Zedlitz u. Neukirch, von Savigny, Winkler und v. Eynern) für ein Vorgehen auf dem Gebiete der Wohnungshygiene aus; Abg. v. Savigny hielt es jedoch für zweckmässiger, das vorhandene Beamtenpersonal mit der Wohnungsinspektion zu beauftragen, als eine neue Beamtenklasse zu schaffen; während von anderer Seite ein störendes Eingreifen derselben in die Aufgaben anderer Behörden befürchtet wurde. Der Herr Minister theilte diese Bedenken nicht und betonte, dass der Wohnungsinspektor den Kreisärzten, Kreisbaubeamten u. s. w. gegenüber genau dieselbe Stellung wie jeder andere, direkt dem Regierungspräsidenten unterstellte Beamte einnehme.

Die Position wurde schliesslich nochmals an die Budgetkommission zurückgewiesen, um hier namentlich über die für den Wohnungsinspektor zu erlassende Dienstanweisung nähere Aufklärung zu erhalten.

In derselben Sitzung sprach der Abg. Endemann den Wunsch aus, dass die Stempelsteuern für den Titel Sanitätsrath, die jetzt nicht mehr erhoben werden, denjenigen Aerzten, die diese früher bezahlt haben, wieder zurückerstattet werden. Der Herr Finanzminister erklärte, eine generelle Rückerstattung sei unvereinbar mit den bestehenden Grundsätzen; sollte aber im einzelnen Falle nachgewiesen werden, dass der betreffende Arzt durch die Zahl der Stempelsteuer in Bedrängniss gekommen sei, so werde der Minister in solchem Einzelfalle einen etwaigen Antrag nähertreten.

Schliesslich sei noch bemerkt, dass in der Sitzung vom 13. d. M. der Gesetzentwurf, betreffend die Bewilligung weiterer Staatsmittel im Betrage von 12 Millionen Mark zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse der in staatlichen Betrieben beschäftigten Arbeitern und gering besoldeten Staatsbeamten der Budgetkommission überwiesen wurde; aus den Erklärungen der Vertreter der einzelnen Parteien des Abgeordnetenhauses ging hervor, dass diese sämmtlich dem Entwurf sehr sympatisch gegenüberstehen.

In der Sitzung des Reichstages vom 10. d. M. gelangte der Entwurf zum Schutz des Genfer Neutralitätszeichens (s. Z. f. M., 1901, Nr. 23, S. 780) zur Berathung und wurde nach kurzer Berathung, in der sich fast alle Redner zustimmend äusserten, einer Kommission von 14 Mitgliedern überwiesen. Der vom Abg. v. Blödau gemachte Einwand, dass die Geschäfte durch Entziehung des „Rothen Kreuzes“ als Waarenzeichen erheblich geschädigt würden und in Folge dessen eine Entschädigung beanspruchen könnten, wurde von dem Staatssekretär und Staatsminister Graf v. Posadowsky als unbegründet zurückgewiesen.

Das in der Konitzer Mord-Affäre von der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Berlin erstattete Obergutachten über die Ermordung Winters ist jetzt an die Staatsanwaltschaft in Konitz gelangt. Dasselbe soll im Wesentlichen mit dem Gutachten des Provinzial-Medizinalkollegiums in Danzig übereinstimmen und die in diesem Gutachten ausgesprochene Ansicht über die geschlechtliche Ausschweifung Winters kurz vor seiner Ermordung sogar noch mit grösserer Bestimmtheit zum Ausdruck bringen.

Betreffs der aus der Dienstaufwandsentschädigung der preussischen Kreisärzte zu deckenden Kosten hat der Minister durch Bescheid vom 28. Dezember 1901 entschieden, dass solche für chemische und bakteriologische Wasseruntersuchungen, welche die Kreisärzte im Auftrage des Regierungspräsidenten oder auf Ersuchen des Landraths vornehmen, aus ihrer Amtsunkosten-Entschädigung zu bestreiten sind.

Dem Braunschweigischen Landtage ist der Entwurf eines neuen Medizinalgesetzes vorgelegt, in dem nicht nur die Stellung der Medizinalbehörden und Beamten (Landesmedizinalkollegium, Gesundheitskommissionen, Physiker und beamtete Thierärzte), sondern auch das Verhältniss aller die Heilkunde ausübenden Personen (Aerzte, Thierärzte, Hebammen und Heilgehülfen), das Apothekenwesen, die Aerzte- und Apothekerkammern, Privat-Kranken-Anstalten und Sorge für Geisteskranke u. s. w. neu geregelt werden. Wir werden auf diesen Gesetzentwurf noch in einer der nächsten Nummern ausführlich zurückkommen.

Der XXXI. Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie wird vom 2.—5. April d. J. in Berlin stattfinden. Zur Erörterung werden als Hauptthemate gelangen: Wundbehandlung, Krebsfrage, Pathogenese und Behandlung der Perityphlitis und Unterleibschirurgie.

Familienpflege der Gemüthskranken. Ueber die von der Provinzial-Heilanstalt Göttingen versuchsweise eingeführte Familienpflege für Gemüthskranke äussert sich der Direktor, Prof. Dr. Cramer, in dem letzten Jahresberichte u. A. wie folgt: „Die Einrichtung dieser freiesten Art der Krankenpflege wurde wesentlich erleichtert durch das Entgegenkommen des Landraths und durch die Bevölkerung in den der Anstalt benachbarten Dörfern. Wenn auch bei dem bekannten Leutemangel in der Landwirthschaft nicht übersehen werden darf, dass der Hofbesitzer durch den Familienpflegling eine Arbeitskraft erhält, so muss doch hervorgehoben werden, dass nach den gemachten Erfahrungen die Pfleger nicht die Arbeitskräfte der Pfleglinge ausnutzen wollen, sondern dass sie auch ein Herz und grosses Interesse für die Kranken selbst haben. Es wurden allmählich 17 Kranke in Familienpflege in den der Anstalt benachbarten Dörfern untergebracht. Die Anmeldungen von Landbewohnern liefen so zahlreich ein, dass die Anstalt im Berichtsjahre bequem 50 weitere Kranke in Familienpflege hätte unterbringen können, wenn solche vorhanden gewesen wären. Die Familienpflege ermöglicht die freieste Art der Verpflegung der Kranken. Diese Verpflegung stellt sich billiger als die Anstaltsbehandlung und hat ferner den Vortheil, dass sie ermöglicht, mehr Kranke als sonst zur Arbeit zu erziehen. Die Kranken gelten jedoch nicht als aus der Anstalt entlassen."

Berufsgenossenschaftliche Vertrauensärzte. Der Fall Blasius (s. Nr. 1, Jahrg. 1902, S. 31d. Zeitschr.) beschäftigte am 10. d. M. das Landgericht in Hannover als Berufungsinstanz. Der in der Verhandlung herrschende wissenschaftliche Streit drehte sich, ebenso wie in der ersten Verhandlung um die Frage, ob die Abgabe eines ärztlichen Gutachtens ohne vorherige Untersuchung des Kranken üblich ist und ob sie im vorliegenden Fall erforderlich war. Diese Angelegenheit ist auch bereits im Reichstag zur Sprache gebracht und Professor Sprengel bemerkte, dass der Staatssekretär Graf Posadowsky sich in seinem Sinne ausgesprochen habe [1]). Das Gericht hob das vorinstanzliche Urtheil auf und sprach den Angeklagten von der erhobenen Anklage frei. In der Begründung des Urtheils hiess es, dass das Gericht die Ueberzeugung gewonnen habe, dass die Abgabe eines Gutachtens ohne Untersuchung des Patienten nicht richtig sei. Es bestände allerdings auch eine abweichende Uebung und diese bekämpfe der Angeklagte. Wenn der vorliegende Fall auch nicht besonders zu einem solchen Angriff geeignet gewesen sei, so stände dem Angeklagten doch die Wahrnehmung berechtigter Interessen zur Seite, und diese seien auch trotz der sehr scharfen Ausdrücke nicht auszuschliessen. In Rücksicht darauf, dass der Angeklagte der Meinung gewesen sein könne, der Fall eigne sich zu solchen Angriffen, sei ihm auch eine Absicht der Beleidigung nicht nachgewiesen, weshalb von einer Bestrafung keine Rede sein könne.

Nach der Apothekerzeitung steht in Preussen die Veröffentlichung der **neubearbeiteten Apothekerbetriebsordnung** unmittelbar bevor. In derselben soll auch eine Diensterleichterung für die ohne Gehülfen arbeitenden Apotheker in der Weise vorgesehen sein, dass es dem Apotheker gestattet ist, sein Geschäft zeitweise zu schliessen, falls er innerhalb einer Stunde herbeigeholt werden kann.

Der von der französischen Rrgierung der Deputirtenkammer schon vor 10 Jahren vorgelegte **Entwurf eines Gesetzes zum Schutz der öffentlichen Gesundheit** (loi pour la protection de la santé publique) ist dieser von Neuem vorgelegt, nachdem er in der Zwischenzeit im Senate mehrfachen Aenderungen unterzogen ist. Die Deputirtenkammer hat ihn der Kommission für die öffentliche Gesundheitspflege überwiesen. Der Entwurf enthält in Titel I allgemeine Bestimmungen über die von den Orts- und Departementsbehörden zu erlassenden Vorschriften zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten, zur Reinhaltung von Ortschaften und Wohnungen, zur Einrichtung einer guten Trinkwasserversorgung und zweckmässigen Beseitigung der Abfallstoffe, ferner Bestimmungen über die Anzeigepflicht, Impfung und Wiederimpfungen (obligatorisch im 1. Lebensjahr, eine zweimalige Revaccination im 11. und 21. Lebensjahr), Desinfektion, Wasserversorgung, Beseitigung der Abfallstoffe und das Wohnungswesen. Titel II behandelt die Organisation des

[1]) Siehe Seite 129.

Gesundheitsaufsichtsdienstes. Für Städte mit mehr als 20000 und für Badeorte mit mehr als 2000 Einwohner wird die Errichtung von bureaux d'higiène vorgesehen. Die Departements sollen in mehrere Sanitätsbezirke getheilt und in jedem der letzteren eine Gesundheitskommission (Conseil d'hygiène) eingerichtet werden. In jedem Departement wird ein Gesundheitsrath (Conseil d'hygiène du Departement) ernannt; derselbe tagt unter dem Vorsitze des Präfekten und besteht aus 10 bis 15 Mitgliedern, darunter 3 Aerzten, je 1 Thierarzt, Apotheker, Baumeister und Ingenieur. Bezüglich des Gesundheitsdienstes in Paris werden dem Seinepräfekten und dem Polizeipräfekten besondere Befugnisse eingeräumt; dem ersteren soll eine Commission des logements insalubres, dem letzteren ein Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine unterstellt werden. Die in Paris bestehenden Gesundheitskommissionen bleiben vorläufig bestehen. Eine berathende Stellung in allen Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens ist dem aus 45 Personen bestehenden Comité consultatif d'hygiène publique de France, der höchsten berathenden Instanz, zugewiesen. Titel III behandelt die Aufbringung der Kosten, Titel IV und V enthalten Straf-, sowie Einführungs- und Uebergangsbestimmungen.

Das Gesetz räumt den Gemeinden eine verhältnissmässig grosse Selbstständigkeit auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens ein; nur in dringlichen Fällen oder bei Epidemien haben die Präfekten und die Zentralinstanz das Recht des Eingreifens. Desgleichen hat der Präfekt das Recht, wenn während drei aufeinanderfolgenden Jahren die Sterblichkeit den mittleren für den Gesammtstaat geltenden Durchschnitt überschreitet, eine Untersuchung und je nach deren Ergebniss die erforderlichen Massregeln anzuordnen. Die Kontrolle der Gemeinden wird von den Conseils d'hygiene der Departements ausgeübt; der Senat hat aber ausserdem noch 6 ärztliche Sanitätsinspektoren (médecins inspecteurs d'hygiène) in das Gesetz eingefügt, die einzigen staatlichen Medizinalbeamten, denen die Aufgabe mitzufällt, darüber zu wachen, dass Gemeinden und Departements auf sanitärem Gebiete ihre Pflicht und Schuldigkeit thun. Die durch Ausführung des Gesetzes entstehenden Kosten werden von Gemeinden, Departements und Staat getragen.

In London sind die Pocken in grösserer Ausbreitung aufgetreten und zwar wenn die Berichte der Tagesblätter zutreffend sind, z. Th. in Folge nicht genügend strenger Massregeln gegenüber den ersten Pockenerkrankungen. Die Zahl der in den Krankenhäusern verpflegten Pockenkranken betrug in den Wochen vom 15. Dezember bis 31. Januar: 161 (24), 225 (25), 261 (28), 305 (45), 213 (55), 208 (34), 499 (39). Die Epidemie hat somit gerade in der letzten Woche eine erhebliche Steigerung erfahren.

Pest. Vereinzelte Erkrankungsfälle sind im Januar in Beyruth (1) Batum (1) und Smyrna (2) vorgekommen; in Bagdad gelangten vom 22. Dezember bis 20. Januar 8 Erkrankungen und 4 Todesfälle zur amtlichen Kenntniss; hier sind wahrscheinlich frühere Erkrankungen von der Bevölkerung verheimlicht. In Aegypten hat sich ein neuer Pestheerd in Tantah gebildet, die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug hier in der Zeit vom 28. Dezember bis 10. Januar 18 (11), vom 10.—30. Januar 47 (42); sonst sind während dieses Zeitraumes nur noch 9 Erkrankungen und 7 Todesfälle vorgekommen.

In Indien hat die Seuche im Allgemeinen an Ausbreitung abgenommen; die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug während der 4 Wochen vom 14. Dezember bis 10. Januar in der Präsidentschaft Bombay 7078 (5269), 6329 (4576), 5746 (4338), 6098 (4618) in der Stadt Bombay 245 (173), 236 (168), 250 (213) und 321 (233).

In Kapland sind vom 8. Dezember bis 11. Januar nur 10 Pestfälle angemeldet: 4 in Mosselbay, 3 auf der Kaphalbinsel, 1 in Ladysmith und 2 in Port Elisabeth. In Mauritius erkrankten in den 4 Wochen vom 8 November bis 5. Dezember 83, 67, 61 und 52 Personen an Pest, davon sind 56, 39, 37, und 37 gestorben. In Rio de Janeiro (Brasilien) betrug die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle vom 25. November bis 25. Dezember v. J. 40 (20), in Honululu (Hawai) vom 4. bis 23. Dezember v. J. 7 (6), in Manilla (Philippinen) vom 1. Dezember v. J. bis 31. Januar d. J. 23 (4).

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

15. Jahrg. 1902.

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,
H. B. Hofbuchhandlung.
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.

Denkschrift über die Ausführung des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen vom 16. September 1899.

Das Abgeordnetenhaus hatte bekanntlich in seiner Sitzung vom 16. März 1901 beschlossen,

„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."

In Erledigung dieses Beschlusses hat der Herr Minister dem Abgeordnetenhause unter dem 10. Februar d. J. die nachstehende, einen klaren Ueberblick über die Durchführung des Gesetzes gebende Denkschrift vorgelegt, deren Inhalt jedenfalls die betheiligten Kreise im hohen Grade interessiren wird. Wir lassen dieselbe daher thunlichst im Wortlaut folgen:

Einleitende Bemerkungen.

Bei der Berathung über den Entwurf des Staatshaushaltsetat für das Etatsjahr 1901 sind an die Erörterung über die Verwendung der für die Durchführung des Kreisarztgesetzes vom 16. September 1899 geforderten Mittel in den Sitzungen der Budgetkommission, wie auch im Plenum des Hauses der Abgeordneten mannigfache Erwägungen geknüpft, welche zu dem vorher erwähnten Beschlusse des Abgeordnetenhauses geführt haben.

In Erledigung dieses Beschlusses haben sich die nachstehenden Ausführungen zur Aufgabe gestellt, die Thätigkeit der Staatsregierung, welche sie

im Anschluss an die Verabschiedung des Gesetzes vom 16. September 1899 behufs dessen Ausführung und unter Berücksichtigung der dabei zu Tage getretenen Wünsche entwickelt hat, darzulegen, die Entschliessungen, mit denen sie an den Landtag herangetreten ist, näher zu begründen und dabei zu erweisen, dass diese Angelegenheit den Zielen des Gesetzes entsprechend bisher gefördert und weiter geführt ist.

Die Ziele des Gesetzes bewegen sich bezüglich der Ausgestaltung der Dienststellung des Kreisarztes in der Richtung einer Steigerung der Vorbildung, Aufbesserung der materiellen Stellung durch Erhöhung der Besoldung und Anerkennung ihrer Pensionsfähigkeit, Anerkennung eines grösseren Masses von Bewegungsfreiheit auf hygienischem Gebiete, Ausstattung mit einem beschränkten Masse obrigkeitlicher Anordnungsbefugniss, Angliederung an die Organe der Selbstverwaltung.

Wenn die Darstellungen auch jetzt noch nicht lückenlos gefunden werden, so wird man sich dabei erinnern müssen, dass die Zeit, in welcher ein derartiges Reformwerk abschliessend beurtheilt werden kann, noch immer eine zu kurze ist und dass die für ein erschöpfendes Urtheil nothwendigen Erfahrungen noch nicht in ausreichender Weise gesammelt sein können.

Vorarbeiten zur Ausführung des Gesetzes.

Es wird hier ausgeführt, dass die ursprüngliche Absicht, das Inkrafttreten des Gesetzes thunlichst zum 1. April 1900 zu ermöglichen, fallen gelassen werden musste, da die Inangriffnahme der erforderlichen organisatorischen Massnahmen zum Bedauern aller betheiligten Ressorts sehr bald ausser Zweifel stellte, dass die Erledigung der hierbei auftauchenden Fragen bis zum Abschlusse des Staatshaushaltsetats (1900) nicht möglich war, und dass selbst der Weg der Bereitstellung der erforderlichen Mittel durch einen Nachtragsetat kaum gangbar wäre, wenn die im Interesse der Sache erwünschte ruhige Erwägung aller einschlägigen Verhältnisse nicht gefährdet werden und vor Allem auch den Provinzialbehörden Gelegenheit gegeben werden sollte, sich über die Fragen zu äussern, welche die örtlichen Verhältnisse berühren, wie Eintheilung der Bezirke, Zusammenlegung von Kreisen, Bedürfniss nach der Anstellung vollbesoldeter Kreisärzte u. s. w. Gegenüber diesen Erwägungen musste zunächst die Absicht, das Gesetz am 1. April 1900 und demnächst die Absicht, es am 1. Oktober 1900 in Kraft treten zu lassen, fallen gelassen werden, um einen angemessenen, nach allen Richtungen erschöpfenden möglichst einwandfreien Ausbau des Gesetzes fertig zu stellen.

Thätigkeit der Staatsregierung in Ausführung des Gesetzes vom 16. September 1899.

I. Massnahmen zur Hebung der wissenschaftlichen und praktischen Leistungsfähigkeit der staatlichen Gesundheitbeamten.

Allgemeine Aufgaben und Arbeitsgebiet des Kreisarztes.

Unter den Gründen, welche für die Reform der Organisation der Medizinalbehörden bestimmend waren, stand an erster Stelle die in weiten Kreisen der Bevölkerung empfundene Erkenntniss, dass das Physikat in seiner bisherigen Organisation und zum Theil auch in seiner Personalbesetzung nicht geeignet war, eine den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege entsprechende Wirksamkeit zu entfalten. Ganz besonders war dies auf dem Gebiete der Bekämpfung ansteckender Krankheiten offenkundig geworden, als es sich darum handelte, die Massnahmen zur Bekämpfung der letzten Choleraepidemie und zur Abwehr gegen die drohende Pestgefahr zu treffen. Nicht minder tief empfunden war das Bedürfniss, auf dem weiten Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege eine grössere staatliche Fürsorge zu entwickeln und vor Allem durch umsichtige, fachkundige Gesundheitsbeamte die Bedingungen zur Verhütung der Krankheiten und zur Entwickelung und Förderung der allgemeinen Volksgesundheit erkennen und feststellen zu lassen. Hier kommt in Betracht, dass der gewaltige Aufschwung der Gesundheitswissenschaften tief auf die praktischen Verhältnisse einwirkt. Die Chemie und Bakteriologie, welche in den letzten Jahrzehnten grosse wissenschaftliche Triumphe gefeiert haben, sind in den Dienst der praktischen Hygiene getreten, die Fürsorge für eine gesund-

heitsgemässe Wasserversorgung und eine ordnungsmässige Beseitigung der Abfallstoffe verlangt fortlaufende eingehende Prüfungen, Forschungen und Untersuchungen über Wasserentnahmestellen, Grundwasser, offene Wasserläufe, die festen und flüssigen Abfallstoffe. Die Bau-, Wohnungs- und Schulhygiene beansprucht Feststellungen über Bodenbeschaffenheit, Heizung, Lüftung und dergl. Die polizeiliche Nahrungsmittelkontrolle erfordert komplizirte chemische Analysen und Kenntniss der schädigenden Ingredienzien. Die zum Schutze der Arbeiter erlassenen gewerbehygienischen Bestimmungen bedingen mannigfache Prüfungen in hygienischer und ärztlicher Hinsicht innerhalb und ausserhalb der Fabriken und dergl.

Es ist ohne Weiteres klar, dass eine den staatlichen Interessen entsprechende Wahrnehmung solcher in das Privatleben und die verschiedenen Verwaltungszweige eingreifenden Dienstobliegenheiten, welche nach §. 1 in Verbindung mit den §§. 6, 7 u. 8 des Kreisarztgesetzes dem Kreisarzte als staatlichen Gesundheitsbeamten zugewiesen sind, nur geleistet werden können durch einen entsprechend vorgebildeten Beamten. Nur wo Sachkenntniss neben entsprechender Erfahrung vorausgesetzt werden kann, wird sich die erforderliche Urtheilsfähigkeit im gegebenen Falle annehmen lassen; insbesondere wird auch nur in die Hand eines solchen Beamten die Befugniss zum Erlasse selbstständiger Anordnungen gelegt werden können, wie sie der §. 8 bei gemeingefährlichen Krankheiten durch den Kreisarzt vorsieht.

Vorbildung und Fortbildung der Medizinalbeamten. Kreisärztliche Prüfungsordnung vom 30. März 1901.

Als erste Pflicht der Medizinalverwaltung muss es daher angesehen werden, die Kreisarztstellen mit solchen Beamten zu besetzen, welche über das nöthige Mass von fachwissenschaftlicher Ausbildung sich ausgewiesen haben. Ebenso wichtig ist es, dass die Beamten auf der Höhe der Wissenschaft gehalten werden und ihnen zur Ergänzung ihres Wissens Gelegenheit geboten wird, soweit diese nicht bei ihrer Dienstbeschäftigung gegeben ist.

Schon bisher ist die Medizinalverwaltung bestrebt gewesen, das Wissen ihrer Medizinalbeamten durch Fortbildungskurse zu heben, und sind Kurse behufs Fortbildung in der öffentlichen Gesundheitspflege in den Jahren 1891/97 unter Aufwendung von insgesammt 150000 Mark und zur weiteren Ausbildung in der Psychiatrie in den Jahren 1897/1900 durch Bereitstellung von insgesammt 120000 Mark für Kreisphysiker und Regierungs-Medizinalräthe abgehalten werden. Auch weiterhin ist beabsichtigt, diese wissenschaftlichen Unterweisungen der Kreisärzte in den für ihr Amt wichtigen Dingen entsprechend dem hervortretenden Bedürfniss an der Hand der Erfahrungen eintreten zu lassen. Dies erscheint um so begründeter, weil entsprechend dem auch in dem Hause der Abgeordneten wiederholt hervorgehobenen Wunsche, bei der Anstellung der Kreisärzte nach Möglichkeit die im Amt befindlichen Kreismedizinalbeamten berücksichtigt worden sind, die zum Theil ihren akademischen Studien in einer Zeit obgelegen haben, als die Hygiene noch in den ersten Anfängen ihrer Entwickelung sich befand und insbesondere die für die Infektionskrankheiten so wichtige bakteriologische Forschung fast unbekannt war. Für diese Zwecke der Fortbildung der Kreisärzte in der Staatsarzneikunde, Hygiene, gerichtlichen Medizin und Psychiatrie ist die Bereitstellung einer Summe von 26000 Mark im Extraordinarium des Staatshaushalts-Etats für 1902 in Aussicht genommen. An den eingerichteten Fortbildungskursen hat der Medizinalbeamte auf Erfordern gemäss der Bestimmung des §. 44 der Dienstanweisung theilzunehmen.

Das Hauptgewicht war darauf zu legen, im Rahmen der Bestimmungen des Gesetzes vom 16. September 1899 (§. 2) die Erfordernisse über die wissenschaftliche Befähigung zur Anstellung als Kreisarzt nach der veränderten Stellung der Medizinalbeamten festzulegen. Die Handhabe hierzu bot das in §. 2 Nr. 3 geforderte Bestehen der kreisärztlichen Prüfung. Die Abänderung der bisher geltenden Prüfungsordnung für die Physikatsamtskandidaten vom 24. Januar 1896 und der Zusatzbestimmung vom 23. Februar 1898 ergab sich daher als eine erste und nothwendige Folge des Gesetzes.

Die Vorschrift, wonach die Befähigung zur Verwaltung einer Medizinalbeamtenstelle durch die Ablegung der Prüfung vor der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen verlangt wird, konnte auch in die neue Prüfungsordnung übernommen werden, da zu ihrer Aenderung die Erfahrungen

keinen Anlass boten. Die sonstigen Bestimmungen sind dagegen einer eingehenden Prüfung unter Mitwirkung der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen unterzogen und haben eine durchgreifende und der Neuorganisation der Medizinalverwaltung angepasste Umgestaltung erfahren durch die am 1. April 1901 in Kraft gesetzte Prüfungsordnung, welche behufs Erlangung der Befähigung zur Anstellung als Kreisarzt von dem Minister der Medizinalangelegenheiten am 30. März 1901 erlassen worden ist. In derselben sind auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege die Forderungen an das Wissen wesentlich erhöht. Die öffentliche Gesundheitspflege war nach der früheren Physikatsprüfungsordnung bei den Prüfungsgegenständen nur insoweit berücksichtigt, als die mündliche Prüfung sich auf die Hygiene zu erstrecken hatte und eine der beiden wissenschaftlichen schriftlichen Ausarbeitungen aus dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege oder aus dem der Psychiatrie genommen wurde. Nunmehr ist angeordnet, dass bei den schriftlichen wissenschaftlichen Ausarbeitungen stets ein Gegenstand der öffentlichen Gesundheitspflege behandelt wird. Für die praktische mündliche Prüfung ist ferner der öffentlichen Gesundheitspflege ein besonderer Abschnitt eingeräumt, in dem nach näherer Bestimmung des §. 16 eine hygienische Aufgabe praktisch zu lösen und ein gründliches Wissen in der Hygiene einschliesslich der Bakteriologie nachzuweisen ist. Abgesehen von der Prüfung ist auch durch die Bedingung für die Zulassung (§. 4) eine weitere Sicherheit für ein ausgiebiges und gefestigtes Wissen geboten, indem u. A. ein hygienischer Kursus in einem Universitätsinstitut des Deutschen Reiches von mindestens dreimonatlicher Dauer verlangt wird. Im gleichen Sinne ist durch die Forderung eines dreimonatlichen Kursus in der pathologischen Anatomie und gerichtlichen Medizin, sowie eines halbjährigen Praktikums in einer psychiatrischen Klinik den auch auf diesen Gebieten gesteigerten wissenschaftlichen Ansprüchen eine zeitgemässe Berücksichtigung in der neuen Prüfungsordnung zu Theil geworden. Für den Unterricht in der gerichtlichen Medizin hat die Durchführung der Medizinalreform die erwünschte Gelegenheit gegeben, eine Verbindung der Ertheilung dieses Unterrichts mit der gerichtsärztlichen Praxis in besonders geeigneter Weise dadurch dauernd zu sichern, dass durch den Staatshaushaltsetat für 1901 die erforderlichen Mittel zur Errichtung ausserordentlicher Professuren an den Universitäten Königsberg, Halle, Breslau und Bonn bereitgestellt sind, deren Inhaber zugleich die Obliegenheiten des Gerichtsarztes des Bezirks wahrzunehmen haben. Eine entsprechende Organisation für Marburg wird in dem Entwurf des Staatshaushaltsetats für 1902 vorgeschlagen.

Die Verhandlungen über die Erlangung der medizinischen Doktorwürde sind inzwischen durch eine Vereinbarung mit den in Betracht kommenden Deutschen Bundesstaaten zum befriedigenden Abschluss gebracht und in Folge dessen einheitliche Grundzüge für die medizinischen Doktorpromotionen auf den Universitäten des Deutschen Reiches in Geltung. Die neue Prüfungsordnung verlangt daher in §. 4 Nr. 2 den Nachweis über den Erwerb der medizinischen Doktorwürde auf einer Universität des Deutschen Reiches.

Für die Anstellung als Kreisarzt wird in §. 3 Nr. 4 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 die Ausübung einer fünfjährigen selbstständigen praktischen Thätigkeit als Arzt nach der Approbation der Regel nach gefordert.

Nicht unerwähnt mag hier bleiben, dass auch die Gewährung der Approbation als Arzt durch die seit dem 1. Oktober 1901 in Kraft getretenen neuen Prüfungsbestimmungen von der Erfüllung weiter gehender Bedingungen, unter denen vor Allem die eines praktischen Jahres genannt zu werden verdient, abhängig gemacht ist.

Es darf erwartet werden, dass die hier nur in einigen Hauptpunkten inhaltlich skizzirte kreisärztliche Prüfungsordnung den beabsichtigten Zweck, die wissenschaftliche und praktische Leistungsfähigkeit der Medizinalbeamten zu heben, in ausreichendem Masse erfüllen wird.

II. Dienstanweisung für die Kreisärzte. Vorbereitende Arbeiten. Zweck der Dienstanweisung.

Zugleich mit den Arbeiten für die Fertigstellung der neuen Prüfungsordnung war durch den Minister der Medizinalangelegenheiten der Entwurf

einer Dienstanweisung für die Kreisärzte in Angriff genommen. Während für erstere ein gewisser Anhalt in der bestehenden Prüfungsordnung gegeben war, fehlte für die zu schaffende Anweisung ein solches Vorbild in Preussen, da seither eine feste Abgrenzung der Amtsthätigkeit der Physiker durch Gesetz oder allgemeine Instruktionen nicht erfolgt war. Die Amtsinstruktion, welche das Oberkollegium-Medicum unter dem 17. Oktober 1776 für die Land-, Kreis- und Stadtphysiker in den Königlich Preussischen Landen erlassen hatte, bot in ihrer veralteten Form ebenso wenig ein brauchbares Vorbild für die derzeitigen Verhältnisse, wie die für einige Grossstädte und vereinzelte Bezirke gültigen Instruktionen von lokalem Charakter.

Anderseits machten die dem Kreisarzte zugewiesenen erweiterten Aufgaben und die vielfachen Berührungen der kreisärztlichen Thätigkeit mit den anderen staatlichen Ressorts, den Organen der Selbstverwaltung, den Kommunen und Privaten eine eingehende Regelung der Pflichten und Rechte des kreisärztlichen Amtes zur unbedingten Nothwendigkeit.

Dabei galt es, die Grenzen der gegenseitigen Befugnisse in angemessener Weise festzulegen, ein ausreichendes Mass von Bewegungsfreiheit dem Medizinalbeamten zu sichern, ein Zuviel, das zudem vielfach mit finanziellen Belästigungen verknüpft sein konnte, zu vermeiden, das Gebotene von dem Wünschenswerthen, das praktisch Durchführbare von dem theoretisch Erstrebenswerthen zu scheiden und in einer Zweifel und Dunkelheiten möglichst ausschliessenden Form schriftlich zu fixiren. Vorbereitend wurden zu diesem Zweck die Verhältnisse in den grösseren Deutschen Bundesstaaten nicht blos nach eingeholten schriftlichen Mittheilungen über die Medizinalverfassung und die geltenden Dienstinstruktionen und dergl., sondern auch durch Entsendung von Kommissarien an Ort und Stelle geprüft. Die Ergebnisse dieser Vorarbeiten haben sich in mancher Richtung als nützlich bei der Ausarbeitung der Dienstanweisung erwiesen und sind auch für die gesammte weitere Ausgestaltung und Fortentwickelung des Medizinalwesens werthvoll. Auf Grund dieser Vorarbeiten ist alsdann eine Dienstanweisung im Ministerium der Medizinalangelegenheiten entworfen worden und unter Mitwirkung der Vertreter der mitbetheiligten Ressorts (Ministerium der Finanzen, des Innern, der Justiz, für Handel und Gewerbe) durchberathen und in endgültiger Fassung so festgestellt worden, wie sie durch Erlass des Ministers der Medizinalangelegenheiten am 23. März 1901 auf Grund des §. 17 Abs. 2 des Gesetzes vom 16. September 1899 im Einverständnisse mit den vorgenannten Ministerien bekannt gegeben worden ist.

Skizzirung des Inhalts der Dienstanweisung.

. . . . Die Dienstanweisung legt im Einzelnen die Aufgaben des Kreisarztes fest, für welche das Gesetz im §. 6 nur die Grundzüge giebt. Sie stellt sich neben dem Gesetz als ein wichtiger Faktor der Neuorganisation des Medizinalwesens dar, indem sie die Gesetzesvorschriften durch ihre Einzelbestimmungen ergänzt und sie formell und materiell für die praktische Nutzanwendung gestaltet.

Die gutachtliche Thätigkeit, zu welcher der Kreisarzt auf Erfordern der zuständigen Behörden in Angelegenheiten des Gesundheitswesens (§. 6 Abs. 1 des Gesetzes und §. 34 Nr. 1 der Dienstanweisung) verpflichtet ist, wird gegenüber dem Landrath, den Ortspolizeibehörden in Stadtkreisen, dem Kreis- (Stadt-) und Bezirksausschuss, den Organen der Selbstverwaltung (Kreisausschus, Kreistag), den Gesundheitskommissionen, den anderen technischen Beamten des Kreises, den Gesundheitsbehörden, Reichsversicherungsamte und den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung, den Bergbehörden und Privatpersonen durch die §§. 12 bis 22. der Dienstanweisung des Näheren geregelt.

Die Anhörungsverpflichtung für die zuständigen Behörden ist festgelegt hinsichtlich der Begutachtung von Baupolizeiverordnungen und Ortsbebauungsplänen (§. 71), der Mitwirkung bei der Konzessionirung gewerblicher Anlagen (§. 91), der Prüfung der Schulbauvorlagen (§. 95), der Schliessung und Wiedereröffnung von Schulen (§. 96), der Baupläne bei Neu- und Umbauten von Kranken- u. s. w. Anstalten (§. 102), der Mitwirkung bei der Konzessionirung von Privatkranken-, Privatentbindungs- und Privatirrenanstalten (§ 103), der Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und Idioten (§§. 104, 105), des

Leichentransportes (§. 111), der Ausgrabung von Leichen (§. 112), der Anlegung und Erweiterung von Begräbnissplätzen (§. 113).

Die informatorische Aufgabe des Kreisarztes, der zufolge er die gesundheitlichen Verhältnisse des Bezirkes zu beobachten und auf die Bevölkerung aufklärend und belehrend einzuwirken hat (Gesetz §. 6 Nr. 2, Dienstanweisung §. 34 Nr. 2), ist durch die Zuweisung einer erheblichen selbstständigen Thätigkeit, durch eine grössere Bewegungsfreiheit, Kompetenzerweiterung und durch die Anordnung regelmässiger Besichtigungsreisen innerhalb eines bestimmten Turnus in den Bestimmungen der Dienstanweisung wirksam vorbereitet.

Alle diese dienstlichen Obliegenheiten, durch welche der Kreisarzt Kenntniss von den Verhältnissen des Dienstbezirkes erlangt, befähigen ihn anderseits zur Wahrnehmung der weiteren Aufgabe: „Die Durchführung der Gesundheitsgesetzgebung und der hierauf bezüglichen Anordnungen zu überwachen“ (Gesetz §. 6 Nr. 3, Dienstanweisung §. 34 Nr. 3). Hierbei lässt der §. 40 der Dienstanweisung dem Kreisarzt die Freiheit, bei Unregelmässigkeiten von geringerer Bedeutung durch geeignete Vorstellungen und Rathschläge Abhülfe zu bewirken.

Ein besonderes Besichtigungsrecht ist dem Kreisarzte nach §. 39 der Dienstanweisung nur für die seiner Aufsicht unterstellten Institute und solchen anderweiten Einrichtungen, welche im Interesse des Gesundheitswesens geschaffen sind, eingeräumt.

Die in Erfüllung der vorgedachten Aufgaben (§. 34 Nr. 2 und 3 der Dienstanweisung) ausgeübte Dienstthätigkeit gewährt dem Medizinalbeamten zugleich die thatsächlichen Unterlagen für die ihm weiter zufallende initiative Thätigkeit: Vorschläge zur Abstellung von Mängeln zu machen und für die öffentliche Gesundheit geeignete Massnahmen anzuregen (Gesetz §. 6 Nr. 4 und Dienstanweisung §. 34 Nr. 4). In dieser Richtung ist ihm ausserdem ein weiteres Eingreifen über die überwachende Thätigkeit hinaus bei der Erfüllung seiner Aufgabe ermöglicht, gemeinnützige Bestrebungen auf dem Gebiete der Wohnungs- und Schulhygiene zu fördern, auf planmässige Beseitigung von Abfallstoffen in grösseren Gemeinden hinzuwirken, Untersuchungen von Nahrungs- und Genussmitteln anzuregen, die statutarische Regelung des Hebammenwesens durch die Kreise herbeizuführen, den Bau von Bade- und Schwimmanstalten zu fördern. Vor allen Dingen ist ein initiatives selbstständiges Handeln des Kreisarztes auf dem Gebiete der Seuchenverhütung und der Seuchenbekämpfung durch die vorgeschriebene direkte Anzeige von dem Ausbruche einer, weitere Volkskreise gefährdenden Krankheit und die ihm übertragene Befugniss gewährleistet, unverzüglich Ermittelungen an Ort und Stelle vorzunehmen und die zur Verhütung, Feststellung, Abwehr und Unterdrückung erforderlichen vorläufigen Anordnungen zu treffen (Gesetz §. 8 Abs. 1, Dienstanweisung §. 35, 82—84).

Die erheblichen Fortschritte, welche die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung der Seuchen unter dem Einfluss der wissenschaftlichen Hygiene gemacht haben, lassen es nothwendig erscheinen, dass eine grössere Anzahl Kreisärzte in der Lage sind, eine Reihe einfacherer 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 ist durch den Staatshaushaltsetat für 1901 — Kapitel 14 Titel 257 des Extraordinariums — die Summe von 50000 Mark bereit gestellt worden. Dieser Betrag hat sich indessen als nicht ausreichend erwiesen, und es sind weitere 25000 Mark — unter Kapitel 14 Titel 225 des Extraordinariums — in den Entwurf zum Staatshaushaltsetat für 1902 eingestellt worden.

Es war nicht beabsichtigt, jeden der 493 Kreisärzte mit einem vollen Instrumentarium auszustatten; vielmehr schien es am richtigsten, ein solches nur den für derartige Untersuchungen besonders vorgebildeten und geübten Kreisärzten zu gewähren und diesen gleichzeitig die Unterstützung des Regierungs- und Medizinalraths bei der Bekämpfung von Seuchen und bei sonstigen Massregeln aufzugeben. Die Ausstattung besteht ausser einem brauchbaren Bakterienmikroskop aus den zur Ausführung der einfacheren hygienischen Untersuchungsmethoden erforderlichen Geräthen und Instrumenten. Soweit den Kreisärzten für die Beschaffung dieser Apparate und Instrumente nicht ledig-

lich Beihülfen gewährt, die Kosten vielmehr ganz aus der Staatskasse bestritten sind, sollen die Gegenstände nicht Eigenthum des betreffenden Kreisarztes, sondern dem Inventar der Stelle einverleibt werden.

Ausserdem erschien es zweckmässig, eine grössere Anzahl von Kreisärzten mit leistungsfähigen Bakterienmikroskopen auszustatten, um sie in den Stand zu setzen, die bei der Ermittelung und Feststellung von übertragbaren Krankheiten erforderlichen einfachen mikroskopischen Untersuchungen sofort an Ort und Stelle ausführen zu können. Zu diesem Zwecke sind sogenannte Reisemikroskope angefertigt worden, welche in einem Holzschränkchen und einem dazu gehörigen Lederköfferchen sich so verpacken lassen, dass sie bequem auf Reisen mitgeführt werden können, ohne zu leiden oder den Träger zu sehr zu belasten. Zu jedem solchen Mikroskop wird ein in dem Schränkchen verstaubares Etui mit mikroskopischen Instrumenten geliefert, welche zur Ausführung von Bakterienuntersuchungen erforderlich sind. Mit derartigen Mikroskopen sollen zunächst 72 Kreisärzte ausgerüstet werden.

Man darf hoffen, dass diese Anschaffungen dazu beitragen werden, den wissenschaftlichen Geist der Kreisärzte zu heben, ihre Leistungsfähigkeit im Kampf gegen die Seuchen zu stärken und die Medizinalverwaltung aktionsfähiger und unabhängiger zu machen.

Nachdem noch kurz die Herausgabe des Ministerialblattes für Medizinal- und medizinische Unterrichts-Angelegenheiten, sowie die besonderen Ministerialerlasse erwähnt sind, durch die einerseits das Verhältniss der Kreisärzte zu den Gewerbeaufsichtsbeamten und den Bergrevierbeamten geregelt ist, anderseits die Unterrichtsbehörden auf die schulhygienische Mitwirkung des Kreisarztes hingewiesen sind, kommt die Denkschrift zu:

III. Besoldungs- und Pensionsverhältnisse, Diensteinkommen aus Gebühren, Amtsunkostenentschädigung.

. . . . Das Kreisarztgesetz unterscheidet folgende vier Kategorien von Kreismedizinalbeamten, die auch hinsichtlich der Besoldung eine verschiedene Behandlung erfordern:

1. die vollbesoldeten Kreisärzte,
2. die nicht vollbesoldeten Kreisärzte,
3. die durch §. 5 des Gesetzes geschaffenen Kreisassistenzärzte, und
4. die mit kreisärztlichen Obliegenheiten betrauten Stadtärzte.

1. Vollbesoldete Kreisärzte.

Der dem Landtage durch die Staatsregierung vorgelegte Entwurf eines Gesetzes, betr. die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w. hatten die vollbesoldeten Kreisärzte nicht vorgesehen. Die Staatsregierung war hierbei der durch die Ergebnisse der vorerwähnten Maikonferenz gestützten Auffassung gefolgt, dass der Medizinalbeamte von der Privatpraxis im Interesse seiner ärztlichen Fortbildung nicht gänzlich loszulösen sei und dass die praktische ärztliche Thätigkeit ihn in lebendiger Fühlung mit der Bevölkerung erhalte. Daneben war mitbestimmend, den Kreisärzten ein günstiges Arbeitsfeld zu belassen und ihnen nicht durch den Mangel an angemessener Beschäftigung den Anreiz zu einer unnöthigen amtlichen Thätigkeit zu geben. Dieser Auffassung trägt das Gesetz im Wesentlichen auch in seiner jetzt vorliegenden Form Rechnung. „Gleichwohl hatte die Staatsregierung von vornherein beabsichtigt, auch vollbesoldete Kreisärzte dort, wo besondere Verhältnisse es erfordern sollten, anzustellen, war aber der Meinung, dass es hierzu einer gesetzlichen Bestimmung nicht bedürfe, die Stellen für vollbesoldete Kreisärzte vielmehr durch den Etat anzufordern seien. Die Staatsregierung hat aber auch kein Bedenken getragen, dem Wunsche des Abgeordnetenhauses nach Aufnahme einer entsprechenden gesetzlichen Bestimmung Rechnung zu tragen."

Selbstverständliche, im Gesetz auch vorgesehene, Folge der Anstellung vollbesoldeter Kreisärzte ist das Verbot der Privatpraxis und — worauf später zurückzukommen ist — der Ausschluss von Gebührenbezug.

Eine abschliessende Feststellung derjenigen Kreisarztbezirke, deren besondere Verhältnisse die Anstellung vollbesoldeter Kreisärzte erfordern, hat Angesichts der noch im Flusse befindlichen Entwickelung bisher nicht erfolgen

können und wird voraussichtlich auch noch eine längere Reihe von Jahren in Anspruch nehmen. In den Staatshaushaltsetat für 1901 sind auf Grund sorgfältiger Ermittelungen die Mittel für 15 vollbesoldete Kreisarztstellen eingestellt. Es war für die Entschliessung der Staatsregierung massgebend, die erste Einführung der vollbesoldeten Kreisärzte auf das Nothwendigste zu beschränken und zunächst weitere Erfahrungen abzuwarten. Falls sie günstige sind, soll nach Massgabe des hervortretenden Bedürfnisses eine Vermehrung der vollbesoldeten Kreisarztstellen eintreten. Diese Behandlung der Angelegenheit hat die ausdrückliche Zustimmung des Hauses der Abgeordneten in der Sitzung vom 14. März 1901 gefunden. Demgemäss sind vollbesoldete Kreisärzte vorerst in folgenden 15 Bezirken angestellt: Gumbinnen, Thorn, Waldenburg, Oppeln Stadt und Land, Harburg Stadt und Land mit Winsen, Recklinghausen Stadt und Land, Bochum Stadt und Land mit Witten, Gelsenkirchen Stadt und Land, Duisburg Stadt mit Ruhrort, Mühlheim a. d. Ruhr mit Stadtkreis Oberhausen, Essen Stadt und Land, Solingen Stadt und Land, M.-Gladbach Stadt und Land.

In dem Entwurfe des Staatshaushaltsetats für 1902 wird dem Landtage die Umwandlung der nicht vollbesoldeten Kreisarztstellen in Beuthen, Cöln Stadt und Saarbrücken in vollbesoldete vorgeschlagen. Der Umfang der kreisärztlichen Geschäfte ist in diesen volkreichen Bezirken ein derartiger, dass die ganze Kraft eines Beamten in Anspruch genommen wird, obwohl bereits durch Anstellung von Kreisassistenzärzten den besonderen Verhältnissen dieser Kreise bei der Neuorganisation der Medizinalverwaltung Rechnung getragen war.

Der vollbesoldete Kreisarzt erhält (§. 24 der Dienstanweisung)

1. ein festes Diensteinkommen, bestehend in Gehalt und dem tarifmässigen Wohnungsgeldzuschusse, unter Ausschluss von Gebühren. Soweit nach den bestehenden Vorschriften für gewisse Verrichtungen Gebühren zu entrichten sind, fliessen dieselben zur Staatskasse;
2. eine nicht pensionsfähige Entschädigung für Amtsunkosten, aus welcher die Kosten der Büreaubedürfnisse u. s. w. zu decken sind;
3. bei Dienstreisen und Tagegelder nach Massgabe der gesetzlichen Bestimmungen.

Festes Diensteinkommen.

Bei der Festsetzung des Gehaltes war zu berücksichtigen, dass die Höhe desselben einerseits zur Vermeidung von Berufungen mit den Gehältern der in gleichartigen Stellen befindlichen Beamtenklassen in Einklang zu bringen war, dass sie aber auch anderseits die Medizinalverwaltung in die Lage setzte, für diese Stellen, welche im Hinblick auf die Art und den Umfang der den Inhabern obliegenden Dienstgeschäfte die besten Kräfte erfordern, das geeignete Personal zu gewinnen. Es war ferner zu beachten, dass insbesondere Aerzte mit gereifter Erfahrung, welche sich in nichtvollbesoldeten Kreisarztstellen bewährt haben, in solche Stellen zu berufen sind, und nach Möglichkeit zu vermeiden ist, dass tüchtige Medizinalbeamte sich nicht veranlasst finden, auf vollbesoldete Stellen zu verzichten, weil ihnen die Stelle eines nicht vollbesoldeten Kreisarztes ein reichlicheres Mass von Einnahmen sichert.

Nach diesen Gesichtspunkten wurde auf Grund eingehender Berathungen das Gehalt der vollbesoldeten Kreisärzte demjenigen der staatlichen Gewerbe-, Bau- und Maschinen-Inspektoren gleichgestellt, nämlich auf 3600 Mark, steigend nach Dienstaltersstufen in Zeiträumen von je drei Jahren auf 4200, 4700, 5200 und im Höchstbetrage auf 5700 Mark.

Zu den Berathungen über den Entwurf des Staatshaushaltsetats ist durch die Erklärung der Regierungsvertreter bereits klargestellt, dass die Kreisphysiker, welche als vollbesoldete Kreisärzte angestellt werden, nicht das Anfangsgehalt erhalten, sondern in die aus ihrem Dienstalter sich ergebende Gehaltsstufe einrangirt werden. Für die Festsetzung des Besoldungsdienstalters der Kreisärzte im Allgemeinen sind folgende dem Hause der Abgeordneten in dem Nachtrag zur Beilage 20 des Etats des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten für das Jahr 1901 bekanntgegebenen allgemeinen Grundsätze festgestellt.

Denselben sind an dieser Stelle unter Nr. 2 die Grundsätze für die Feststellung des Besoldungsdienstalters der Regierungs- und Medizinalräthe beigefügt.

1. a) Das Besoldungsdienstalter des Kreisarztes wird vom Tage der etatsmässigen Anstellung als Kreisarzt an gerechnet. Als Tag der etatsmässigen Anstellung gilt der Tag, von welchem ab dem Kreisarzt die etatsmässigen Kompetenzen (Gehalt — beim vollbesoldeten Kreisarzte 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 für die Kreisärzte 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 dem Tag des 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 angestellten Regierungs- und Medizinalräthe, dass am 1. April 1901 ihr Gehalt hinter demjenigen zurückblieb, 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.

In Befolgung dieser Grundsätze ist durch den Erlass vom 2. April 1901 das Besoldungsdienstalter der Regierungs- und Medizinalräthe und durch Erlass vom 4. April 1901 dasjenige der vollbesoldeten Kreisärzte von dem Minister der Medizinalangelegenheiten im Einverständniss mit dem Finanzminister geregelt.

Der Erlass vom 4. April 1901 hat auch für die als ständige Hülfsarbeiter den Regierungspräsidenten in Königsberg, Arnsberg, Düsseldorf, Breslau, Oppeln, Potsdam überwiesenen vollbesoldeten Kreisärzte das Besoldungsdienstalter festgesetzt.

Amtsunkostenentschädigung.

Für die Deckung der Amtsunkosten ist ferner dem vollbesoldeten Kreisarzt eine Entschädigung von 750 Mark, höchstens 1000 Mark, je nach dem Umfange der Dienstgeschäfte und des Dienstaufwandes, gewährt. Sie soll dem Kreisarzt ermöglichen, Ausgaben, welche die Erledigung der Bureaugeschäfte bedingt, wie u. A. Lokalmiethe, Heizung, Beleuchtung, Beschaffung der Schreibmaterialien zu bestreiten, Instrumente, Apparate und Materialien, welche er zur Ausführung einfacher hygienischer Untersuchungen benutzt, zu beschaffen und im Stande zu halten, seine Bibliothek entsprechend der fortschreitenden Entwickelung der ärztlichen und hygienischen Wissenschaft zu ergänzen.

Den vollbesoldeten Kreisärzten ist einstweilen ohne Unterschied der Durchschnittsbetrag gewährt worden.

Dienstreisen.

Die Frage, ob sich für die Dienstreisen, soweit deren Kosten der Staatskasse zur Last fallen, die Einzel- oder Pauschalvergütung empfiehlt, ist gleichfalls erwogen worden. Es erschien zweckmässig, diese Entscheidung zu vertagen und hierzu erst Stellung zu nehmen, wenn in Bezug auf den Um-

fang der Reisethätigkeit weitere Erfahrungen gesammelt sein werden. Bis auf Weiteres werden daher die Kreisärzte für die einzelnen Dienstreisen nach Massgabe der gesetzlichen Bestimmungen entschädigt.

Erwähnt sei an dieser Stelle, dass für die Kreisärzte ebenso wie für die Kreisassistenzärzte bei Dienstreisen in medizinal- und sanitätspolizeilichen Angelegenheiten die für die Staatsbeamten allgemein gültigen Gesetze massgebend sind, wobei sie nach den Sätzen der Beamten der 5. Rangklasse liquidiren, während ihnen bei Dienstreisen in gerichtsärztlichen Angelegenheiten nur die geringeren Sätze der Allerhöchsten Verordnung vom 17. September 1876 — Ges.-S. S. 411 — zustehen. Die näheren Ausführungsbestimmungen hierüber enthält der Erlass vom 10. Mai 1901.

Berücksichtigt man schliesslich, dass den vollbesoldeten Kreisärzten der Wohnungsgeldzuschuss für die Provinzialbeamten der 5. Rangklasse zukommt und dass aus der Anerkennung der Pensionsfähigkeit der Besoldung in Konsequenz der gesetzlichen Bestimmung (Ges. v. 20. Mai 1882 Ges.-S. S. 298) der Anspruch auf Reliktenversorgung folgt, so ist dem vollbesoldeten Kreisarzt Alles in Allem ein auskömmliches Einkommen gesichert, welches gegenüber den seitherigen staatlichen Leistungen und sonstigen amtlichen Einkünften eine wesentliche Besserung der materiellen Stellung bedeutet. Es ist daher auch die Erwartung berechtigt, tüchtige Kräfte für solche Stellen zu gewinnen.

2. Nicht vollbesolte Kreisärzte.

In Ermangelung der besonderen Verhältnisse, welche zur Bestellung vollbesoldeter Medizinalbeamter ausnahmsweise berechtigen, wird der Kreisarzt als nicht vollbesoldeter Beamter angestellt. Es gehört zu dieser Kategorie die überwiegende Mehrheit der Kreismedizinalbeamten. In gleicher Weise wie der Physikus bleibt der nichtvollbesoldete Kreisarzt berechtigt zur Ausübung der Privatpraxis, zum Gebührenbezug und mit Genehmigung der Zentralbehörde zur Uebernahme besoldeter Nebenämter.

Selbstverständlich ist dabei, dass er in erster Linie seine Zeit und Arbeitskraft der amtlichen Thätigkeit zuzuwenden hat. Die Dienstanweisung sieht demgemäss im §. 27 unter Nr. 1 Abs. 2 folgende Bestimmungen vor:

> „Dem nicht vollbesoldeten Kreisarzt ist die Ausübung der ärztlichen Privatpraxis gestattet. Es darf indessen darunter die amtliche Thätigkeit nicht leiden. Der Regierungspräsident ist befugt, aus dienstlichen Gründen eine Einschränkung der ärztlichen Privatpraxis zu fordern."

Abweichend von dem bisherigen Recht hat das Gesetz auch die Besoldung des nicht vollbesoldeten Kreisarztes für pensionsfähig erklärt und dem Kreisarzt mit der Anerkennung der Pensionsberechtigung als gesetzliche Folge zugleich die Vergünstigung der Reliktenversorgung gewährt.

Die pensionsfähige Besoldung des nicht vollbesoldeten Kreisarztes setzt sich zusammen aus dem Gehalt und den amtsärztlichen Gebühren. Ueber den Begriff der letzten ist später zu sprechen.

Hinsichtlich des Gehaltes war zu unterscheiden, zwischen dem bereit zu stellenden Gehaltsdurchschnittssatz, dessen Multiplikation mit der Zahl der Stellen den verfügbar zu machenden Gesammtbetrag an Gehalt ergiebt, und der Gehaltsordnung. Im Bewusstsein der ausserordentlichen Bedeutung, welche — wie bereits oben betont — der Gehaltsbemessung für die Entwickelung unseres öffentlichen Gesundheitswesens zukommt, hatte es sich die Staatsregierung angelegen sein lassen, durch eingehende Feststellungen der heimischen Verhältnisse und Vergleichungen mit den Einrichtungen anderer deutscher Staaten die Unterlagen für eine sachgemässe Beurtheilung dieser Frage zu beschaffen. Andererseits war bei der Gehaltsbemessung auch auf die Wechselbeziehung zu den vollbesoldeten Kreisärzten, deren Gehaltsbemessungen durch den Vergleich mit gleichartigen Beamtenkategorien gegeben war, Rücksicht zu nehmen. Selbstverständlich musste das Gehalt der nicht vollbesoldeten Kreisärzte wesentlich hinter demjenigen der vollbesoldeten zurückbleiben, da die ersteren neben dem Gehalt auch noch Gebühren und die Einkünfte der ärztlichen Privatpraxis beziehen und eine allzuhohe Gehaltsbemessung — abgesehen von der hierin liegenden Unbilligkeit — zu der Gefahr geführt haben würde, dass die Verwaltung für die Stellen der vollbesoldeten Kreisärzte keine geeigneten Persönlichkeiten gefunden hätte. Aus diesen Erwägungen heraus hatte

die Staatsregierung zu dem Staatshaushaltsetat für 1901 die Gehaltsbemessung auf durchschnittlich 2250 Mark als auskömmlich vorgeschlagen. In Folge der Anregung des Abgeordnetenhauses ist auf Grund einer Verständigung zwischen der Landesvertretung und der Staatsregierung bei der Etatsberathung eine wesentliche Erhöhung des Durchschnittsbetrages erfolgt und letzterer durch den gen. Staatshaushaltsetat auf 2700 Mark festgesetzt worden.

Was nun die Gehaltsordnung betrifft, so hätte die für die Verwaltung bequemste Regelung in einer für alle nicht besoldeten Kreisärzte gleichmässigen Bemessung des Gehaltes bestanden — sei es nun, dass das Gehalt auf einen bestimmten Einheitssatz oder auf einen gleichen Mindest- und Höchstbetrag mit denselben Gehaltsstufen festgesetzt wäre. Eine solche schematische Regelung würde aber nicht den thatsächlichen Verhältnissen, insbesondere nicht den ausserordentlichen Verschiedenheiten entsprochen haben, welche hinsichtlich der Schwierigkeiten der einzelnen Kreisarztstellen, ihrer Arbeitsbelastung und ihrer Einnahmen bestehen. Diese Verschiedenheiten sind ausserordentlich gross. Neben Kreisarztstellen mit einem recht reichlichen Einkommen an pensionsfähigen Gebühren, neben Stellen in wohlhabenden Bezirken, die nur wenig amtliche Arbeit aber viele Gelegenheit zu sonstiger, gewinnbringender Thätigkeit geben und deshalb sehr umworben sind, giebt es eine grosse Zahl von Stellen namentlich in ärmeren Gegenden, welche oft eine grosse, aber nicht einträgliche Arbeitslast mit sich bringen, oder auch solche, mit denen zwar keine erhebliche Arbeitslast verbunden ist, deren gesammte Einkommensverhältnisse aber so dürftig sind, dass ihre — im Interesse des Bezirks und seiner Bevölkerung — dringend gebotene Besetzung mit einem ordnungsmässig ausgebildeten Kreisarzt ohne Gewährung einer nennenswerthen Zulage überhaupt nicht möglich ist. Erwünscht ist ferner eine Zulage für die Gerichtsärzte, welche neben ihrem Gehalt pensionsfähige Gebühren überhaupt nicht beziehen.

Die vom Abgeordnetenhause angeregte und von der Staatsregierung acceptirte wesentliche Erhöhung des Gehaltsdurchschnittsbetrages von 2250 auf 2700 Mark ermöglichte eine Modifizirung des reinen Individualsystems und seine Verbindung mit dem System der aufsteigenden Besoldung. Eine solche Regelung war bei dem Gehaltsdurchschnittsbetrage von 2250 Mark nicht ausführbar gewesen, da allseitig gewünscht wurde, dass an einem Gehaltsmindestsatz von 1800 Mark festgehalten würde, und da die geringe Spannung von diesem Satz bis zu dem Durchschnittssatz nicht die genügenden Mittel bot, um neben der Besserstellung schwieriger Stellen noch allgemein Gehaltssteigerungen durchzuführen.

Die Verbindung des Stellenindividualsystems mit einem System aufsteigender Besoldungen ist zweifellos als Vorzug zu begrüssen. Die Einführung aufsteigender Besoldungen in mässigen Grenzen dürfte auch den vielfach bei den Berathungen im Abgeordnetenhause zum Ausdruck gebrachten Wünschen entsprechen. Hiernach ist bei der Durchführung der Besoldungsregelung für alle nicht vollbesoldeten Kreisärzte ein Gehalt eingeführt, welches von 1800 bis auf 2700 Mark steigt; daneben sind für eine grössere Zahl von Stellen je nach der Besonderheit der Verhältnisse pensionsfähige Zulagen von 600, 900 und 1200 Mark festgesetzt.

Die Bemessung des Gehaltsmindestsatzes auf 1800 Mark entspricht den wiederholten Erklärungen der Staatsregierung und den gleichen Wünschen des Hauses der Abgeordneten. Die Steigerung im Gehalt erfolgt zwar nach Massgabe des Dienstalters, aber nicht in der Form von Alterszulagen, sondern nach Massgabe eintretender Vakanzen in zwei weiteren Stufen auf 2250 und 2700 Mark, so dass sich je $^1/_3$ sämmtlicher Kreisärzte in den Sätzen von 1800, 2250 und 2700 Mark befindet und von allen der für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte festgesetzte Gehaltsdurchschnittssatz von 2700 Mark erreicht wird. Die Einführung des reinen Besoldungssystems nach Dienstalterstufen mit der Wirkung, dass die Gehaltssteigerungen ganz unabhängig von dem Eintritt von Vakanzen erfolgten, erschien nicht angezeigt, zumal die geringe Zahl der Gehaltssteigerungen nicht die geeignete Grundlage für die Einführung dieses Systems bot. Das für das Aufrücken im Gehalt massgebende Dienstalter beginnt mit der Anstellung als Kreisarzt bezw. als Kreisphysikus, während die Dienstzeit als Kreiswundarzt im Allgemeinen nicht berücksichtigt wird. Das Aufrücken im Gehalt erfolgt über den Bereich der Monarchie; die einzelnen Gehaltszulagen werden vierteljährlich von dem Medizinalminister vertheilt.

Die persönlichen pensionsfähigen Zulagen sind so festgestellt, dass
auf 76 Stellen Zulagen von je 600 Mark,
„ 161 „ „ „ „ 900 „
„ 26 „ „ „ „ 1200 „
entfallen. Für die Auswahl der mit Zulagen zu bedenkenden Bezirke und für die Bemessung der einzelnen Zulagen waren als allgemeine Gesichtspunkte massgebend: Schwierigkeit der Stellenbesetzung, Umfang der amtsärztlichen Obliegenheiten ohne gleichzeitige Entschädigung durch Gebühren, geringe Einnahmen von pensionsfähigen Gebühren, besonders durch die Höhe der amtlichen Bezüge nicht ausgeglichene örtliche Theuerungsverhältnisse. Den Festsetzungen der einzelnen Zulagen sind nochmalige eingehende Verhandlungen mit den Provinzialbehörden vorangegangen. So ist es gekommen, dass die Zulagen erst durch Erlass vom 21. Dezember 1901 angewiesen worden sind. Ihre Zahlung ist aber auf den 1. April 1901 zurückbezogen, sodass auch bei den in der Zwischenzeit erfolgten Pensionirungen und Sterbefällen, den Festsetzungen von Pensionen und Reliktengeldern, sowie der Gnadenkompetenzen die Zulagen mit zu Grunde gelegt worden sind. Es darf also behauptet werden, dass die Durchführung der Besoldungsregelung vom 1. April 1901 ab in Kraft getreten ist.

Der Staatshaushaltsetat für 1901 stellt für die Besoldung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte 493 × 2700 = 1 331 100 Mark zur Verfügung, davon fallen fort 2700 Mark für die mit einem Stadtarzt besetzte Stelle in Dortmund. Von dem hiernach verbleibenden Betrage von 1 328 400 Mark sind verwendet für Gehalt nach Massgabe des Dienstalters 1 107 000 Mark,
für persönliche pensionsfähige Zulagen 208 800 „
Summe 1 315 800 Mark,
so dass noch 12 600 Mark verfügbar sind, über deren Verwendung beim Abschnitt Gebühren das Nähere mitgetheilt wird.

Die Staatsregierung ist der Ueberzeugung, dass die vorstehend wiedergegebene Besoldungsregelung: die Einführung eines in mässigen Grenzen steigenden Gehalts und die Festsetzung einer grösseren Zahl von pensionsfähigen Zulagen einerseits den berechtigten Wünschen der Kreisärzte, andererseits den Bedürfnissen der Verwaltung gerecht wird, welche angesichts der ausserordentlichen Verschiedenheiten in den einzelnen Kreisarztbezirken mit einer schematischen Gleichstellung aller Bezirke hinsichtlich der Besoldung nicht auskommen kann, sondern bis zu einem gewissen Grade auf eine differentielle Behandlung entscheidenden Werth legen muss.

Ausser der vorbesprochenen pensionsfähigen Besoldung erhält der nicht vollbesoldete Kreisarzt

2. Gebühren,
3. eine nicht pensionsfähige Entschädigung für Amtsunkosten,
4. Reisekosten und Tagegelder nach Massgabe der gesetzlichen Bestimmungen.

Hinsichtlich der Reisekosten und Tagegelder kann auf das bei den vollbesoldeten Kreisärzten Gesagte verwiesen werden.

Zur Deckung der Amtsunkosten ist durch den Staatshaushaltsetat für 1901 ein Betrag von durchschnittlich 250, höchstens 750 Mark bereit gestellt worden. Die geringe Bemessung gegenüber dem für den vollbesoldeten Kreisarzt ausgeworfenen Betrag findet ihre Rechtfertigung in dem verschiedenen Umfang der Dienstgeschäfte und des Dienstaufwandes sowie in der Thatsache, dass die nicht vollbesoldeten Kreisärzte meist schon entsprechende Einrichtungen, wie Sprechzimmer, für die Ausübung ihrer Privatpraxis vorzuhalten haben. Die Bemessung der Entschädigung für die einzelnen Kreisarztstellen ist unter Berücksichtigung der von den Regierungs-Präsidenten gemachten Vorschläge erfolgt. Bei der Ueberweisung sind die Regierungs-Präsidenten ermächtigt, innerhalb ihres Bezirkes kleinere Verschiebungen in der Bemessung der Entschädigung vorzunehmen. Bei der Anweisung der Entschädigungen ist die Befugniss hierzu vorbehalten.

Was endlich die Erhebung von Gebühren betrifft, so hat das Kreisarztgesetz nicht beabsichtigt, der Dienststellung des nicht vollbesoldeten Kreisarztes einen von derjenigen des Kreisphysikus abweichenden Rechtscharakter zu geben. Der nicht vollbesoldete Kreisarzt wird auch weiterhin für amtliche Verrichtungen, soweit deren Kosten nicht der Staatskasse zur Last fallen und

durch die Besoldung abgegolten sind, durch die Gebühren entschädigt. Diese Gebühren sind für bestimmte amtliche Verrichtungen, für welche vom vollbesoldeten Kreisarzt die Gebühren zur Staatskasse abgeführt werden müssen, pensionsanrechnungsfähig.

Die Frage, welche Gebühren bei der Feststellung des pensionsfähigen Diensteinkommens des nicht vollbesoldeten Kreisarztes anzurechnen waren, hat bei den betheiligten Ressorts eine eingehende Prüfung erfahren.

Der Begriff der Gebühren, wie er im §. 3, Abs. 3 des Kreisarztgesetzes nur im Allgemeinen niedergelegt wurde, ist an sich einer engeren oder weiteren Auslegung fähig. Es wurde Einverständniss hinsichtlich des Begriffes „Gebühren" dahin erzielt, dass nur diejenigen Beträge als amtsärztliche im Sinne des Gesetzes zu betrachten seien, welche mit dem kreisärztlichen Amte als solchem verbunden sind, oder mit anderen Worten, Vergütungen nur für solche Amtsverrichtungen, welche zur ausschliesslichen und alleinigen Zuständigkeit des Kreisarztes gehören und zu deren Vornahme er Kraft seines Amtes berechtigt und verpflichtet ist.

Der dergestalt festgelegte Begriff der Gebühren hat folgerichtig gleichermassen Anwendung zu finden für den §. 3 sowohl wie für §. 15 des Gesetzes. Soweit der vollbesoldete Kreisarzt hiernach die Gebühren zur Staatskasse abzuführen hat, waren diese bei der Festsetzung des pensionsfähigen Diensteinkommens des nicht vollbesoldeten Kreisarztes, sowie auch bei der Berechnung der Entschädigung für die zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten zu Grunde zu legen.

Der Vermerk 2 zu Kap. 125 Tit. 2 sieht demgemäss für die Berechnung des pensionsfähigen Diensteinkommens der nicht vollbesoldeten Kreisärzte vor:

1. dass als pensionsfähig diejenigen Gebühren anzusehen sind, welche durch den vollbesoldeten Kreisarzt 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 Etatsjahr, in welchem die Pension festgesetzt wird, und
3. dass das hiernach zu berechnende Diensteinkommen nicht das pensionsfähige Diensteinkommen eines vollbesoldeten Kreisarztes von gleichem Dienstalter übersteigen darf.

Nach dieser engeren Begriffsbestimmung der amtsärztlichen Gebühren gehören nicht zu diesen die gerichtsärztlichen Gebühren. Ausgenommen sind dabei die Gebühren für Leichenöffnungen (Obduktion und Obduktionsbericht), da bei diesen Verrichtungen der Kreisarzt als Gerichtsarzt gemäss §. 87 der Str.-Pr.-Ordn. zugezogen werden muss, während bei der sonstigen gerichtsärztlichen Sachverständigenthätigkeit die Auswahl der Personen in das Belieben der Gerichte gestellt ist.

Auch die Gebühren für die ärztliche Sachverständigenthätigkeit vor anderen Behörden, wie insbesondere von Kreis- und Bezirkausschüssen, den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung, den Gewerbegerichten, sind von der Anrechnung auf das pensionsfähige Diensteinkommen der nicht vollbesoldeten Kreisärzte ausgeschlossen.

Hinsichtlich der Gebühren für die Medizinalbeamten ist noch Folgendes zu erwähnen:

Die Staatsregierung beabsichtigte bei der anderweiten Regelung der Verhältnisse der Kreis-Medizinalbeamten in Ausführung des Kreisarztgesetzes gleichzeitig eine Reihe von Nebenansprüchen an die Staatskasse zu beseitigen, welche sich auf Bestimmungen des Gesetzes vom 9. März 1872 (Ges.-Samml. S. 265) und die Allerhöchste Verordnung vom 17. September 1876 (Ges.-Samml. S. 411) gründen.

Dies sollte in einem besonderen Gesetze, betreffend die den Medizinalbeamten für amtliche Verrichtungen zu gewährenden Vergütungen, geschehen, dessen Entwurf am 22. Februar 1901 dem Hause der Abgeordneten zugegangen ist. Hier war beabsichtigt, u. a. die Frage zu regeln, ob den Medizinalbeamten für die im ortspolizeilichen Interesse vorgenommenen Verrichtungen in Städten mit Königlicher Polizeiverwaltung ein Anspruch auf Gebühren gegen die Staatskasse zusteht. Diese Frage war von dem Ober-Verwaltungsgericht in Uebereinstimmung mit der Rechtsauffassung der Staatsregierung verneint, dagegen

von dem Reichsgericht bejaht. Aehnliche Verhältnisse liegen in der Provinz Hannover vor, die gleichfalls einer Regelung bedürfen.

Der vorgenannte Gesetzentwurf beabsichtigte in Uebereinstimmung mit der Rechtsauffassung des Ober-Verwaltungsgerichts den Gebührenanspruch der Kreisärzte gegen die Staatskasse in jenen Fällen zu beseitigen, jedoch in Aussicht zu nehmen, den Kreisärzten da, wo Unbilligkeiten vorlagen, aus dem bereitgestellten Gehaltsbetrage persönliche pensionsfähige Zulagen in angemessener Höhe zu gewähren. Diese Regelung konnte für das Etatsjahr 1901 nicht durchgeführt werden, da der Gesetzentwurf in Folge des Landtagsschlusses nicht zur Verabschiedung gelangte. Für das Rechnungsjahr 1901 haben deshalb die Kreisärzte für die genannten Verrichtungen in Städten mit Königlicher Polizeiverwaltung noch Gebühren aus der Staatskasse liquidirt. Es ist aber aus dem bereitgestellten Gehalt der Betrag von 12600 Mark zurückbehalten worden, um für die Folge jene Zulagen bereitstellen zu können. Ein Gesetzentwurf, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten, welcher die Fragen gesetzlich regelt, wird dem Landtage vorgelegt werden.

Als nicht vollbeschäftigten Beamten wird den nicht vollbesoldeten Kreisärzten ein Wohnungsgeldzuschuss nicht gewährt, wie dies auf Seite 20 zu §. 3 der Begründung des Gesetzentwurfs, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w., ausdrücklich ausgesprochen ist.

3. Kreisassistenzärzte.

Nach §. 5 des Kreisarztgesetzes können dem Kreisarzte ein oder mehrere kreisärztlich geprüfte Aerzte als Assistenten widerruflich beigegeben werden, der Staatshaushaltsetat für 1901 hat die Mittel zur Anstellung von 80 Kreis-Assistenzärzten mit durchschnittlich 1200 Mark unter Festsetzung des Höchstbetrages auf 1800 Mark und des Mindestbetrages auf 900 Mark bereitgestellt.

Die Stellungen sind nicht als dauernde Lebensstellungen gedacht, sondern als Durchgangsstellungen, in denen die künftigen Kreisärzte sich vorbilden und bewähren sollen.

Die Anstellung erfordert das Bestehen der kreisärztlichen Prüfung, dagegen wird eine fünfjährige praktische Thätigkeit, wie sie zur Anstellung als Kreisarzt vorgeschrieben ist, nicht verlangt.

Die Kreisassistenzärzte sind theils Untergebene des Kreisarztes, theils dessen Hülfsbeamte mit selbstständigem Wirkungskreise. Ihre Stellung hat mit derjenigen des Kreiswundarztes nichts gemein. . . . In den Stellungen der Kreisassistenzärzte plant die Medizinalverwaltung einen Stamm tüchtiger Medizinalbeamten heranzubilden, die unter Leitung erfahrener Kreisärzte ihr Wissen praktisch vertieft haben. Gerade unter diesen Gesichtspunkten verbot es sich von selbst, den Kreisassistenzärzten die Praxis zu untersagen. Es kann vielmehr nur erwünscht sein, wenn der Kreisassistenzarzt ärztliche Praxis betreibt, da sie ihm die Gelegenheit bietet, der Bevölkerung näher zu treten und die Verhältnisse des Lebens von Grund aus kennen zu lernen. Hierzu kommt, dass ihn seine Berufsthätigkeit nicht ausschliesslich in Anspruch nimmt.

Nachdem in der Denkschrift die über die Stellung und Beschäftigung der Kreisassistenzärzte in §. 33 der Dienstanweisung für Kreisärzte und in dem durch Erlass vom 18. Mai 1901 gegebenen Bestimmungen mitgetheilt sind, wird erwähnt, dass der Justizminister den zuständigen Gerichtsbehörden die Bestellung der Kreisassistenzärzte als zweite gerichtsärzliche Sachverständige durch Erlass vom 3. Juli 1901 empfohlen hat.

Die Auswahl der Stellen für Kreisassistenzärzte ist nach Anhörung der Provinzialbehörden erfolgt. Bei der derzeitigen Besetzung der Stellen hat die Medizinalverwaltung die vorentwickelten Gesichtspunkte noch nicht in vollem Umfange durchzuführen vermocht, einmal, weil eine genügend grosse Zahl geeigneter, kreisärztlich geprüfter junger Aerzte ihr nicht sofort zur Verfügung stand, sodann, weil sie in dieser Uebergangszeit noch durch Rücksichten auf die bisher amtirenden Kreis-Medizinalbeamten, sowie auch auf die Wünsche der Bevölkerung in ihren Entschliessungen gebunden war. Demgemäss sind mehrfach an Orten, für welche die Neuorganisation einen Kreisarzt nicht vorsah, die dort befindlichen früheren Medizinalbeamten als Kreisassistenzarzt belassen und ihnen zur Erleichterung für die Bevölkerung verschiedene Amtsverrichtungen selbstständig übertragen worden.

Die Medizinalverwaltung hat zunächst versuchsweise sämmtliche Stellen gleichmässig mit dem Durchschnittsbetrage von 1200 Mark ausgestattet.

Bei Dienstreisen in medizinal- und sanitätspolizeilichen Angelegenheiten stehen den Kreisassistenzärzten die üblichen Tagegelder und Reisekosten der Staatsbeamten zu, und zwar gleich den Kreisärzten nach den für die Beamten der fünften Rangklasse geltenden Sätzen.

Da der gewährte Betrag im allgemeinen der Remuneration der ärztlichen Assistenten in den Universitätsinstituten entspricht und das Recht zur Betreibung von Privatpraxis besteht, so wird man die Festsetzung der Remuneration für angemessen erachten und annehmen dürfen, dass geeignete Medizinalpersonen sich zu diesen Stellen in ausreichendem Masse finden.

Für den Staatshaushaltsetat für 1902 ist die Bereitstellung der Mittel für fünf weitere Kreisassistenzarztstellen und zwar in Neidenburg, Osterode (Ostpreussen), Niederung, Schwetz und Marburg beantragt, während die Mittel zur Remunerirung der Kreisassistenzärzte in Meppen und Hümling abgesetzt worden sind, weil hier nicht vollbesoldete Kreisarztstellen geschaffen werden sollen.

4. Stadtärzte mit kreisärztlichen Obliegenheiten.

Für Stadtkreise können gemäss §. 3 Absatz 5 des Kreisarztgesetzes die als Kommunalbeamte angestellten Stadtärzte von dem Minister der Medizinal-Angelegenheiten in geeigneten Fällen mit der Wahrnehmung der kreisärztlichen Obliegenheiten beauftragt werden. Nach den Bestimmungen der Dienstanweisung (§. 32) wird der Auftrag widerruflich ertheilt und kann sich auf den ganzen Geschäftskreis oder nur auf einzelne Geschäftszweige des Kreisarztes erstrecken. In Bezug auf die ihnen übertragenen Geschäfte haben die Stadtärzte die Pflichten des staatlichen Kreisarztes, wie sie durch Gesetz und die Dienstanweisung festgesetzt sind. Ob und in welcher Höhe staatsseitig eine Remuneration zu zahlen ist, wird von der in jedem Einzelfall herbeizuführenden Verständigung mit der betreffenden Stadtgemeinde abhängen. Ein Pensionsanspruch aus dem staatlichen Nebenamte steht den Stadtärzten nicht zu.

Bei der Einführung dieser Organisationsform war der Gedanke leitend, durch die Vereinigung der staatlichen und kommunalen Aufgaben auf gesundheitlichem Gebiete in der Hand eine Beamten wirksame Erfolge auf dem Gebiete der städtischen Gesundheitspflege zu erzielen. Die Uebertragung der sanitären staatlichen Aufsicht auf den ärztlichen Berather der Gemeindeverwaltung sollte zugleich auf diejenigen städtischen Verwaltungen, welche für die Gesundheitspflege ein besonderes Interesse bethätigen, einen Antrieb ausüben, einen Stadtarzt anzustellen. Selbstverständlich konnte vom Standpunkte der Staatsregierung von einer solchen Geschäftsübertragung nur unter der Voraussetzung die Rede sein, dass

1. die in Betracht kommenden Stadtärzte die Voraussetzungen für die Anstellung im staatlichen Medizinalbeamtendienst erfüllt haben muss und dass
2. nach Lage der örtlichen und persönlichen Verhältnisse die Annahme begründet ist, dass die nebenamtliche Besorgung der kreisärztlichen Geschäfte durch einen Kommunalbeamten nicht zu einer Vernachlässigung der Aufgaben der Gesundheitspflege oder zu einer Beeinträchtigung der staatlichen Sanitätsinteressen führen wird.

Auf Grund eingehender Verhandlungen ist von der Befugniss, Stadtärzten kreisärztliche Obliegenheiten zu übertragen, einstweilen nur 4 Städten gegenüber Gebrauch gemacht worden, nämlich Altona, Düsseldorf, Osnabrück und Dortmund.

In Altona und Düsseldorf ist aus dem hierdurch frei werdenden Gehalte für die Kreisarztstelle je ein Gerichtsarzt angestellt, in Osnabrück, wo ursprünglich die Vereinigung von Stadt- und Landkreis zu einem Kreisarztbezirk vorgesehen war, sind die gerichtsärztlichen Geschäfte dem Kreisarzte des Landkreises Osnabrück übertragen worden. In Dortmund war ein besonderer Gerichtsarzt im Staatshaushalt schon vorgesehen. Das durch die Uebertragung der kreisärztlichen Obliegenheiten auf den Stadtarzt frei werdende Gehalt bleibt demgemäss auf Weiteres verfügbar.

Dem Grundsatze der Vereinigung der stadt- und kreisärztlichen Obliegenheiten wird in einigen Städten in der Weise Rechnung getragen, dass die Königlichen Kreisärzte die Stadtarztgeschäfte nebenamtlich wahrnehmen, so in Hildesheim, Barmen und Elberfeld.

Der Stadtarzt in Hannover hat auch nach dem 1. April 1901 ohne besonderen Auftrag die kreisärztlichen Funktionen, die ihm bereits vor dem Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes übertragen waren, weiterhin wahrgenommen.

Die Medizinalverwaltung ist davon ausgegangen, dass es richtig sei, für die Uebertragung kreisärztlicher Funktionen auf Stadtärzte zunächst Erfahrungen zu sammeln und eine abwartende Stellung einzunehmen.

IV. Feststellung der Kreisarztbezirke.

Nach 4, Abs. 1 des Kreisarztgesetzes ist der Amtsbezirk des Kreisarztes der Kreis, jedoch ist nachgelassen, grössere Kreise in mehrere zu zerlegen, kleinere in einem Bezirke zusammenzulegen, sowie einzelne Theile eines Kreises einem benachbarten Bezirke zuzuschlagen. Die Absicht der Staatsregierung war im Allgemeinen darauf gerichtet, es bezüglich der Bezirkseintheilung thunlichst bei dem bisherigen Stande der Verhältnisse zu belassen und von der Befugniss der Zusammenlegung kleinerer Kreise zu einem Kreisarztbezirke oder der Zuschlagung einzelner Kreistheile zu einem benachbarten Bezirke nur in Ausnahmefällen Gebrauch zu machen. Bei der Regelung der Frage waren insbesondere folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen: Die Bevölkerungsziffer, geographische Lage, Grösse des Bezirkes, Eisenbahnen und sonstige Verkehrsmittel, Entfernung der einzelnen Orte vom Amtssitze des Kreisarztes und der dadurch bedingte Zeitaufwand bei seiner dienstlichen Inanspruchnahme, das mehr oder minder grosse Bedürfniss zu sanitärem Eingreifen bezw. Belehrung der Bevölkerung u. dgl. Neben diesen Grsichtspunkten, bei welchen hauptsächlich die Rücksichten auf die bezirkseingesessene Bevölkerung massgebend sind, war anderseits von wesentlicher Bedeutung, die örtliche Eintheilung thunlichst so zu treffen, dass auch für den nicht vollbesoldeten Kreisarzt ein angemessenes Arbeitsfeld geschaffen würde, das ihm zugleich eine auskömmliche Einnahme an pensionsfähigen Gebühren darbot. Er war ferner zu beachten, dass die gebotene rasche Erledigung gerichtsärztlicher Geschäfte gesichert war.

Ein nach diesen Grundsätzen ausgearbeiteter Organisationsplan, in welchem der seitherige Zustand und die künftige Gestaltung der Amtsbezirke übersichtlich dargelegt war, wurde den Provinzialbezirksbehörden durch Erlass vom 18. Oktober 1899 zum gutachtlichen Bericht vorgelegt.

Auf Grund der eingegangenen Aeusserungen ist unter thunlichster Berücksichtigung der vorgetragenen Wünsche der Bevölkerung, soweit sie nach den behördlichen Berichten als berechtigt anzusehen waren, die Bezirkseintheilung dergestalt erfolgt, dass an Stelle der bisher bestehenden 545 Kreisphysikate unter Beseitigung der Kreiswundarztstellen, 508 Kreisarzt- bezw. Gerichtsarztbezirke mit 15 vollbesoldeten, 478 nicht vollbesoldeten Kreisärzten, 15 Gerichtsärzten und 30 Kreisarztassistenten geschaffen wurden.

Im Zusammenhang mit dieser Organisation ist gleichzeitig die Errichtung von 4 Professuren im Extraordinariat für gerichtliche Medizin vorgesehen.

Zu der Gesammtorganisation und den hierdurch gegen früher bewirkten Bezirksänderungen ist noch Folgendes zu bemerken:

Von der Befugniss, einzelne Kreistheile einem benachbarten Kreisarztbezirke zuzuschlagen, ist nur Gebrauch gemacht bei den Stadtbezirken Potsdam, Spandau, Brandenburg a. H., Altona und dem Landkreise Kottbus, also in verhältnissmässig geringem Umfange.

Das Gleiche gilt bezüglich der zugelassenen Theilung grösserer Kreise in mehrere Kreisarztbezirke. Diese Massnahme ist, wie bisher, beschränkt worden auf die Städte Berlin und Breslau. Dabei sind in Berlin statt der bisherigen 11 Bezirksphysiker 13 Kreisärzte angestellt. In den übrigen Grossstädten hat sich die Theilung umgehen lassen, indem durch Anstellung besonderer Gerichtsärzte und Zuweisung von Kreisassistenzärzten eine genügende Entlastung der Kreisärzte herbeigeführt werden konnte.

In grösserem Umfange hat sich, um den Kreisärzten einen angemessenen Wirkungskreis zu schaffen, die Zusammenlegung kleinerer Kreise, namentlich in der Provinz Hannover, als angezeigt erwiesen.

. . . Diese Ordnung hat nicht überall in den betheiligten Kreisen Zustimmung gefunden, ja zum Theil einen lebhaften Widerspruch hervorgerufen, der in verschiedenen Petitionen auch dem Hause der Abgeordneten kundgegeben ist und dasselbe in seiner letzten Session beschäftigt hat. Die Betonung örtlicher Interessen ist wohl selbstverständlich. Die Nothwendigkeit, sich von

alten und liebgewordenen Einrichtungen zu trennen, wird sich aber bei keiner umfassenden Neuorganisation vermeiden lassen. Immerhin haben die Vorstellungen zur nochmaligen eingehenden Prüfung des Organisationsplanes im Ganzen und seiner einzelnen Bestimmungen Anlass gegeben. Zu wesentlichen Aenderungen hat sich aber die Staatsregierung nicht entschliessen können. Sollte sich im Laufe der Zeit an der Hand praktischer Erfahrungen in der That Unzuträglichkeiten im Einzelnen ergeben, so bleibt immer noch die Möglichkeit, die bessernde Hand anzulegen.

Es folgen nun die Einzelheiten der Zusammenlegung verschiedener Kreise zu einem Kreisarztbezirk; es lässt sich daraus erkennen, dass die Staatsregierung bestrebt gewesen ist, im Sinne des Beschlusses des Hauses der Abgeordneten vom 14. März 1901 die Zusammenlegungen auf das unbedingt Nothwendige zu beschränken, diese nothwendigen Veränderungen des seitherigen Bestandes den örtlichen Verhältnissen anzupassen und thunlichst Härten durch Belassung der Kreisphysiker in ihren bisherigen Bezirken, sowie durch Anstellung von Kreisassistenzärzten zu vermeiden.

Besondere Gerichtsärzte.

Bei der Neuorganisation ist die Bestellung besonderer Gerichtsärzte gemäss §. 9 Abs. 2 des Kreisarztgesetzes zunächst in 15 Fällen vorgesehen worden, nämlich in Berlin vier, in dem Kreise Niederbarnim, Breslau, Gleiwitz, Beuthen, Magdeburg, Hannover, Dortmund, Bochum, Frankfurt a. M., Elberfeld und Cöln je einer. Ausser diesen waren noch zwei weitere Stellen in Altona und Düsseldorf zu errichten, nachdem die kreisärztlichen Obliegenheiten dortselbst ohne die gerichtsärztlichen Geschäfte an die Stadtärzte übertragen waren.

Durch Bestellung der besonderen Gerichtsärzte wird besonders den Interessen der Rechtspflege gedient, indem den Gerichten und dem rechtsuchenden Publikum auch in den Grossstädten und industriellen Bezirken, in denen der Kreisarzt durch seine Obliegenheiten auf gesundheitlichem Gebiete anderweit stark beansprucht ist, nach Möglichkeit jeder Zeit ein — auch in Eilfällen nicht allzu schwer erreichbarer — beamteter Arzt zur Verfügung steht.

Ausserdem ist von der Bestellung besonderer Gerichtsärzte eine ebenso nothwendige wie wünschenswerthe Förderung der gerichtlich-medizinischen Wissenschaft im Allgemeinen zu erhoffen. Dazu wird insbesondere die vorher dargelegte Wahrnehmung der gerichtsärztlichen Thätigkeit durch Universitätsprofessoren beitragen.

Eine Ergänzung der im §. 43 der Dienstanweisung gegebenen allgemein gehaltenen Weisung über die Obliegenheiten des Gerichtsarztes ist vorbehalten und in einigen Punkten bereits in die Wege geleitet.

V. Personalangelegenheiten.

Auswahl der Kreisärzte aus den bisherigen Medizinalbeamten. Zur Dispositionsstellung von Medizinalbeamten. Rang- und Titelverhältnisse der Kreisärzte.

In dem §. 15 des Kreisarztgesetzes ist bestimmt, dass Medizinalbeamte, welche bei dem Inkrafttreten des Gesetzes dienstlich nicht verwendet werden, während eines Zeitraums von fünf Jahren zur Verfügung des zuständigen Ministers bleiben und nach Ablauf dieser Zeit, wenn sie bis dahin eine etatsmässige Anstellung nicht erhalten, gegen Gewährung der im §. 15 des Gesetzes bezeichneten Pension bezw. Entschädigung in den Ruhestand treten. Diese Regelung entspricht im Allgemeinen den Grundsätzen, welche auch bei der Organisation der Behörden der allgemeinen Landesverwaltung und der Eisenbahn zur Anwendung gebracht sind.

Das Bestreben der Staatsregierung war in Uebereinstimmung mit den im Landtage wiederholt zum Ausdruck gebrachten Wünschen darauf gerichtet, die mit dem Inkrafttreten des Gesetzes verknüpfte Regelung der Personenfragen zwar in einer den dienstlichen Anforderungen entsprechenden Weise, anderseits aber auch unter Vermeidung entbehrlicher Härten und unter möglichster Schonung berechtigter Interessen zur Ausführung zu bringen. Hiernach war ein Physikus, welcher ein für die Anforderungen der heutigen Verhältnisse noch ausreichendes Mass körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit besass, weder zur Verfügung zu stellen, noch auch, sofern nicht besonders dienstliche Rück-

sichten eine andere Entschliessung bedingten, seinem bisherigen Wirkungskreise zu entziehen. Unter Bekanntgabe dieser Gesichtspunkte sind die Provinzialbehörden zu eingehenden Prüfungen und Vorschlägen aufgefordert worden.

Nach Massgabe der eingegangenen Berichte sind vom 1. April 1901 zur Verfügung gestellt worden 86 Kreisphysiker und 94 Kreiswundärzte, zusammen 180 Medizinalbeamte.

Von den zur Verfügung gestellten Kreisphysikern standen am 1. April 1901 in einem Alter von:

80	bis 90	Jahren	14
70	„ 80	„	30
65	„ 70	„	22
60	„ 65	„	10
50	„ 60	„	7
von weniger als	50	„	3.

Von den zur Verfügung gestelten Kreis-Wundärzten standen am 1. April 1901 in einem Alter von

80	bis 90	Jahren	9
70	„ 80	„	11
65	„ 70	„	4
60	„ 65	„	5
50	„ 60	„	29
unter	50	„	36
	zusammen		94.

Das festgesetzte Wartegeld für die zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten beträgt insgesammt 168016 Mark 45 Pfennig. Hiervon entfallen auf Gehalt 132921 Mark, während der Rest von 35095 Mark 63 Pfennig die in Anrechnung gebrachte Hälfte der durchschnittlichen Einnahme an Gebühren darstellt.

In dem von der Staatsregierung seiner Zeit vorgelegten Entwurfe des Kreisarztgesetzes war nur vorgesehen, dass die dienstlich nicht weiter verwendeten Beamten ihr bisheriges Gehalt auf 5 Jahre fortbeziehen sollten. Die Bestimmung wegen der Entschädigung aus den Gebühren für dienstliche Verrichtungen ist erst durch Beschluss des Hauses der Abgeordneten in das Gesetz aufgenommen worden. Durch diese Bestimmung sind für die Festsetzung der Wartegelder nicht geringe Schwierigkeiten entstanden. Die Kreis-Physiker und Kreis-Wundärzte waren nicht verpflichtet, über ihre amtlichen Einkünfte Buch zu führen. Ein grosser Theil der zur Verfügung gestellten Betmten war deshalb nicht in der Lage, über die Höhe der Gebühreneinnahmen in den in Betracht kommenden fünf Etatsjahren 1895 bis 1899 Nachweise zu erbringen.

Ueber die Frage, was als Gebühren für dienstliche Verrichtungen anzusehen ist, traten die verschiedensten Meinungen hervor. Bei der Festsetzung des Wartegeldes konnten indessen Gebühren nur insoweit berücksichtigt werden, als solche nach dem Vermerke zu Kap. 125 Tit. 2 des Staatshaushaltsetats auch bei der Pensionirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte in Anrechnung zu bringen sind. Alle Vergütungen, welche nicht für ausschliesslich amtsärztliche Verrichtungen gemäss der auf vollbesoldete, nicht vollbesoldete und auf Wartegeld gesetzten Beamten gleichmässig anzuwendenden Begriffsbestimmung der Gebühren gezahlt waren, konnten demgemäss nicht berücksichtigt werden.

In den Fällen jedoch, wo gemäss §. 5 des Gesetzes vom 9. März 1872 die Medizinalbeamten die Wahl hatten, entweder Tagegelder oder Gebühren zu beanspruchen, ist für die Berechnung des Wartegeldes nachgelassen worden, die Gebühren auch dann in Ansatz zu bringen, wenn Tagegelder erhoben waren.

Die Wartegelder für die 86 Kreis-Physiker betragen zusammen rund 104836 Mark, im Durchschnitt für den Einzelnen rund 1219 Mark. Die Wartegelder für die 94 Kreis-Wundärzte betragen zusammen 63180 Mark, das ist durchschnittlich rund 672 Mark.

Von den 86 Kreis-Physikern haben 28 ein höheres Wartegeld als den Durchschnitt erhalten und zwar

11	Physiker	bis zu	1300	Mark,	
3	„	von 1300	bis 1400	Mark,	
3	„	„ 1400	„ 1500	„	
1	„	„ 1500	„ 1600	„	

4 Physiker von 1600 bis 1700 Mark,
1 Physikus „ 1900 „ 2000 „
5 Physiker über 2000 Mark.

Während für die Kreis-Wundärzte die Stellung auf Wartegeld eine in ihre Verhältnisse einschneidende Massnahme im Allgemeinen nicht bedeutet hat, sind die Kreis-Physiker davon mehr oder weniger empfindlich betroffen worden.

Thatsächlich ist eine Anzahl der zur Verfügung gestellten Physiker in eine bedrängte Lage gerathen, wie die eingelaufenen Unterstützungsgesuche beweisen. Auf diese sind im laufenden Etatsjahre mehrfach ausseretatsmässig Unterstützungen von zum Theil erheblichen Beträgen gewährt worden.

In dem Entwurf des Staatshaushaltsetats für 1902 ist unter Kapitel 125 Titel 18c des Ordinariums ein Betrag von 50000 Mark zu Unterstützungen für die auf Wartegeld gestellten Medizinalbeamten eingestellt worden.

Bereits am 1. März 1901, ehe die Wartegelder für die gemäss §. 15 des Kreisarztgesetzes zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten festgesetzt waren, richtete der Kreis-Physikus Geh. San.-Rath Dr. Heilmann in Crefeld an die Budgetkommission des Abgeordnetenhauses „im Namen der hochältesten Kreis-Physiker, welche ganz erwerbsunfähig sind, die Bitte, dafür einzutreten, dass bei Inkrafttreten des neuen Medizinalbeamtengesetzes ihnen das höchstmögliche Wartegeld von 2900 Mark (900 Mark Gehalt und 2000 Mark Entschädigung für Nebeneinnahmen) zugebilligt werde, um sie vor Mangel zu schützen".

Dem Antrage der Budgetkommission entsprechend ist diese Petition in der Sitzung des Hauses der Abgeordneten vom 16. März 1901 der Staatsregierung zur Erwägung überwiesen worden. In einer an den Mintster der Medizinalangelegenheiten gerichteten Eingabe vom 20. August 1901 hat der genannte Medizinalbeamte zusammen mit zwei anderen zur Verfügung gestellten Kreis-Physikern gebeten, „bei dem Abgeordnetenhause nachträglich einem jeden zur Verfügung gestellten Kreis-Physikus für Besoldung und Emolumente ein Wartegeld von jährlich 2900 Mark zu erwirken", und es ist weiterhin von dem p. Heilmann dem Minister der Medizinal-Angelegenheiten eine Denkschrift über die Lage der am 1. April 1901 zur Verfügung gestellten Kreis-Physiker vorgelegt und bekannt geworden, dass allen zur Verfügung gestellten Kreis-Physikern in einem von dem p. Heilmann „im Auftrage des Ausschusses der Physiker z. D." unterzeichneten Rundschreiben empfohlen wird, an die zuständigen Regierungspräsidenten ähnliche Gesuche wie die erwähnte Eingabe vom 20. August 1901 zu richten. Am Schlusse des Rundschreibens wird weiter gesagt, dass der Ausschuss eifrig mit den Vorbereitungen für die Petition an das Abgeordnetenhaus beschäftigt sei.

Der Antrag des p. Heilmann und Genossen würde im Grunde auf eine Aenderung des §. 15 des Kreisarztgesetzes hinauslaufen, wofür nach der Auffassung der Staatsregierung ein begründeter Anlass nicht gegeben ist.

Die Medizinalverwaltung glaubt vielmehr nach Möglichkeit alle Härten der Uebergangsbestimmungen im Sinne der Wünsche des Hauses der Abgeordneten gemildert zu haben, sie ist der Ueberzeugung, dass es ihr möglich ist, mit der für 1902 vorgesehenen weiteren Summe von 50000 Mark allen billigen Ansprüchen der zur Verfügung gestellten Beamten gerecht zu werden.

Die Antragsteller sind auf die vorerwähnte Eingabe dahin beschieden worden, dass für den Fall des Bedürfnisses, welches im Einzelfall näher nachzuweisen wäre, Unterstützungen gewährt werden würden.

Betreffs der Rang- und Titelverhältnisse der Medizinalbeamten wird der Allerhöchste Erlass vom 18. Juni 1901 mitgetheilt und hierzu bemerkt:

Indem durch den Allerhöchsten Erlass die persönliche und soziale Stellung des Kreisarztes gehoben ist, wird zugleich seinem erfolgreichen Wirken eine nicht unwesentliche Unterstützung gewährt und die geschaffene Neuorganisation in ihrer weittragenden Bedeutung für die mehr und mehr zu bethätigende Gesundheitsfürsorge des Staates gewürdigt.

VI. Die Gesundheitskommissionen.

Die gesetzliche Schaffung der Gesundheitskommissionen bezweckt die Annäherung der staatlichen Medizinalorgane an die Selbstverwaltungskörper

und die Angliederung des staatlichen Gesundheitswesens an die Organe der Selbstverwaltung.

Die Anforderungen des Gesundheitswesens verlangen nach seinem derzeitigen Stande, dass die Thätigkeit der Kommission eine dauernde sei und alle Seiten des gesundheitlichen Lebens umfasse. Den ständigen Gesundheitskommissionen in der Lokalinstanz war ein besonderer Wert beizumessen, weil die Bedürfnisse der öffentlichen Gesundheitspflege hier am unmittelbarsten und lebhaftesten hervortreten und weil die Anforderungen des wirthschaftlichen Lebens eine besondere Berücksichtigung verlangen. Die Berathung durch die orts- und sachkundigen Mitglieder der Gesundheitskommission soll die Gewähr geben, dass bei den Vorschlägen über die Beseitigung gesundheitswidriger Zustände, Verbesserung bestehender Einrichtungen und Einführung zeitgemässer Neuerungen alle für eine sachgemässe Entscheidung bedeutsamen und wichtigen Punkte, wie namentlich auch die sozialen, wirthschaftlichen Verhältnisse beachtet werden. Die Thätigkeit der Gesundheitskommission ist im Einzelnen durch die am 13. März 1901 von dem Minister der Medizinal-Angelegenheiten und dem Minister des Innern auf Grund des §. 17 des Kreisarzt-Gesetzes gemeinschaftlich erlassene Geschäftsanweisung für die Gesundheitskommissionen geregelt.

Die Geschäftsanweisung trifft im Sinne der bei der Begründung für die gesetzliche Regelung leitend gewesenen Gesichtspunkte in ihrem I. Abschnitte Bestimmung über die Bildung und Zusammensetzung der Kommissionen in Städten und Landgemeinden mit mehr als 5000 Einwohnern und solchen mit 5000 und weniger Einwohnern, die Bildung von Unterkommissionen in grösseren Städten, die Amtsdauer und Ablehnungsgründe der Kommissionsmitglieder, sowie über den Fortbestand bestehender Sanitätskommissionen. Soweit möglich, sollen der Gesundheitskommission ein Arzt und ein Bauverständiger angehören; in den Unterkommissionen für den einzelnen Bezirk in grösseren Städten muss jedenfalls ein Arzt sein.

In dem II. Abschnitte, dessen Inhalt die Aufgaben der Gesundheitskommission im Allgemeinen, die gemeinsamen Besichtigungen und ihre Zahl betrifft, wird betont, dass die Gesundheitskommission, als ein aus den Wahlen der Selbstverwaltungskörper hervorgegangenes Organ, nicht auf kommunale Angelegenheiten beschränkt ist, sondern dass sie nach der Absicht des Gesetzes auch staatliche Aufgaben zu erfüllen hat und als kollegiales Hülfsorgan für die Zwecke der staatlichen Gesundheitsverwaltung dient. Ihr Wirkungskreis umfasst neben der Seuchenbekämpfung die Ueberwachung der gesammten Gesundheitsverhältnisse, für welche regelmässige gemeinsame Besichtigungen (§. 10) und zwar mindestens jährlich einmal, vorgesehen sind; den betheiligten Selbstverwaltungs- und Polizeibehörden haben sie als berathendes und begutachtendes Organ zu dienen. Eine besondere Initiative gewährt ihnen das Recht, Vorschläge auf dem Gebiete des Gesundheitswesens zu machen.

Der III. Abschnitt behandelt das Verhältnis der Gesundheitskommission zum Kreisarzte. Das Gesetz (§. 10 Abs. 6) legt dem Kreisarzte das Recht bei, an allen Sitzungen der Gesundheitskommission theilzunehmen und ihre Zusammenberufung zu verlangen. Sein Ersuchen um Zusammenberufung ist gemäss §. 17 der Dienstanweisung an den Vorsitzenden der Kommission zu richten. Durch die Bestimmung der Dienstanweisung ist er weiterhin verpflichtet, den Sitzungen der Kommission an seinem Wohnorte möglich oft, ausserhalb seines Wohnortes mindestens einmal jährlich beizuwohnen. Nach der Vorschrift der Geschäftsanweisung ist dem Kreisarzt rechtzeitig und zwar, mit Ausnahme besonders dringlicher Eilfälle, mindestens 8 Tage vorher von der Sitzung Kenntniss zu geben; die Sitzungsprotokolle sind dem Kreisarzt in Abschrift mitzutheilen. An den regelmässigen Ortsbesichtigungen des Kreisarztes haben die Gesundheitskommissionen auf dessen Einladung theilzunehmen.

In dem IV. Abschnitt „Geschäftsordnung der Gesundheitskommission" wird die Beschlussfassung über die Geschäftsordnung in den Stadtgemeinden den städtischen Vertretungen, in den Landgemeinden dem Landrathe zugewiesen, und ferner werden darin die Vorschriften über die Einladung zu den Sitzungen, die Zuziehung von Vertretern der Polizeibehörde und von Sachverständigen, sowie über die Beschlussfähigkeit und die Geschäftsführung gegeben. Von Wichtigkeit ist insbesondere die Bestimmung, dass die Kommission mindestens alle drei Monate zu einer Sitzung zusammentritt (§. 14) und dass ihr das Recht eingeräumt ist, in geeigneten Fällen Sachverständige mit berathender Stimme

zu den Verhandlungen zuzuziehen und mit der Polizeibehörde bezw. dem Landrathe, sowie mit dem Kreisarzt in unmittelbaren Geschäftsverkehr zu treten.

Indem diese, hier in einigen Hauptpunkten skizzirte Geschäftsanweisung den Regierungspräsidenten durch gemeinschaftlichen Erlass der Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 13. März 1901 zugestellt wurde, wurden sie zugleich ersucht, dafür Sorge zu tragen, dass thunlichst bis zum 1. April 1901, dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes, in jeder Gemeinde ihres Bezirkes mit mehr als 5000 Einwohnern die Gesundheitskommission ihre Thätigkeit gemäss den Vorschriften des Gesetzes und der Geschäftsanweisung aufnehmen könne. Es wurde ausserdem empfohlen, von der Befugniss, auch in Gemeinden mit 5000 und weniger Einwohnern die Bildung einer Gesundheitskommission anzuordnen, insbesondere in allen Kur-, Badeorten und Sommerfrischen Gebrauch zu machen und, soweit es sich hierbei um Stadtgemeinden handelt, die Bildung der Kommission anzuordnen, falls sie nicht freiwillig erfolgt, soweit aber Landgemeinden in Frage kommen, die Landräthe mit entsprechender Weisung zu versehen.

Nach den eingegangenen Berichten ist die Bildung von Gesundheitskommissionen der in dem vorerwähnten Erlasse ertheilten Weisung gemäss erfolgt, und sind solche auch in vielen Gemeinden unter 5000 Einwohnern, insbesondere in allen Kur-, Badeorten und Sommerfrischen eingerichtet. Unter Anderem sind alle Landgemeinden der Industriekreise Beuthen, Zabrze, Tarnowitz mit mehr als 2000 Einwohnern und in dem ebenfalls zum oberschlesischen Industriebezirk gehörigen Kreise Kattowitz die ländlichen Gemeinden mit mehr als 3000 Einwohnern mit der Bildung von Gesundheitskommissionen erfreulicher Weise vorgegangen. Eine übersichtliche Darstellung wird vorbereitet.

Von der Ermächtigung, es bei der bisherigen Einrichtung der Sanitätskommissionen zu belassen, ist nur Gebrauch gemacht worden in den Stadtkreisen Berlin und Charlottenburg.

Es steht zu hoffen, dass diese in's Leben gerufenen zahlreichen Gesundheitskommissionen sich als ein bedeutsames Mittel für die fruchtbringende Wirksamkeit der Medizinalbeamten und für die Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse in den einzelnen Kreisen und Bezirken erweisen werden.

Schlussbemerkungen.

Die vorstehende Darlegung dürfte erweisen, dass die Ziele des Gesetzes vom 16. September 1899, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w., wie sie bei der Veranlassung zur gesetzlichen Regelung, bei dem Entwurfe, der Berathung, Beschlussfassung und bei dem Inkrafttreten des Gesetzes kundgegeben sind, zur Richtschnur für die zur Ausführung des Kreisarztgesetzes seitens der Medizinalverwaltung getroffenen Massnahmen gedient haben. Die Medizinalverwaltung ist ihrerseits bestrebt gewesen, die Aufgaben, die ihr durch die Ausführung des Gesetzes seit seiner Verabschiedung im Landtage und der Allerhöchsten Vollziehung erwachsen sind, zu lösen und, soweit möglich, durchzuführen. Sie ist sich dabei bewusst, dass der bisherige innere Ausbau noch kein vollständiger und vollkommener ist und auch nach Lage der Sache nicht sein kann. Die Fortentwickelung aller Verhältnisse auf dem weiten Gebiete der öffentlichen Gesundheit ist eine so gewaltige und flüssige, dass immer neue Gesichtspunkte Berücksichtigung erheischen und neue unerwartete Aufgaben mit den regelmässig fortlaufenden in Einklang gebracht und mit ihnen zweckmässig verbunden werden müssen.

Was bisher geschaffen ist, soll den Rahmen bilden, in welchem die in ihren Grundzügen durch Gesetz und bisherige Ausführungsbestimmungen festgelegte Neuorganisation des Gesundheitswesens sich wirksam bethätigen und entwickeln kann.

Wissenschaft und Erfahrung werden hierbei in gleicher Weise nutzbar zu machen sein, damit die Vortheile, welche für die gesammte Gesundheitspflege aus der durch das Gesetz vom 16. September 1899 bedingten Neugestaltung des preussischen Medizinalwesens erwartet werden dürfen, zum Segen für den Staat und den Einzelnen in Wahrheit eintreten.[1])

[1]) Der Denkschrift sind noch verschiedene Nachweisungen (über Gehälter und Zulagen, Amtsunkosten-Entschädigungen), Verzeichnisse und Zusammenstellungen (der Kreisassistenzarztstellen, früheren Physikats- und jetzigen Kreis-

Wir freuen uns, dass seitens der Königlichen Staatsregierung selbst am Schluss der Denkschrift offen ausgesprochen wird, dass trotz des ausserordentlichen, durch das Kreisarztgesetz geschaffenen Fortschrittes „der bisherige innere Ausbau unserer Medizinalverwaltung noch kein vollständiger und vollkommener ist" und das bisher Geschaffene „den Rahmen bilden soll, in welchem die in ihren Grundzügen durch Gesetz und bisherige Ausführungsbestimmungen festgelegte Neuorganisation des Gesundheitswesens sich wirksam betheiligen und entwickeln kann". Dass eine solche gedeihliche Fortentwickelung in diesem Rahmen durchaus möglich ist, haben wir wiederholt betont und gerade dies als einen grossen Vorzug des Kreisarztgesetzes bezeichnet. Es lässt sich jedenfalls nicht leugnen, dass sich die Ausführung desselben weit günstiger gestaltet hat, als von vielen Seiten erwartet und befürchtet wurde, und dass in Folge dessen die grosse Bedeutung des Gesetzes für die öffentliche Gesundheitspflege von Tag zu Tag immer mehr und bis in die weitesten Kreise anerkannt wird. Die Mängel, die ihm noch anhaften, lassen sich ausserdem unschwer beseitigen; denn sie erfordern nur eine etwas grössere Bereitstellung von Geldmitteln, die gegenüber den bereits bewilligten kaum in's Gewicht fällt. Die Verhältnisse sowie die bei den vollbesoldeten Kreisärzten gemachten Erfahrungen werden sehr bald dahin drängen, diese zur Regel zu machen; bis dahin ist aber eine anderweite Berechnung des pensionsfähigen Einkommens bei den nicht vollbesoldeten Kreisärzten und eine wesentliche Erhöhung ihrer Amtsunkosten-Entschädigung geboten. Eine Umfrage bei diesen Kreisärzten wird sehr bald ergeben, dass nur noch wenige von ihnen in der Lage sind, eine nennenswerthe Privatpraxis auszuüben; durch die ausserordentlich vermehrten Amtsgeschäfte verbietet sich diese, wie solches vorauszusehen war, von selbst, und der nicht vollbesoldete Kreisarzt hat Sprech- und Wartezimmer thatsächlich nicht mehr für seine Privatpatenten, sondern ausschliesslich für seine Amtsthätigkeit erforderlich. Dass aber die Auslagen für Sprech- und Wartezimmer (bezw. Bureau), für einen Schreiber, der selbst in kleinen Kreisarztbezirken täglich 2—3 Stunden zu thun hat, für Beleuchtung, Heizung, Schreibmaterialien, Instrumente, Apparate, Materialien für einfache hygienische Untersuchungen, Ergänzung der Bibliothek u. s. w. nicht mit 250 Mark jährlich, sondern kaum mit dem doppelten Betrage gedeckt werden können, unterliegt keinem Zweifel. Unseres Erachtens sollte man daher bei der Amtskostenentschädigung einen so grossen Unterschied wie bisher zwischen voll- und nicht vollbesoldeten Kreisärzten nicht machen. Desgleichen sollten nicht nur einzelne Kreisärzte mit Mikroskopen u. s. w. zur Vornahme einfacher mikroskopischer, bakteriologischer etc. Untersuchungen ausgerüstet werden. Derartige Untersuchungen muss jeder Kreisarzt vornehmen, das liegt in seinem eigenen

---

arztbezirke, der bereits früher [50] und der nach Durchführung des Gesetzes zu einem Kreisarztbezirk vereinigten Kreise [38]) beigegeben, von deren Abdruck hier Abstand genommen ist.

wie im öffentlichen Interesse; es dürfte auch keinen Kreisarzt geben, der nicht ein eigenes brauchbares Bakterienmikroskop besitzt. Dringend nothwendig ist aber für jeden Regierungsbezirk mindestens ein staatliches Untersuchungsamt am Sitz der Regierung; sollte die Ausstattung einzelner Kreisärzte mit Bakterienmikroskope den Anfang dazu bilden, dass diese allmählich mit einem vollständigen bakteriologischen Laboratorium ausgerüstet und ihre Thätigkeit nicht auf einfache Untersuchungen beschränkt werden, so kann dieses Vorgehen allerdings nur mit Freuden begrüsst werden.

Sehr erfreulich ist die Mittheilung in der Denkschrift, dass dem Landtage noch in dieser Session das im vorigen Jahre nicht zur Verabschiedung gelangte Gebührengesetz vorgelegt werden soll; von der Vorlage eines Landesgesetzes zur Bekämpfung der im Reichsseuchengesetz unberücksichtigt gebliebenen Volksseuchen ist dagegen in der Denkschrift nichts erwähnt. Hoffentlich bleibt aber auch diese Vorlage nicht aus!

Bei der Bemessung des Wartegeldes der zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten fällt bei den Kreisphysikern der äusserst niedrige Durchschnittssatz (1216 Mark) sowie der Umstand auf, dass dieser Satz nur von 28 = $^1/_3$ der Gesammtzahl (86) überschritten wird und von diesem Drittel auch nur 11 mehr als 1500 Mark Wartegeld beziehen. Wir bezweifeln daher, dass der in den Etat eingestellte Betrag von 50 000 Mark zur Unterstützung dieser Beamten ausreicht, besonders wenn auch die Wittwen der bereits Verstorbenen berücksichtigt werden sollen. Den Wünschen des auf Wartegeld gestellten Medizinalbeamten[1]) würde es aber sicherlich weit mehr entsprechen, wenn das Wartegeld allgemein auf 2000 Mark erhöht und von einem Nachweis der „Bedürftigkeit“ überhaupt abgesehen würde; denn die Beibringung eines solchen wird von jedem verdienten Beamten höchst unangenehm empfunden und nicht selten dazu beitragen, dass derselbe lieber auf eine derartige Unterstützung verzichtet. Die betreffeden Medizinalbeamten werden dem H. Minister wie dem Landtage sicherlich sehr dankbar sein, wenn die für sie so wichtige Frage in dieser Weise geregelt wird; die Erhöhung des Wartegeldes kann auch recht gut durch in den Etat eingestellte Zulagen erfolgen, ohne dass dazu eine Aenderung des Gesetzesn othwendig ist.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die XV. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Merseburg in Halle a. S. am 17. Dezbr. 1901.

An der vom Herrn Regierungspräsidenten dienstlich anberaumten Versammlung nahmen Theil der Oberpräsident der Provinz Sachsen, Herr v. Bötticher, der Regierungspräsident von Merseburg, Freiherr von der Recke, ferner Prof. Dr. Fränkel-Halle a. S., Direktor des hygienischen Instituts und Mitglied des Medizinalkollegiums der Provinz, sowie der Vorsitzende, Reg- und Med.-Rath Dr. Penkert, die Kreisärzte DrDr. Kornalewski-Querfurt, Schmiele-Weissenfels, Gleitsmann-Naumburg, Geissler-Torgau, Busolt-Delitzsch, Müller-Herzberg (Elster), Kalkoff-Kölleda, Pantzer-Sangerhausen, Wachs-Wittenberg, Hauch-Eisleben, Hermann-Bitterfeld,

[1]) Siehe deren Petition, Nr. 3 der Zeitschrift, S. 92.

Schaffraneck-Zeitz, Meye-Mansfeld, Risel und Fielitz-Halle a. S., Schneider-Merseburg, der Gerichtsarzt Prof. Dr. Ziemke-Halle a. S., der Kreisarzt z. D. Dr. Surminski-Bad Kösen, die pro physicatu geprüften Aerzte DrDr. Tröger und Schultz-Schultzenstein-Zeitz, Frech-Halle a. S.

Mit Begrüssung des Herrn Oberpräsidenten und des Herrn Regierungspräsidenten leitete der Vorsitzende die Versammlung ein, dankte denselben für ihr Erscheinen, in dem er eine Bethätigung des Interesses sieht, welches die Staatsbehörden der Thätigkeit der Medizinalbeamten entgegenbringen und hofft, dass diesen letzteren das kundgegebene Interesse auf's Neue ein Sporn zu regsamen Wirken sein werde.

In einer Erwiderung hob der Herr Oberpräsident die Wichtigkeit der Hygiene hervor und betonte die Zweckmässigkeit derartiger Versammlungen, auf denen durch gegenseitige persönliche Aussprache manche Zweifel gelöst werden könnten, die besonders bei neuen Gesetzen und Verordnungen, wie z. B. hier bei der Dienstanweisung, immer auftauchen würden.

Nachdem hierauf der Vorsitzende die neu in den Verein eingetretenen Kollegen und besonders den Herrn Prof. Dr. Fränkel begrüsst hatte, der als erster Hygieniker in das Provinzial-Medizinalkollegium der Provinz Sachsen eingetreten sei, schritt er zur Erledigung der Tagesordnung und referirte über die seit der letzten Sitzung ergangenen Verordnungen und Erlasse. Deren lag eine ganze Reihe vor, die sich zum grossen Theil mit einzelnen Punkten der Dienstanweisung beschäftigten. Als der wichtigste muss jedenfalls die neue Kaiserliche Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901 angesehen werden. Vorsitzender behielt sich weitere Besprechung derselben vor und legte zunächst nur als Leitfaden für den Gebrauch bei Drogenrevisionen einen Neudruck der „Gesetzlichen Bestimmungen über den Handel mit Arzneimitteln und Giften ausserhalb der Apotheken im Reg.-Bez. Merseburg" vor,[1]) der auch eine Zusammenstellung der Abkömmlinge der im Verzeichniss B der gedachten Verordnung mit einem * bezeichneten Stoffe enthält und dem Medizinalbeamten das Zurechtfinden auf diesem Gebiete erleichtert.

Zu Punkt 2 der Tagesordnung hielt Kollege Fielitz einen Vortrag über die Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901, bezw. das Kreisarztgesetz vom 16. September 1899.

Referent gab zunächst einen kurzen Ueberblick über die geschichtliche Entwicklung des Kreisarztgesetzes und die betreffenden Verhandlungen des Landtages, indem er gleichzeitig hervorhob, dass die Einschränkung der Umgestaltung des Medizinalwesens auf die Kreisinstanz den jahrelangen Wünschen der Medizinalbeamten entspreche und dass etwa nothwendige weitere Aenderungen später ganz von selbst eintreten würden. Das Gesetz selbst habe allerdings Anfangs eine gewisse Enttäuschung hervorgerufen, und von mancher Seite sei die Ansicht vertreten, dass es keine erhebliche Verbesserung im Vergleich zu dem früheren unzulänglichen Zustand bringe. Diese Ansicht sei aber jetzt allgemein fallen gelassen, nachdem die Bestimmungen des Gesetzes durch die mustergültige Dienstanweisung vom 23. März 1901 eine so bedeutende Ergänzung und Erweiterung erfahren haben, dass das preussische Medizinalwesen demjenigen anderer Staaten sehr bald in keinem Punkte mehr nachstehen würde. Die Dienstanweisung habe vor allen Dingen die Möglichkeit für den Kreisarzt gebracht, sich freier zu bewegen und nicht bei jedem Unternehmen von der Requisition einer Behörde abhängig zu sein. Ausserdem habe die neue kreisärztliche Prüfungsordnung vom 30. März 1901 dafür Sorge getragen, dass die Kreisärzte auch den ihnen gestellten erweiterten Aufgaben gewachsen sein würden. Jede Neugestaltnng bringe allerdings gewisse Härten mit sich, je mehr man sich aber in die neuen Verhältnisse eingewöhne, desto weniger würden jene empfunden und desto mehr die Vorzüge der letzteren anerkannt werden.

Referent geht nunmehr auf die Besprechung der Dienstanweisung über, die nach seiner Ansicht so ausführlich und so bestimmt gehalten ist, dass Missverständnisse eigentlich kaum möglich seien. Jedenfalls sollten aber diese dann nicht, wie dies leider schon mehrfach geschehen sei, durch Spezialverfügungen einzelner Regierungen gehoben werden, sondern es müsse bei zweifelhafter

[1]) Verlag von Friedrich Stollberg in Merseburg. Preis 80 Pf.

Auffassung stets eine Entscheidung des Herrn Ministers herbeigeführt werden, um eine gleichmässige Handhabung der Anweisung im ganzen Staate zu sichern. Er betont sodann, dass das Verhältniss des Kreisarztes zum Landrath (§. 1) zwar nicht dem Wortlaut nach, aber in Wirklichkeit jetzt ein wesentlich anderes geworden ist, denn während früher der Kreisphysikus von einer Requisition des Landraths abhängig war, steht ihm jetzt in der Mehrzahl der in Betracht kommenden Fälle Reisefreiheit zu. Dieser Punkt ist einer der wichtigsten im ganzen Gesetze und bedeutet eine ausserordentliche Erweiterung der Kompetenzen des Kreisarztes gegenüber dem Landrath. Gleichwohl liegt es im allgemeinen Interesse, dass zwischen Landrath und Kreisarzt ein vorzügliches, auf gegenseitigem Vertrauen beruhendes Verhältniss besteht. Das ist nicht nur wünschenswerth für das Wohl der Kreise, sondern für die Thätigkeit der beiden Beamten selbst; denn sie werden sich bei einmüthigem Vorgehen ihre Geschäfte sehr erleichtern. Gerade in Landkreisen, wo der Kreisarzt künftighin weit mehr zu thun haben wird als bisher, ist er auf die Unterstützung des Landraths besonders den Ortspolizeibehörden gegenüber in erster Linie angewiesen. Sein Verhältniss zu diesem wird im §. 12 der Dienstanweisung noch näher präzisirt; hier hat Abs. 3 mit Rücksicht auf den Begriff „Bericht" zu verschiedenen Auslegungen Veranlassung gegeben. Referent ist der Ansicht, dass darunter nicht jedes „Schriftstück" zu verstehen sei, auch nicht Gesuche in persönlichen Angelegenheiten, oder Berichte über Sachen, die für den Landrath gar kein Interesse haben, sondern nur solche, welche gesundheitliche Angelegenheiten des Kreises betreffen und deshalb ihm bekannt werden müssen. Dass diese Berichte nicht direkt eingesendet werden, ist durchaus nothwendig, weil sonst in vielen Fällen noch ein Sonderbericht an das Landrathsamt erforderlich sein würde.

Bei Erörterung des **Verhältnisses des Kreisarztes zu den Ortspolizeibehörden** bemerkt Referent betreffs der von diesen an den Kreisarzt direkt einzusendenden Anzeigen über gemeingefährliche oder sonst übertragbare Krankheiten, dass die Beachtung der Anzeigepflicht seitens der Aerzte noch viel zu wünschen übrig lasse und in dieser Hinsicht erst durch ein für den ganzen Staat geltendes Seuchengesetz, dessen Erlass in naher Aussicht stehe, zu erwarten sei. Ueber alle Verhandlungen mit den Ortspolizeibehörden müsse übrigens der Landrath thunlichst auf dem Laufenden erhalten und ihm wenigstens von jedem derartigen Schriftwechsel Kenntniss gegeben werden, der für ihn mit Rücksicht auf die Gesundheitsverhältnisse des Kreises von Wichtigkeit sei.

Zu §. 16, der die **Stellung des Kreisarztes zum Kreisausschuss oder Kreistage** regelt, macht Referent auf den Unterschied gegen früher aufmerksam, indem es jetzt zur Theilnahme des Kreisarztes an den Sitzungen dieser Körperschaften nicht mehr eines Beschlusses derselben bedarf, sondern der Landrath das Recht besitzt, ihn selbstständig hierzu einzuladen. Nach der Schlussbestimmung des §. 16 ist diese Thätigkeit eine ehrenamtliche, der Kreisarzt kann also weder für die Theilnahme an den Ausschuss- oder Kreistag-Sitzungen, noch für etwa von den Organen der Selbstverwaltung geforderte Gutachten liquidiren, auch wenn er hierzu viel Zeit und Mühe bei solcher Arbeit aufwenden müsste. Mit dieser Bestimmung ist jedoch nichts Neues geschaffen worden; denn auch früher konnte der Kreisphysikus nur für solche Begutachtungen liquidiren, wenn dabei Reisen erforderlich waren oder wenn sie vom Landrath in irgendwelchen privaten oder ortspolizeilichen Interessen gefordert wurden.

Sprechstunden für die Entgegennahme von Wünschen und Beschwerden von Privatpersonen in Angelegenheiten des öffentlichen Gesundheitswesens (§. 32) nur an bestimmten Tagen der Woche, also nicht für jeden Tag anzusetzen, wird von dem Referenten dringend widerrathen, da viele amtsärztliche Angelegenheiten thatsächlich keinen Aufschub vertragen und die Kreiseingesessenen ein Recht zu beanspruchen haben, dass der Gesundheitsbeamte ihres Bezirks täglich zu bestimmter Stunde zu finden ist.

In Bezug auf das **Verhältniss der Kreisärzte zu den nichtbeamteten Aerzten** (§. 23) hebt Referent hervor, dass sich dieses leider in den letzten Jahren nicht gebessert habe, trotzdem die Kreisärzte fast vollständig aus der Konkurrenz mit den praktischen Aerzten auszuscheiden im Begriffe seien. Die Schuld daran ist den sogen. extremen Parteien auf beiden Seiten beizumessen, einmal denjenigen Aerzten, die es nicht verwinden und begreifen wollen, dass

die Medizinalbeamten ihrer Ehrengerichtsbarkeit entzogen sind, und zum anderen denjenigen Medizinalbeamten, welche den Zwang der Beitragspflicht zu den Kosten der Aerztekammern für sich beseitigen möchten. In neuester Zeit habe die Frage der Vereinsehrengerichte den Streit wieder neu belebt und thatsächlich besteht augenblicklich die Gefahr, dass die Kreisärzte aus den Vereinen ausscheiden müssen. Es liegt jedoch in beiderseitigem Interesse, dass ein Mittelweg gefunden wird, der den Kreisärzten mit Genehmigung des Herrn Ministers auch fernerhin diese Thätigkeit im ärztlichen Vereinsleben ermöglicht; dies würde z. B. der Fall sein, wenn sich die jetzigen Schiedsgerichte der Vereine auf die Schlichtung etwaiger Streitigkeiten einzelner Mitglieder beschränkten, die Disziplinarbefugnisse aber ausschliesslich den Aerztekammern überliessen.

Bei Besprechung der **Diensteinkommens- und Pensionsverhältnisse und der Hinterbliebenen-Versorgung** (Abschnitt VI) betont Referent, dass die Entschädigung für Amtsunkosten in den meisten Fällen zu niedrig bemessen ist. Ursprünglich hat scheinbar die Absicht bestanden, für die erste Einrichtung besondere Beihilfen zu gewähren; jetzt sollen diese aber nur bei Beschaffung von Mikroskopen gewährt werden, welche die meisten Kreisärzte bereits besitzen. Alle sonstigen Neuanschaffungen müssten daher von der Entschädigung für Amtsunkosten bestritten werden, besonders auch die erste Einrichtung. Dazu ist aber diese Entschädigung viel zu niedrig bemessen, namentlich für die vielbeschäftigten nicht vollbesoldeten Kreisärzte, die theilweise schon insofern schlechter gestellt sind, als sie keine pensionsfähige persönliche Zulage erhalten. Bei einzelnen dieser Beamten steht deshalb zu befürchten, dass sie einen Theil ihres Gehaltes für Amtsunkosten aufwenden müssen, ein Missstand, dessen Beseitigung dringend nothwendig sei.

Referent ist weiterhin nicht der Ansicht, dass die Regierung die Uebernahme von ärztlichen Nebenämtern (§. 27 Abs. 4) seitens der nicht vollbesoldeten Kreisärzte begünstigen und diese womöglich bei Bewerbung eines solchen Amtes empfehlen soll; ganz abgesehen davon, dass eine derartige Empfehlung oft erfolglos sei, werde auch durch Uebernahme solcher Nebenämter das Verhältniss der beamteten zu den nichtbeamteten Aerzten getrübt.

Der wundeste Punkt bildet die Pension für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte (§§. 28 und 29), denn bei der jetzigen Art und Weise der Pensionsberechtigung wird es vorkommen, dass ältere Beamte beim Abgang weniger Pension erhalten als solche, die weit weniger Jahre gedient haben. Die Schuld daran liegt in der Anrechnung der Gebühren als pensionsfähiges Einkommen. In vielen Landbezirken werden die Kreisärzte trotz grösserer Zeitopfer wenig anrechnungsfähige Gebühren haben im Gegensatz zu den Kollegen der Stadtbezirke, die in derselben Zeit eine ganze Anzahl Geschäfte erledigen und demzufolge ungleich höhere pensionsfähige Gebühren einnehmen. Ausserdem wird namentlich in den höheren Lebensjahren kein Kreisarzt im Stande sein, ausser der amtlichen eine gewinnbringende ärztliche Thätigkeit auszuüben; er wird häufig dann aber geringere amtsärztliche Gebühren-Einnahmen haben, und da für die Berechnung der Pension der Durchschnitt der Gebühreneinnahmen in den letzten 3 Jahren massgebend ist, so kann es vorkommen, dass ein Kreisarzt nach 30jähriger Dienstzeit eine geringere Pension erhält, als wenn er sich 5 Jahre früher hätte pensioniren lassen. Für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte bleibt somit die Gefahr einer ungenügenden Altersversorgung mit ihren üblen Folgen für das Amt und für dessen Inhaber um so mehr bestehen, als dieselben erst verhältnissmässig spät angestellt werden und demgemäss ein geringes Dienstalter haben. Es ist daher nur billig, dass die Pensionirung der Kreisärzte nach gleichmässigen Grundsätzen erfolgt, ohne Rücksicht darauf, ob sie voll- oder nicht vollbesoldet sind.

Nachdem Referent noch kurz die §§. 30 und 31 über **Beurlaubung und Stellvertretung** besprochen und hierbei hervorgehoben hat, dass der Kreisarzt stets Urlaub nachsuchen muss, wenn er seinen Wohnort in Privatangelegenheiten, d. h. nicht in Dienstgeschäften oder in Ausübung ärztlicher Privatpraxis, verlässt, dass er hierbei aber keinen Stellvertreter vorzuschlagen braucht, sondern dieser entweder von Fall zu Fall oder allgemein vom Regierungspräsidenten bestimmt wird, geht er über zu Abth. II der Dienstanweisung, welche die Bestimmungen über Art und Umfang der Obliegenheiten des Kreisarztes enthält. Gegenüber den abweichenden Ansichten zu §. 39 (Besichti-

gungsrecht der Kreisärzte) ist er der Ansicht, dass der Kreisarzt nur solche Räume und Oertlichkeiten selbstständig betreten kann, die Einrichtungen im Interesse des Gesundheitswesens darstellen und als solche der direkten Aufsicht des Regierungspräsidenten unterstehen, also z. B. Krankenhäuser und Apotheken. Nicht ohne Weiteres, d. h. nicht ohne polizeiliche Requisition oder ohne polizeiliche Begleitung darf der Kreisarzt Wohnungen, Fabriken, Gehöfte wider den Willen des Besitzers betreten, um sich vielleicht über die Beschaffenheit eines Brunnens, über die Quelle übler Gerüche, über Rauchentwicklung u. dergl. zu informiren, nur wenn es sich um Ermittelungen bei ansteckenden Krankheiten handelt, steht ihm ein solcher Zutritt zu. In zweifelhaften Fällen wird der Kreisarzt gut thun, sich entweder vorher der Zustimmung des Besitzers bezw. Eigenthümers zu vergewissern oder noch besser keine Besichtigung im sanitätspolizeilichem Interesse ohne Begleitung des Exekutivbeamten vorzunehmen. Dies empfiehlt sich auch schon aus dem Grunde, weil es bei solchen Geschäften sehr angenehm ist, einen zuverlässigen Zeugen bei sich zu haben. Dass der Gewerbeinspektor oder die Polizei befugt ist, den Gesundheitsbeamten als technischen Beistand zu Besichtigungen mitzubringen, unterliegt nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen keinem Zweifel.

Der Kreisarzt ist nach wie vor **Gerichtsarzt** (§. 43) seines Amtsbezirkes, nur für verhältnissmässig wenige Bezirke sind bisher besondere Gerichtsärzte angestellt. Wie es aber ganz unmöglich ist, den Gerichten aufzugeben, den Kreisarzt stets zu allen einschlägigen gerichtsärztlichen Geschäften, also nicht nur zu Obduktionen zuzuziehen, so können sie auch nicht gezwungen werden, bei Bestellung besonderer Gerichtsärzte ausschliesslich diese als Sachverständige in Anspruch zu nehmen. Die Gerichte haben vielmehr nach wie vor in der Wahl der Sachverständigen freie Hand und können demgemäss auch in Bezirken mit besonderen Gerichtsärzten die betreffenden Kreisärzte zu gerichtsärztlichen Zwecken heranziehen; sie werden dies aber nach den bisher in dieser Hinsicht gemachten Erfahrungen nur ausnahmsweise thun und in erster Linie immer jene bevorzugen.

In Bezug auf die **Meldepflicht der Medizinalpersonen** (§. 45) hält Referent eine solche für die sog. ärztlichen Stellvertreter zwar für nothwendig, nach den bestehenden Bestimmungen jedoch vorläufig nicht zu Recht bestehend, denn diese schreiben die An- und Abmeldung nur für die sich „niederlassenden" Aerzte vor, ein Vertreter lässt sich aber nicht nieder, sondern behält auch den Wohnsitz in seiner Heimat. Deshalb sollte bestimmt werden, dass alle Personen, die sich mit Behandlung kranker Personen gewerbsmässig befassen, den Beginn ihres Gewerbes der zuständigen Gesundheitsbehörde anmelden müssen; dies ist auch mit Rücksicht auf die in §. 46 angeordnete Kontrolle der Kurpfuscher erforderlich, die ohne eine Meldepflicht derselben schwer auszuführen sei. Auch das in §. 46 vorgeschriebene Verzeichniss über Personen, die ohne approbirt zu sein, die Heilkunde gewerbsmässig ausüben, lasse sich bei den jetzigen gesetzlichen Vorschriften nur mit Hülfe der Ortpolizeibehörden anlegen. Hier könne wieder nur dringend empfohlen werden, in Landkreisen die Vermittlung des Landraths in Anspruch zu nehmen, weil dieser von den Ootspolizeibehörden höchstwahrscheinlich genauere Auskünfte bekommen wird als der Kreisarzt; denn die Erfahrung lehrt, dass nicht approbirte Personen bei den unteren Polizeibehörden sich häufig einer gewissen Begünstigung erfreuen.

Nachdem Referent die Obliegenheiten des Kreisarztes in Bezug auf den **Arzneimittelhandel in und ausser der Apotheke** (§§. 48—56) kurz berührt hat, bespricht er eingehend seine Aufgaben bei **Kindbettfieber und bei einem Todesfall im Wochenbett** (§. 57), namentlich die in §. 57 getroffene Anordnung, wonach der Kreisarzt in jedem derartigen Falle „an Ort und Stelle Ermittelungen nach der Richtung anzustellen hat, ob von der Hebamme alle zwecks Verhütung und Weiterverbreitung des Kindbettfiebers erlassenen Vorschriften beachtet worden sind." Die Bestimmung bezweckt eine schärfere Kontrolle der Hebammen, um eine grössere Sorgfalt derselben bei Ausübung ihrer Berufsthätigkeit herbeizuführen. Der Kreisarzt muss gerade bei solchen Feststellungen mit grösstem Takt vorgehen, sowohl mit Rücksicht auf die Kranke, deren Angehörige, als mit Rücksicht auf den guten Ruf einer doch häufig ganz schuldlosen Hebamme. Insbesondere soll er nicht unterlassen, den behandelnden Arzt zuzuziehen, schon deshalb, weil ihm sonst unter Umständen

der Zutritt zu der Kranken verwehrt werden könnte. Er kann sich diesen freilich mit Hülfe der Polizei erzwingen; aber gerade hier soll der Kreisarzt zeigen, dass er sich in erster Linie nicht als Polizeiorgan, sondern als Arzt fühlt und alles sorgsam vermeidet, was zur Schädigung der Kranken führen könnte.

Bei §. 64: **Prüfung und Beaufsichtigung des unteren Heilpersonals**, hebt Referent hervor, dass es ihm fraglich erscheine, ob darnach noch Sondervorschriften für einzelne Regierungsbezirke zulässig sind, welche, wie z. B. die Heilgehülfen-Ordnung für den Reg.-Bez. Arnsberg, die Prüfung vor einer vom Regierungspräsidenten ernannten Prüfungskommission für Heilgehülfen und Masseure vorschreiben, während nach §. 64 der Kreisarzt dafür allein zuständig ist.

Dass die in §. 69 vorgeschriebenen **periodischen Ortsbesichtigungen** sich gelegentlich der Anwesenheit am Orte aus anderer Veranlassung ausführen lassen, bezweifelt Referent; am leichtesten wird dies noch bei der Theilnahme an einer Sitzung der Gesundheitskommission möglich sein, weil der Kreisarzt hierbei genügend Zeit hat, die bei der Besichtigung betheiligten Behörden, Landrath, Amts- und Ortsvorsteher sowie den Vorsitzenden der Gesundheitskommission und den Kreisschulinspektor zu benachrichtigen; denn gemäss §. 94 soll die regelmässige Besichtigung der Schule mit der der Ortschaft verbunden werden.

Die Befugniss, **Herbergen u. s. w. aus eigenem Antriebe zu besichtigen**, wird dem Kreisarzt durch §. 72 nicht gegeben; er soll bei deren Beaufsichtigung den Polizeibehörden nur seinen sachverständigen Rath ertheilen, und dies setzt voraus, dass solcher Rath verlangt wird. Indessen ist der Kreisarzt in der Lage, bei besonderer Veranlassung, z. B. beim Auftreten ansteckender Krankheiten, eine Besichtigung der Massenquartiere durch die zuständige Polizeibehörde unter seiner Betheiligung zu veranlassen.

Bei §§. 75 u. 76: **Beseitigung der Abfallstoffe, Verunreinigung öffentlicher Wasserläufe** spricht Referent den Wunsch aus, dass der zuständige Kreisarzt bei jeder durch eine Aufsichtsbehörde vorgenommenen Besichtigung eines Wasserlaufs zugezogen werde; desgleichen hält er eine regelmässige **Revision** der für die menschliche Gesundheit überaus wichtigen **Molkereibetriebe** (§. 79), wie sie für den Reg.-Bez. Aachen angeordnet sei, für nothwendig. Auch in Bezug auf die **Mineralwasserfabriken** (§. 81) stellt er dieselbe Forderung, da diese Betriebe manches zu wünschen übrig lassen.

Den zu §. 82 Abs. 3: **Ermittelungen bei ansteckenden Krankheiten**, von mancher Seite gemachten Einwand, dass der Kreisarzt sich nur bei solchen ersten Erkrankungsfällen an Ort und Stelle zu begeben hat, die unter das Seuchengesetz vom 30. Juni 1900 fallen, und dass besonders der Unterleibstyphus hier nicht erwähnt ist, obwohl dessen epidemische Verbreitung sich in den allermeisten Fällen beim ersten Auftreten durch geeignete Massnahmen verhindern lässt, hält Referent nicht für begründet. Gerade beim Unterleibstyphus erübrige sich mitunter das Erscheinen des Kreisarztes, so bei einzelnen Fällen in besser situirten Familien, oder wenn der erste verdächtige Kranke einem Krankenhause zugeführt ist u. s. w. Ausserdem ist der Kreisarzt nach §. 82 Abs. 3 b nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet, Erhebungen an Ort und Stelle vorzunehmen, sobald er die Befürchtung hat, dass ungenügende Massregeln getroffen sind, „oder die Krankheit selbst in einer für das öffentliche Wohl bedenklichen Weise“ auftritt, z. B. beim ersten Fall in Herbergen, Arbeiterkasernen u. s. w. Die in einzelnen Regierungsbezirken (Oppeln, Wiesbaden) getroffene Bestimmung, dass die Kreisärzte ein für alle Mal bei ersten Typhusfällen sich an Ort und Stelle zu begeben haben, hält er zwar auch nach der Dienstanweisung für zulässig, da sie nur eine ihr nicht widersprechende Auslegung des §. 82 Abs. 3 b darstelle, glaubt aber, dass es besser sei, in dieser Beziehung eine gewisse Bewegungsfreiheit zu lassen, und es dem pflichtmässigen Ermessen des Kreisarztes anheimzustellen, ob er in jedem Falle eine örtliche Ermittelung für nothwendig erachtet; denn schliesslich bleibt ihm doch die Verantwortung dafür. Die Kosten für alle diese Reisen hat der Staat zu tragen; abgesehen von den Fällen, wo §. 10 des Regulativs vom 8. August 1835 Anwendung findet, das in den alten Provinzen noch immer Geltung hat, und auch nicht durch §. 1, Abs. 6 des Kreisarztgesetzes aufgehoben ist.

Um rechtzeitige Kenntniss von den Todesfällen zu erhalten und diese in die im §. 85 vorgeschriebenen wöchentlichen Meldekarten eintragen zu können, hält Referent eine Bestimmung für nöthig, wonach die Standesbeamten wöchentlich dem Kreisarzt die Todesfälle an ansteckenden Krankheiten zu melden haben. Dem Abs. 2 des §. 85 (Berichterstattung bei ansteckenden Krankheiten) wird nach seiner Ansicht am besten genügt, wenn der Kreisarzt an den Regierungspräsidenten Abschrift seines an den Landrath gehenden Berichts senden lässt; es genügt hierzu ein Ersuchen an den Landrath am Schlusse des Berichts. In einzelnen Fällen wird der Kreisarzt nur an den Regierungspräsidenten zu berichten haben, und dann erhält der Landrath Kenntniss vom Bericht, weil er durch seine Hand geht. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt Referent den ersten Modus.

Die im §. 87 gegebene Bestimmung über die **Beaufsichtigung der Impfärzte** ist nicht so einwandsfrei gefasst, wie diejenige im Min.-Erl. vom 28. Februar 1900, nach der „die Beaufsichtigung von dem Kreisphysikus nur ausgeführt werden kann, sofern er nicht selbst Impfarzt ist", während man aus der jetzigen Fassung folgern kann, dass dem Kreisarzt in denjenigen Theilen seines Bezirks, wo andere Impfärzte fungiren, die Beaufsichtigung zusteht. Referent tritt für diese Auffassung ein, weil die Beaufsichtigung durch den Kreisarzt weit ausgiebiger sein könnte, als durch den Regierungs-Medizinalrath, dem es ganz unmöglich sei, eine ausreichende Anzahl von Revisionen in den wenigen Wochen der Impfperiode vorzunehmen. Den Einwand, der Kreisarzt dürfe Privatärzte nicht kontroliren in Geschäften, die er selbst vornimmt, hält er für nicht stichhaltig: denn einmal werde der Kreisarzt selber kontrolirt, anderseits erfolge eine solche Kontrolle gewissermassen auch bei jeder Feststellung einer, ansteckenden Krankheit durch den Kreisarzt. Am besten wäre es freilich die öffentliche Impfung würde als sanitätspolizeiliches Geschäft möglichst ausschliesslich dem Kreisarzt übertragen.

Betreffs der Mitwirkung des Kreisarztes auf dem Gebiete der **Gewerbe-Hygiene** (Abschnitt XXV, §§. 91—93) bemerkt Referent, dass die dem Kreisarzt nach §. 91 obliegende amtsärztliche Prüfung der Vorlagen für neu zu errichtende Anlagen unentgeltlich zu bewirken sei, wenn — wie in den meisten Fällen — eine örtliche Besichtigung, d. h. eine Reise nicht erforderlich ist; nur für solche stehen dem Kreisarzt Reisekosten und Tagegelder zu. Nicht immer wird aber eine Prüfung an Ort und Stelle erforderlich sein, sondern nur dann, wenn die Vorlage nicht genügend Klarheit über bestimmte Punkte bringt, insbesondere, ob eine Verunreinigung von Wasserversorgungsanstalten, Wasserläufen oder Aehnliches möglich ist. Der Kreisarzt kann aber dann nicht aus eigener Machtvollkommenheit eine derartige Ermittelung an Ort und Stelle vornehmen, sondern muss sich dazu einen Auftrag von der requirirenden Behörde geben lassen.

Die Ansicht, dass §. 92, Betheiligung bei der Beaufsichtigung gewerblicher Anlagen, gegen die einschlägigen reichsgesetzlichen Bestimmungen verstosse, theilt Referent nicht; er betont dabei, dass der Gewerbeinspektor als gesetzlicher Aufsichtsbeamter ohne Weiteres berechtigt sei, den Kreisarzt bei Revisionen als Sachverständigen in gesundheitlichen Angelegenheiten mitzubringen; dass er von diesem Rechte thunlichst Gebrauch macht, ist ihm durch Erlass des Handelsministers vom 24. Juli 1901 noch besonders aufgegeben.

Die im §. 94 Abs. 3, **Beaufsichtigung der Schulen**, getroffene Vorschrift, dass die Verhandlungen über Schulbesichtigungen der Regierung durch Vermittelung des Landraths und auch des Kreisschulinspektors einzureichen sind, ist dahin zu deuten, dass sie von dem Landrath vor Weitergabe an die Regierung auch dem Kreisschulinspektor zur Kenntnissnahme vorzulegen sind. Ob der Kreisarzt bei Schulschliessungen (§. 96) Ermittelungen an Ort und Stelle vornehmen will, ist seinem Ermessen überlassen. Er muss wissen, wie weit er auf die Polizeibehörde und auf die in Frage kommenden Aerzte rechnen und ob er, namentlich wenn er die örtlichen Verhältnisse bereits bei anderen Gelegenheiten kennen gelernt hatte, auf eine besondere Reise verzichten kann. Dasselbe gilt, wenn es sich um den Wiederbeginn des Unterrichts handelt; hier wird sich aber meist eine erneute Reise erübrigen.

Die Bestimmung im §. 98, durch die das **Haltekinderwesen** der Aufsicht des Kreisarztes unterstellt ist, begrüsst Referent mit grosser Genug-

thuung, da gerade das Haltekinderwesen bisher stets etwas stiefmütterlich behandelt war. Auf Grund dieser Bestimmung steht dem Kreisarzt jeder Zeit der Zutritt zu den Haltekindern zu; da die unvermutheten Revisionsbesuche der hierbei in Betracht kommenden Familien, über die ihm die Ortspolizeibehörde ein Verzeichniss einzureichen und fortlaufend zu ergänzen hat, nicht viel Zeit erfordern, so werden sie recht gut gelegentlich erledigt werden können, wenn keine Veranlassung zu besonderen Revisionen vorliegt.

Bei §. 115, **vertrauensärztliche Thätigkeit**, erwähnt Referent, dass die unter a, b, d und e aufgeführten Geschäfte gebührenfrei seien,[1]) die Untersuchung und Begutachtung unmittelbarer kaiserlicher und königlicher Staatsbeamten im Interesse des Dienstes (a), jedoch nur dann, wenn die zuständige Behörde — z. B. Eisenbahndirektion, Oberpostdirektion, Steuerbehörde u. s. w. — den Kreisarzt ersucht und lediglich ein Befundattest wünscht; ausführliche Gutachten sind zu liquidiren.

Die Ausstellung von Zeugnissen auf Grund des §. 139 a der Gewerbeordnung (Abs. g) ist nicht ohne Weiteres Sache des Kreisarztes, sondern nur auf Grund einer besonderen Ermächtigung (Erlass des Handelsministers vom 22. Dezember 1893). Ebensowenig hat der Kreisarzt besonderen Anspruch darauf, als Vertrauensarzt bei den Schiedsgerichten zugezogen zu werden (Abs. h); diese wählen vielmehr in der ersten Sitzung jedes Jahres ihre Vertrauensärzte aus der Reihe der ihnen von den Aerztekammern vorgeschlagenen Aerzte.

Zu §. 119, **pensionsfähige Gebühren**, wünscht Referent eine Spezifikation der hierbei in Betracht kommenden amtsärztlichen Geschäfte nach Erlass eines neuen Gebührengesetzes, dessen Entwurf bereits im vorigen Jahre dem Landtage vorgelegt, aber nicht mehr zur Verabschiedung gelangt sei.

Nachdem er sodann noch kurz die einzelnen in der Dienstanweisung vorgeschriebenen **Formulare** besprochen hat, berührt er zum Schluss noch die **Gesundheitskommissionen**, indem er hervorhebt, dass sich schon nach der kurzen Zeit ihres Bestehens erkennen lasse, wie segensreich sie gerade in in kleineren Stäaten und auf dem flachen Lande wirken, wo sie Grosses leisten können, wenn der Kreisarzt es versteht, ihre Thätigkeit in die richtigen Wege zu leiten. Der oberste Grundsatz muss sein, die Mitglieder solcher Kommissionen für die Sache derartig zu erwärmen, dass Bestrebungen zur Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse nicht sowohl vom Beamten als von den Erwählten der Bürgerschaft auszugehen scheinen. Referent bedauert dabei, dass der Landrath nicht berechtigt ist, an den Sitzungen der Gesundheitskommissionen in den Städten seines Kreises theilzunehmen, sondern dieses Recht nur den Gesundheitskommissionen in den Landgemeinden gegenüber besitzt. Dringend erwünscht sei es, dass in jeder grösseren Ortschaft, sei es Stadt oder Dorf, eine solche Kommission eingerichtet werde und besonders solche Aezte zu Mitgliedern derselben gewählt werden, die bereit und im Stande sind, sanitäre Massnahmen zu verstehen und zu fördern. Vor allem sollen aber die Kreisärzte ihre Dienstreisen möglichst so einrichten, dass sie recht häufig den Sitzungen der Kommissionen beiwohnen können, weil ein persönlicher Verkehr namentlich in kleinen ländlichen Verhältnissen stets wirksamer als ein schriftlicher ist.

In der kurzen, sich anschliessenden Diskussion wurde auch die Frage der Unterstellung der Medizinalbeamten unter die Ehrengerichtsbarkeit ärztlicher Vereine gestreift, die bekanntlich durch den Ministerialerlass vom 23. Mai 1901 aufgerollt ist. Prof. Dr. **Fränkel** gab der Hoffnung Ausdruck, dass ein Weg gefunden werden möge, um das im Interesse der Sache wünschenswerthe Verbleiben der Medizinalbeamten in den Vereinen zu ermöglichen und empfahl zu diesem Zwecke — wie auch bereits anderweit angeregt; diese Zeitschrift, Nr. 22, 1901, S. 750 —, dass die Vereine ihre Ehrengerichte aufgeben und an deren Stelle einfache Schiedsgerichte ohne förmliche disziplinare Befugnisse setzen möchten.

Nachdem endlich der Vorsitzende noch einige nothwendig gewordene Aenderungen in den Terminen der Berichte mitgetheilt hatte, wurde die Versammlung geschlossen, worauf, wie üblich, ein gemeinsames Essen fast

[1]) Ist nicht zutreffend; nur die unter a und b aufgeführten Geschäfte sind gebührenfrei. Red.

sämmtliche Theilnehmer, einschliesslich des Herrn Oberpräsidenten und des Herrn Regierungspräsidenten, einige Stunden in angeregter Unterhaltung beisammen hielt. Dr. Schneider-Merseburg.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber Leichenverbrennung und ihre Beziehung zur Verheimlichung von Verbrechen. Von Fr. L. Hoffmann-Newark. The medico-legal journal; 1901, XVIII., S. 500.

In Amerika hat in den letzten Jahren eine rasche Zunahme der Krematorien stattgefunden. Während in den Jahren 1876 bis 1898: 8885 Leichen im Ganzen verbrannt wurden, betrug die Zahl für das Jahr 1888: 190, für 1898 dagegen 1690, heute etwa 2000 im Jahre.

Da besonders angesehene Personen die Verbrennung ihrer Leiche anordnen, deren Ansichten aber natürlich mehr respektirt werden, so wird eine stets wachsende Zahl von Personen in den Vereinigten Staaten dahin beeinflusst, ebenfalls in jenem Sinne über ihre Leiche zu verfügen.

Verfasser hat sich nun in einem Rundschreiben an die Gesundheitsämter der Städte gewandt, in denen sich Krematorien befinden. Vorgelegt wurden die Fragen, ob eine besondere Bescheinigung über die Todesursache verlangt werde, wer diese Bescheinigung auszustellen habe, welche Vorsichtsmassregeln getroffen seien, ein Verbrechen zu verhüten.

Aus den Antworten hat der Autor Auszüge über die zur Zeit geltende Handhabung von Schutzmassregeln zur Wahrung öffentlicher Interessen zusammengestellt.

In Newyork z. B. finden im Jahre 500 Leichenverbrennungen statt; eine besondere ärztliche Bescheinigung wird nicht verlangt; auch in Chicago werden keinerlei Vorsichtsmassregeln zum Schutze vor Verheimlichung von Verbrechen getroffen. Die Entdeckung etwaiger Fälle krimineller Natur hängt einzig und allein von der Fürsorge, von der Einsicht des Unternehmers der Krematorien ab.

Personen, die auswärts sterben und deren Leichen nach Pittsburg gebracht werden, können ohne jede Vorsichtsmassregel zur Verbrennung gelangen.

In Milwaukee wird jeder Todtenschein genau geprüft; findet sich irgend eine Unklarheit über den Fall, so wird der Amtsarzt zur Prüfung hingesandt.

Im Grossen und Ganzen fehlen genügende Vorsichtsmassregeln, die die Verheimlichung eines Verbrechens verhüten könnten.

Dr. Mayer-Simmern.

Tod durch Elektrizität. Von Lebrun-Brüssel. Nach einem in der med. leg. soc. New-York 1901 erstatteten Berichte. Med. leg. journal; 1901.

Der Autor giebt folgenden Bericht über den Obduktionsbefund bei einem durch elektrischen Kontakt getödteten Manne:

Eine 12 cm lange, 3 cm breite Brandwunde am rechten Schulterblatte durchsetzte die Haut in ganzer Tiefe. An Stamm und Gliedern ziemlich weit verbreitete Blutunterlaufungen. Aus den Nasenöffnungen floss wässerig blutige Flüssigkeit. Das Perikranium zeigte starke Blutüberfüllung. Eine solche fand sich auch in der linken Grosshirnhemisphäre und in den Gefässknäueln; ferner im Unterlappen der linken Lunge.

Das etwas fettdegenerirte Herz wies im l. Ventrikel etwas flüssiges Blut, einige Gerinnsel auf. Der erweiterte rechte Ventrikel enthält flüssiges Blut, das im Kontakt mit der Luft gerann. Die Nieren zeigten sich blutüberfüllt.

Obwohl das Herz Gerinnsel enthielt, war sonst das Blut äusserst dünnflüssig. Dr. Mayer-Simmern.

Ein Fall von Lufteintritt in die Venen des puerperalen Uterus mit tödtlichem Ausgang. Von Dr. Fritz Sengler, Assistenzarzt am Wöch-

nerinnenasyl des Ludwig-Wilhelmkrankenheims in Karlsruhe. Münchener med. Wochenschrift; 1902, Nr. 5.

Nach einem kurzen geschichtlichen Rückblick auf die bisher verhältnissmässig wenigen veröffentlichten Fälle von Luftembolie durch die Uterusvenen theilt Verfasser einen höchst interessanten Fall von Exitus in Folge Luftembolie nach manueller Plazentarlösung mit.

Aufnahme einer 42jährigen Frau in das Wöchnerinnenasyl am 10. Juni 1901. Anamnese: VI. Para. Abnormer Verlauf aller vorhergehenden Geburten, meistens mit operativen Eingriffen (Zange, manueller Placentalösung). Status: Mittelgrosse, etwas untersetzte Frau von blassem, schwächlichem Aussehen. Beckenmasse: Dist. spin. 24,0, D. crist. 26,5, D. troch. 27,5, Conjug. ext. 17,0, Conj. diag. 9,0, Ende der Gravidität. Fruchtwasser seit 24 Stunden abgeflossen. Muttermund handtellergross. Blase gesprungen. Kopf fast in's Becken eingedrungen, II. Gesichtslage. Verlauf: Spontane Geburt eines 3120 gr schweren Knaben nach 17stündigen kräftigen Wehen am 11. Juni 1901. Placenta zögerte, ohne dass es Anfangs blutete. Als nach 3 Stunden mässige Blutung begann, Versuch der Expression, welche weder ohne, noch mit Narkose gelingt. Blutung nimmt zu und wird drohend. Völlige Atonie des Uterus. Frau blass, unruhig rasch athmend. Daher manuelle Lösung in horizontaler Steiss-Rückenlage; Beine von zwei Schwestern in den Hüftgelenken gebeugt gehalten. Die Placenta sitzt an der rechten vorderen Uteruswand und ist an ihrem linken Rande ein wenig gelöst, sonst in ganzer Ausdehnung noch anhaftend. Uterusausausspülung mit 40° heissem, 1%iger Lysolwasser. Es blutet jetzt fast nicht mehr. Uterus zieht sich etwas zusammen. 2 Ergotinspritzen. Subkutane Kochsalzinfusion, die schon während der Lösung vorbereitet. Frau direkt nach der Operation entschieden besser; aber schon während der Infusion plötzlich flatternder, kaum fühlbarer Puls, höchste Unruhe, Jaktationen, schwere Dispnoe. Es blutet wieder mässig aus dem Uterus. Deshalb Jodoformgazetamponade der Gebärmutter und Scheide in der Annahme, obige Symptome seien durch hohe Anämie bedingt. Die Frau erholt sich aber nicht mehr, trotz ausausgiebigster Anwendung von Analepticis: Kampfer, Aether, Champagner, heissem Kaffee u. s. w., sondern stirbt ca. $^1/_2$ Stunde nach der Placentalösung.

Ihr rascher Tod erscheint Anfangs nicht recht erklärlich, da die Menge des verlorenen Blutes keineswegs eine sehr beträchtliche war. Hofrath Dr. Benikser (Chef), welcher $^1/_2$ Stunde später hinzukam, dachte sofort an Luftembolie und stellte bestimmt diese Diagnose, nachdem er an Stelle der Herzdämpfung deutlichen tympanitischen Schall konstatirt hatte.

Ergebniss der Sektion (22 Stunden nachher): Ziemlich blasse, doch nicht wachsartig verfärbte, weibliche Leiche; Todtenflecke, Todtenstarre. Abdomen stark aufgetrieben. Nach Eröffnung des Leibes zeigen sich Magen und und Darm stark gebläht. Peritoneum überall glatt und spiegelnd. Im Douglas findet sich eine geringe Menge blutig seröser Flüssigkeit. Uterus äusserst schlaff, fast mauskopfgross. Peritonealüberzug desselben überall intakt. Im Herzbeutel eine geringe Menge klarer Flüssigkeit. Die sowohl in situ, als auch am herausgenommenen Herzen ausgeführte Perkussion des Organs, speziell der rechten Kammer, ergiebt deutlich tympanitischen Schall. Beim Betasten hört man ein unverkennbares Quatschen und hat das sichere Gefühl, wie wenn Luftblasen unter dem Finger sich bewegten. Das Herz wird daher an seinen grossen Gefässen abgebunden und ausserhalb der Ligatur abgetragen. Beim Durchschneiden der Gefässe entströmt eine Menge völlig schaumigen Blutes dunkler Farbe. Der rechte Ventrikel zeigt sich ganz erfüllt mit dem obigen Blutschaum. Ebenso fliesst aus der Art. pulmonalis mit Luft stark gemengtes Blut. Auch der linke Ventrikel enthält eine geringe Menge schwarzen Blutes, das ebenfalls einige Luftblasen birgt. Darauf wird ein Stück der Vena cava inferior und der Vena uterina dextra aufgeschnitten. Dieselben zeigen sich, wie überhaupt alle nicht zum Verdauungstraktus gehörenden Venen, sehr stark mit dem oben beschriebenen Blutschaum gefüllt. — Die Leber bietet eine starke Vergrösserung des reehten Lappens dar, ist von blasser, graugelber Farbe und brüchiger Konsistenz; das beim Durchschneiden sich entleerende Blut ist dunkel, aber nicht schaumig. — Im Uterus findet sich ein Jodoformgazestreifen, welcher so ziemlich das ganze Cavum ausfüllt. An der linken Tubenecke sitzen noch einige Deciduafetzen. Uteruswand überall

intakt. An den Gefässen an beiden Uterusekanten lässt sich Luftbläschen enthaltendes Blutserum herauspressen.

Nach diesem Sektionsergebniss dürfte wohl die Diagnose: „Tod in Folge von Luftembolie“ als sicher zu betrachten sein.

Nachdem Verfasser noch einige etwaige Einwände und Bedenken bezüglich der Differentialdiagnose (Chloroformtod, Erklärung der Gase im Blute als Fäulnissprodukte, Verblutungstod, Thrombusembolie) zu entkräften sucht, hält er die Luftembolie als causa mortis für ganz zweifellos, und zwar muss entsprechend dem ganzen Verlaufe mässig viel Luft und langsam, vielleicht in mehreren Nachschüben, in die Blutbahnen eingetreten sein (Schlussszene: Luftembolie der Pulmonalgefässe und Erstickung).

Verfasser verbreitet sich dann noch über die Ursache, Art und Weise des Zustandekommens des Lufteintrittes in den Uterus und in die Blutbahn und führt als mögliche Gelegenheiten an: die wiederholte und forzirte Anwendung des Credé'schen Handgriffes, die manuelle Plazentarlösung, die nachfolgende Uterusausspülung mit 1%tiger Lösung, das Verbringen der Patientin vom Bett auf den Operationstisch und wieder zurück in das tiefer gelegene Bett. Ob eine einzelne dieser Gelegenheiten oder mehrere oder alle zusammen anzuschuldigen sind, lässt Verfasser dahingestellt.

Zum Schlusse macht er noch einige Vorschläge zur thunlichsten Verhütung derartiger Unglücksfälle durch möglichste Vermeidung von Allem, was eine Herabsetzung des intraabdominellen Druckes unter den atmosphärischen bedingen oder bewirken kann, und hält demgemäss für angezeigt: 1) die Vornahme aller geburtshülflichen Operationen womöglich in Steiss-Rückenlage mit etwas erhöhtem Oberkörper; 2) anhaltende Irrigation der Scheide resp. der Uterushöhle mii physiologischer Kochsalzlösung bei Ausführung manueller Plazentarlösungen und kombinirter Wendungen — natürlich unter allen gegebenen Kautelen.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber die anatomischen Befunde beim Tode durch Erdrosseln und durch Erhängen. Von Dr. Fritz Reuter, em. Assistenten am pathologischen Institute zu Graz. Zeitschrift f. Heilkunde (Redaktion Prof. H. Chiari in Prag). XXII. Bd. (N. F. II. Bd.), Jahrg. 1901, H. IV.

Zu seiner Arbeit standen dem Verfasser 22 Erdrosselungsfälle und 300 Fälle von Erhängen zur Verfügung. Die anatomischen Befunde hängen ab von der Art des Strangulationswerkzeuges und von der Art und Weise, wie dasselbe auf den Hals einwirkt. Beim Erhängen wird der Zungengrund nach hinten und oben gedrängt, und so ein Verschluss des Nasenrachenraumes bewirkt; gleichzeitig werden sämmtliche, die oberflächlichen und die tiefen, Halsgefässe komprimirt, wodurch ein sofortiger Stillstand der Zirkulation stattfindet. Beim Erdrosseln dagegen wird durch die mehr horizontale Lage des Strangwerkzeuges eine andere Art des Verschlusses der Respirations- und Zirkulationswege erzeugt; der Verschluss erfolgt langsamer, so dass die Möglichkeit vorhanden ist, dass oberflächliche Venen komprimirt sind, während die Arterien in der Tiefe noch pulsiren.

Von der Lage der Strangfurche abgesehen, ergeben sich folgende Merkmale des Todes durch Erdrosseln. Aeusserlich: a) Zyanose des Gesichtes mit oder ohne Ekchymosen, b) Ekchymosen in den Lidern und Bindehäuten. Innerlich: c) Blutreichthum der Schädeldecken, des Gehirns und seiner Häute, d) Blutungen in den Weichtheilen des Halses und zwar entweder nahe und oberhalb der Strangfurche, also z. B. in den Scheiden der grossen Halsmuskeln oder entfernt von der Strangfurche, z. B. in der Gegend des Unterkieferwinkels, an den Tonsillen und im Pharynx, e) Injektion der Schleimhäute der oberen Luftwege mit zahlreichen Ekchymosen.

Die Punkte a), b) und c) gelten auch beim Erdrosselungstode neugeborener Kinder.

Selten sind Verletzungen des Kehlkopfes und des Zungenbeins, während Rupturen der Karotiden-Intima nicht beobachtet wurden.

Beim Erhängungstode ist die Lage der Strangfurche in vieler Beziehung massgebend; der anatomische Befund ist beim typischen Erhängen ein anderer, als beim atypischen; so sind die eben erwähnten Verletzungen in 60% bei typischer und in 30% bei atypischer Strangfurche vorhanden und

die innere Gefässwand wurde gebrochen gefunden in 5 % der Fälle bei typischer und in 4 % bei atypischer Stranglage.

Weiter ist beim Tode durch Erhängen die Zyanose des Gesichts gewöhnlich nicht vorhanden; Ekchymosen finden sich in 20 % bezw. 30 %, Blutungen in die Muskulatur, die selten sind, in 2 % bezw. 12 % der Fälle, je nachdem die Lage der Strangfurche eine typische oder atypische ist. Der Blutgehalt der Organe des Schädels wechselt. Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Ueber bemerkenswerthe Selbstbeschädigungsversuche. 1. Selbsterdrosselungsversuche. 2. Tobsucht in Folge von Atropinvergiftung. Von Dr. Max Edel. Aus dem Asyl für Gemüthskranke in Charlottenburg. Berliner klin. Wochenschrift; 1902, Nr. 4.

Die drei Fälle, über die Verfasser berichtet, sind bemerkenswerth theils durch die Seltenheit des Vorkommens, theils durch die besonderen Erscheinungen, die mit ihnen verbunden waren. Letztere waren so schwer, dass ein tödtlicher Ausgang nur durch sofortige Hülfe verhindert wurde.

I. Fall. Eine 38jährige Tischlerfrau (progressive Paralyse), wegen raptusartigen Angstzuständen mit gewaltthätigen Handlungen isolirt, machte im Angsteffekt mit ihren eigenen Haaren einen Selbsterdrosselungsversuch. Als man sie fand, hatte sie ihr langes Haar fest um den Hals geschlungen, das herabhängende Ende mit beiden Händen krampfhaft festhaltend. Blutung aus Nase, Gesicht gedunsen, Lippen und Wangen blauroth, Augen vorgequollen, Chemosis und blutige Verfärbung der Bindehäute, Pupillen eng und starr, Pulse klein und aussetzend, Athmung stillstehend. Künstliche Athmung, Herzmassage, Camphorinjektionen brachten nach ½ Stunde die Athmung nur vorübergehend zurück; die künstliche Athmung musste vielmehr 1 Stunde lang fortgesetzt werden. Erst nach mehreren Stunden Rückkehr des Bewusstseins Um den Hals verlief am Nacken eine Marke unter dem Haaransatz in einem 2 cm breiten, tiefblaurothen Streifen, welcher am nächsten Tage zwei deutlich getrennte rothe Begrenzungslinien mit dazwischen liegender blasser Haut erkennen liess und sich noch viele Tage markirte. Vorn am Hals keine scharfe Marke, jedoch Abgrenzung zwischen einer blassen unteren und blaurothen, später grünlichen oberen Zone in der Gegend des Pomum Adami. Im Verlaufe der Marke einige punktförmige Hautabschürfungen, die sich später mit einem Schorf bedeckten; dicht über der Marke im Nacken eine tiefer geröthete Partie, die unter Umständen auf Mitwirkung eines Knebels deuten konnte. Im Uebrigen verlief die Marke nach unten. Dass mit eintretender Bewusstlosigkeit die Kraft des Zuges nicht nachliess, erklärt Verfasser durch einen krampfartigen Spannungszustand in den Armen und Händen.

II. Fall. Ein 25jähriger Handlungsgehülfe (akute Halluzinationen, Verwirrtheit mit Angstzuständen) riss in der Isolirzelle von seinem Hemd Stücke ab und knotete sie zu einer Schlinge zusammen. Bei der Auffindung hatte er im Sitzen die Schlinge vom Nacken her um den Hals gelegt, durch mehrfaches Herumdrehen zu einem Knebel zusammengewickelt und durch das eine Ende der Schlinge das rechte Bein bis zum Oberschenkel gesteckt. Indem er diesen ausstreckte, musste ein heftiger Zug und eine Zusammenschnürung des Halses erfolgen durch vereinigte Zug-, Knebel- und Hebelwirkung. Der lokale Befund am Gesicht und Halse war ähnlich wie beim ersten Fall, blaurothes Gesicht, Hervorquellen der Augen, Blutaustritte in der Bindehaut, indessen war das Bewusstsein noch nicht ganz geschwunden. Marke rings um den Hals, am höchsten im Nacken, vorn über die Gegend des Ringknorpels hinweggehend, vereinzelte Hautabschürfungen im Verlauf derselben.

III. Fall. Im dritten Fall handelte es sich um eine vorübergehende Tobsucht nach akuter Atropinvergiftung bei einer 42jährigen gesunden Frau, welche in selbstmörderischer Absicht etwa 5 mgr Atropin genommen hatte. In ihrer mit Todesangst verbundenen Tobsucht schrie und biss sie, glaubte mit Messern gestochen zu werden, empfand Stechen und Picken wie mit Stecknadeln, später Jucken am Körper. Erst nach einigen Tagen verschwanden die Erscheinungen. Das Interesse des Falles liegt in dem Umstand, dass, während Atropin bei maniakalischen Zuständen in Dosen von 1—3 mgr beruhigend wirkt, erst in grösseren Mengen genommen tobsüchtige Aufregung hervorruft, hier

eine relativ geringe Menge bereits zu stürmischen Erscheinungen führte. Therapeutisch wirkten auch in diesem Falle Morphiuminjektionen gut.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Mitwirkung der Aerzte bei Feststellung des Masses der Erwerbsunfähigkeit in Unfall- und Invalidenrentenangelegenheiten. Rundschreiben des Präsidenten des Reichsversicherungsamts vom 31. Dezember 1901 — I. 23920, II. 8804.

Es ist wiederholt, namentlich auch im Reichstage, zur Sprache gebracht worden, dass den über den Grad der Erwerbsunfähigkeit eines Rentenbewerbers abgegebenen Aeusserungen der ärztlichen Sachverständigen bei der Entscheidung der Feststellungsorgane in Unfall- und Invalidenangelegenheiten mitunter ein zu weitgehender Einfluss eingeräumt werde.

Das Reichs-Versicherungsamt nimmt deshalb auf Anregung des Herrn Staatssekretärs des Innern Veranlassung, darauf hinzuweisen, dass die Aufgabe der ärztlichen Begutachtung im Allgemeinen in der Feststellung der physiologischen Folgen des Unfalls oder der eine Invalidität begründenden Gebrechen ihre Begrenzung findet, dagegen die sonstigen ärztlichen Aeusserungen, insbesondere darüber, welchen Einfluss der Befund auf die Erwerbsfähigkeit des Rentenbewerbers ausübt, den in ihrer Entscheidung selbstständigen Feststellungsinstanzen zwar werthvolle und bei inneren Krankheiten sogar oft unentbehrliche, aber keineswegs bindende Unterlagen für die Urtheilsfindung bieten.

Hiernach würde es unzulässig sein, wenn — was vorgekommen sein soll — die Feststellungsinstanzen einfach den von dem Arzte angegebenen Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeit ihrer Entscheidung zu Grunde legten, ohne die Frage nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit selbst geprüft zu haben. Ein derartiges Verfahren, durch das eine der wichtigsten Aufgaben der Feststellungsorgane zu einer mechanischen Wiederholung des Ergebnisses der ärztlichen Gutachten herabgedrückt werden würde, entspricht nicht der Absicht des Gesetzes.

Hat im einzelnen Falle der in der Sache gehörte ärztliche Sachverständige auf Ersuchen oder aus freien Stücken auch eine Aeusserung über den Grad der Erwerbsunfähigkeit eines Rentenbewerbers abgegeben, so darf niemals ausser Acht gelassen werden, dass die Frage nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit an sich keine rein medizinische, und dass ihre Beantwortung nicht ausschliesslich und in erster Linie Sache des Arztes ist, sondern in der Hauptsache eine der vornehmsten Aufgaben der mit der Rentenfestsetzung betrauten Instanzen bildet.

Ausserdem ist es vorgekommen, dass vielfach, obgleich sachlich gegen den oben bezeichneten Grundsatz nicht verstossen worden ist, doch die Begründung der Entscheidungen im Wortlaute so ungeeignet gefasst wurde, dass sie den Vorwurf einer mechanischen Handhabung des Entschädigungsverfahrens rechtfertigen könnte. Die Feststellungsorgane werden daher ergebenst ersucht, auch auf die Fassung der Bescheide besondere Sorgfalt zu verwenden, damit derartige irrthümliche Auffassungen über das Verfahren der Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten nicht entstehen können.

Die berufsgenossenschaftlichen Organe brauchen den Berechtigten die für die Feststellung der Entschädigung massgebenden ärztlichen Gutachten nicht vollständig, sondern nur ihrem für die Entschliessung wesentlichen Inhalte nach mitzutheilen. Bescheid des Reichs-Versicherungsamts vom 26. Oktober 1901.

Nach §. 70 Abs. 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes, welcher die Mittheilung der „rechnungsmässigen Grundlagen" der in Aussicht genommenen Entschädigung an die Berechtigten vorschreibt, sind die Berufsgenossenschaften verpflichtet, den letzteren in geeigneten Fällen die in Betracht kommenden ärztlichen Gutachten ihrem wesentlichen Inhalte nach wenigstens soweit zur Kenntniss zu bringen, als sie für die Entschliessung des Feststellungsorgans mitbestimmend waren. Die neuen Gesetze haben bewusstermassen davon abgesehen, die Ertheilung vollständiger Abschriften der Gutachten an die Verletzten

vorzuschreiben (zu vergl. Begründung des Gesetzentwurfs S. 86). Wie aus der Begründung hervorgeht, ist dies hauptsächlich deshalb geschehen, weil in vielen Fällen eine uneingeschränkte wörtliche Mittheilung des ganzen Gutachtens für den Verletzten selbst schädlich sein kann, z. B. wenn eine ungünstige Prognose über den Verlauf der Verletzung oder ein ungünstiges Urtheil über sein Gesammtbefinden und dessen Ursache darin enthalten ist.

Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des Nagelgliedes des rechten Daumens. Herabsetzung um 5 % ist zulässig. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 2. Oktober 1901.

Nach dem einwandsfreien Gutachten der praktischen Aerzte Dr. R. und Dr. K. zu Gelsenkirchen vom 8. März 1901 unterliegt es keinem Zweifel, dass sich der Zustand der rechten Hand und des rechten Armes seit der Rentenfestsetzung vom 22. September 1897 wesentlich gebessert hat. Denn die Narbe des rechten Daumenstumpfes ist jetzt fest und widerstandsfähig und trägt auch Schwielen. Vor Allem aber hat sich die Muskulatur des rechten Armes gehoben. Sie ist jetzt ebenso stark wie die des linken Armes, während sie nach dem Gutachten des Dr. R. vom 21. September 1897 noch schwächer wie die des anderen Armes war.

Der Kläger hat daher zur Zeit nur noch den Verlust des Nagelgliedes des rechten Daumens zu beklagen. Hierfür würde schon eine Rente von 10 % der Vollrente als eine ausreichende Entschädigung erscheinen. Wenn daher die Beklagte dem Kläger eine Rente von 15 % gewährt hat, so hatte das Schiedsgericht keine Veranlassung, diese noch um weitere 5 % zu erhöhen.

Kompass, 1902, Nr. 3.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen tödtlicher Krankheit (Blutvergiftung) und Unfall (linksseitiger Knöchelbruch). Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 2. Oktober 1901.

Nach dem heutigen, in dem Obergutachten dargelegten Standpunkt der medizinischen Wissenschaft kann eine äussere Verletzung als mitwirkende Ursache des Auftretens von Gelenkrheumatismus unter der Voraussetzung anerkannt werden, dass das von der Verletzung betroffene Glied auch von dem Gelenkrheumatismus zuerst befallen wird, und dass ferner nur ein kurzer zeitlicher Zwischenraum zwischen dem Unfall und dem Beginn der akuten Infektionskrankheit liegt. An diesen beiden Voraussetzungen fehlt es zweifellos im vorliegenden Falle, einmal ist der bei dem Unfall verletzte Fuss des B. von dem Gelenkrheumatismus gar nicht betroffen worden, und dann ist die letztere Krankheit erst etwa zwei Wochen nach dem Unfall in die Erscheinung getreten.

Wenn das Rekursgericht trotzdem einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 20. November 1899 und dem am 13. Dezember 1899 erfolgten Tode des Verletzten als vorhanden angenommen hat, so ist es dabei der von Prof. Dr. F. in seinem Obergutachten aufgestellten Ansicht gefolgt, dass die Krankheit, welche zum Tode des B. geführt hat, gar nicht ein akuter Gelenkrheumatismus gewesen ist, sondern vielmehr eine diesem in ihrem äusseren Verlauf sehr ähnliche Blutvergiftung. Die letztere ist in Folge Uebertritts von Eitererreger aus dem durch den Knöchelbruch hervorgerufenen Entzündungsherde in das Blut zur Entstehung gelangt und hat mit besonderer Schärfe die Gelenke angegriffen. Für die Richtigkeit dieser Ansicht spricht vornehmlich, dass erfahrungsgemäss der akute Gelenkrheumatismus, wenn er so schnell, wie hier, zum Tode führt, ein äusserst hohes Fieber und starke Herzaffektionen zu seinen Begleiterscheinungen zählt, dass diese die Krankheit kennzeichnenden Merkmale nach der von Dr. Sch.-B. in Oberhausen aufgenommenen Krankengeschichte bei dem Verletzten aber nicht vorhanden gewesen sind. Dagegen steht das dort geschilderte Krankheitsbild mit dem Verlaufe der anzunehmenden Blutvergiftung in völligem Einklang.

Unter der Annahme dieser Blutvergiftung als Todesursache gewinnt aber nach dem Obergutachten auch der Zusammenhang der tödtlichen Krankheit mit dem Unfall vom 20. November 1899 ein höheres Mass von Wahrscheinlichkeit, welches dem Rekursgericht im Hinblick auf die überzeugende Begründung des Obergutachtens zum Beweise dieses Zusammenhanges ausreichend erschienen ist.

Verlust der 2. und 3. linken Zehe bedingt keine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit in abmessbarem Grade. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 14. Oktober 1901.

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 % der Regel nach nicht zugegeben werden.

Nur um eine solche Schmälerung der Erwerbsfähigkeit kann es sich im vorliegenden Falle noch handeln. Die Rente von 10 %, deren Einstellung in Frage steht, war von vornherein ausdrücklich zur Schonung, bis sich der Kläger an den Verlust der beiden Zehen gewöhnt haben würde, gewährt worden. Die Bewilligung dieser Rente rechtfertigt sich dadurch, dass zu der in Betracht kommenden Zeit am linken Mittelfuss und in der Knöchelgegend noch Verdickungen bestanden, und dass aus der damaligen Schwäche der Muskulatur des linken Beines geschlossen werden konnte, dass die Verletzung noch zu einer Schonung des linken Beines nöthige, zumal auch die Narben an den Zehenstümpfen und der Fusssohle noch schmerzhaft waren.

Wenn die Aerztekommission, bestehend aus den Aerzten San.-Rath Dr. F., Dr. B. und Dr. H., nach der Untersuchung vom 7. November 1900 vorschlug, die Rente zur weiteren Schonung noch auf ein Vierteljahr dem Kläger zu belassen, und dieselben Aerzte am 20. Februar 1901 den Kläger als nunmehr völlig wiederhergestellt bezeichneten, weil die Fusssohle und die drei Stützpunkte des Fusses erhalten und die Gebrauchsfähigkeit des Fusses unbehindert sei, so liegt kein Grund vor, an der Richtigkeit dieser ärztlichen Würdigung des Falles zu zweifeln. Danach muss angenommen werden, dass es sich jetzt im Wesentlichen nur noch um den blossen Verlust der 3. und 4. Zehe des linken Fusses handelt, Schmerzen von irgend welcher Erheblichkeit oder eine nennenswerthe Gebrauchsbeschränkung des Fusses aber nicht mehr bestehen. Demzufolge kann den Angaben des Klägers über fortdauernde Gebrauchsbehinderung des Fusses kein Glaube beigemessen werden, weil sie durch den ärztlichen Befund widerlegt werden; die Schmerzen, wenn solche noch bestehen, können nur ganz belanglos sein.

Hiernach liegt kein Anlass vor, den Vorinstanzen entgegenzutreten, wenn sie angenommen haben, dass die Unfallfolgen im Vergleich zu der für die Festsetzung der Rente von 10 % massgebenden Zeit sich in dem Grade gebessert haben, dass jetzt die Erwerbsfähigkeit des Klägers in nennenswerthem Masse durch Folgen des Unfalls nicht mehr beschränkt ist. Kompass, 1902, Nr. 3.

Hülflosigkeit im Sinne des §. 9 Abs. 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes. Rekursentscheidungen des Reichs-Versicherungsamts vom 1. Juni 1901 (a) und 19. September 1901 (b).

a. Wollte man annehmen, dass die Rentenerhöhung gemäss §. 9 Abs. 3 a. a. O. jedem Verletzten zustehe, der auf die Unterstützung anderer Personen in gewissen Beziehungen oder zu gewissen Zeiten angewiesen ist, so würde der vom Gesetze deutlich gemachte Unterschied zwischen vollständig Erwerbsunfähigen und solchen, die sowohl erwerbsunfähig sind als auch ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen können, gänzlich beseitigt werden. Denn bei wohl Jedem, der durch einen Betriebsunfall so schwer betroffen ist, dass er völlig erwerbsunfähig wurde, wird in gewissem Umfang eine Unterstützung durch Andere erforderlich sein. Es muss deshalb angenommen werden, dass das Gesetz im §. 9 Abs. 3 nicht diese nur theilweise Unterstützung durch fremde Personen meint, sondern mit dem Ausdruck „ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann" denjenigen hohen Grad der Gebrechlichkeit und Hülflosigkeit bezeichnet, bei welchem der Verletzte fast in jeder Lage und zu jeder Zeit der fortwährenden Unterstützung einer anderen Person nicht entbehren kann.

Dieser hohe Grad der Hülflosigkeit liegt beim Kläger nicht vor. Derselbe ist noch in der Lage, sich auf den Füssen frei zu bewegen, sich Thüren zu öffnen und andere ähnliche geringfügige Verrichtungen zu versehen. Er ist

auf fremde Wartung und Pflege nicht dauernd und in jeder Beziehung, sondern nur beim An- und Auskleiden angewiesen. Wenn auch nicht streitig ist, dass er gänzlich erwerbsunfähig ist, so liegt hiernach doch kein Grund vor, ihm die Rente gemäss §. 9 Abs. 3 über die Vollrente hinaus zu erhöhen.

b. Hülflos, „dass Jemand ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann" ist nicht schon Jeder, der für gewisse einzelne Verrichtungen, wenn auch regelmässig, auf fremde Hülfe angewiesen ist, sofern sich diese Hülfeleistungen ohne beträchtliche Schwierigkeiten und Aufwendungen beschaffen lassen, sondern nur der, für dessen Pflege dauernd eine fremde Arbeitskraft ganz oder doch in erheblichem Umfang in Anspruch genommen werden muss, weil er zu den meisten Verrichtungen der gewöhnlichen Lebenshaltung aus eigener Kraft nicht mehr im Stande ist.

Tagesnachrichten.

Durch die theilweise Einführung des **Fleischschaugesetzes** und der dazu erlassenen Bekanntmachung des Bundesraths vom 18. Februar d. J. (s. Beilage zur heutigen Nummer der Zeitschrift S. 39) ist der langjährige Streit über die Zulässigkeit der Konservirung und Färbung von Fleisch endgültig beseitigt. Die technische Begründung dieser Bekanntmachung ist in der ersten Beilage des Reichsanzeigers vom 28. Februar d. J. veröffentlicht; wir werden auf diese später noch zurückkommen.

Aus dem preussischen Abgeordnetenhause. In der Sitzung vom 15. Februar d. J. brachte der Abg. San.-Rath Dr. Ruegenberg die **Behandlung der medizinischen Sachverständigen vor Gericht zur Sprache unter Bezugnahme auf den Elberfelder Militärbefreiungsprozess.** Der Oberarzt Dr. Schimmel, dem von seinem Vorgesetzten das beste Zeugniss gegeben worden, sei vom Gericht öffentlich als unfähig an den Pranger gestellt, ohne dass es ihm möglich gewesen sei, sich dagegen zu wehren. Es müsse eine Aenderung der Prozessordnung und die Frage in Erwägung gezogen werden, wie sich die Sachverständigen gegen Verunglimpfungen durch das Gericht schützen könnten, oder es müsse allgemein dafür gesorgt werden, dass Takt und Riterlichkeit auch in dem Gerichtssaal herrschten. Der Justizminister Dr. Schönstedt erwidert, dass in dem betreffenden Prozess die Gutachten der Zivilsachverständigen den Grundlagen der Anklage durchaus günstig gewesen seien und dass lediglich auf Grund ihrer Gutachten die ganze Anklage erhoben worden sei. Erst in der Hauptverhandlung sei das nunmehr ganz überraschende Resultat zum Vorschein gekommen, dass, nachdem die neu geladenen militärischen Sachverständigen vernommen seien, die Zivilsachverständigen ihr früheres Gutachten zurückgenommen und sich auf den Standpunkt der militärischen Sachverständigen gestellt hätten. Dafür könne aber nicht das Gericht verantwortlich gemacht werden, sondern das sei lediglich eine Frage, welche die medizinischen Sachverständigen unter sich auszumachen haben. Der Minister stimmt jedoch darin mit dem Vorredner vollständig überein, dass sowohl die Richter wie die Vertreter der Staatsanwalt die Pflicht haben, in der Verhandlung, in der Begründung der Anklage, bei der Vernehmung der Angeklagten wie der Zeugen, bei der Begründung des Urtheils, mit Takt, mit Rücksicht, ritterlich zu verfahren, wo es am Platze ist. Es sei jedoch immer eine ausserordentlich schwierige Sache für die Vertreter der Staatsanwaltschaft, unter allen Umständen das richtige Mass bei der Vertretung der Anklagen zu finden. In vielen Fällen sei es geboten und unvermeidlich, dass dabei Aeusserungen gethan werden, welche die angeklagten Personen verletzen und kränken, besonders wenn die Aeusserungen nachher in dem Urtheil nicht ihre Bekräftigung finden und zu Gunsten der Angeklagten freisprechende Urtheile gefällt werden. In dem vorliegenden Falle habe aber das Gericht auf Grund der Aussagen der in liberalster Weise noch geladenen Leumundzeugen dem Angeklagten in dem letzten Urtheil das Zeugniss ausgestellt, dass gegen ihn keinerlei Verdacht vorliege, dass gegen seine Zuverlässigkeit, seine Fähigkeit und seine Ehrenhaftigkeit nicht der mindeste Zweifel bestehe, dass all die Dinge, die aus dem ersten Akt des Untersuchungsverfahrens sich zu seinem Nachtheil ergeben hätten, jetzt verflogen seien. Das sei die beste Ehrenrettung, die dem Dr. Schimmel

habe zu theil werden können, und diese müsse ihm genügen und ihn darüber hinwegbringen, dass von dem Vertreter der Staatsanwaltschaft eine nach dieser Auffassung pflichtgemässe, auf seiner Ueberzeugung beruhende, aber immerhin für Dr. Schimmel verletzende Aeusserung gethan sei. Der Minister bittet schliesslich, dass die Sache auch in ärztlichen Kreisen durch das Urtheil, welches den eigentlichen Abschluss der Sache bildet, als erledigt und abgethan betrachtet werden möchte.

In der Sitzung vom 18. Februar d. J. bemängelten die Abg. Gamp und Kirsch, dass die **wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen** es wiederholt abgelehnt habe, ein von ihr abgegebenes Gutachten in in der Hauptverhandlung durch ein Mitglied zu erläutern. In der Regel werde das Gutachten einer kollegialischen Fachbehörde von einem ihrer Mitglieder abgefasst, deshalb sei es auch richtig, dieses Mitglied für die Hauptverhandlung vor Gericht zu delegiren. Da schriftliche Gutachten offen von anderen Autoritäten bekämpft werden, so komme der Richter oft in eine missliche Lage, wenn das Gutachten der wissenschaftlichen Deputation nicht ebenfalls mündlich vertreten werde. Wenn mehrere andere Sachverständige dem Gutachten widersprechen, dann werde das Gericht immer in der Lage sein, sich nach den mündlichen Aussagen zu richten.

Der Justizminister Dr. Schönstedt erklärte, dass er sich dieserhalb bereits mit dem Medizinalminister in Verbindung gesetzt und diesen gebeten habe, ihm seine Auffassung in der Frage mitzutheilen. Derselbe habe in seiner Antwort zwar die Berechtigung des Ministers zugegeben, einem Ersuchen des Gerichts um Beauftragung eines Mitgliedes der Deputation mit der Vertretung des Gutachtens in der Hauptverhandlung zu entsprechen, eine Verpflichtung hierzu aber entschieden bestritten; auch habe eine derartige Beauftragung bisher noch nie stattgefunden. Eine solche Vertretung würde die Deputation und ihre Mitglieder leicht in ein schiefes Verhältniss bringen und ihr Ansehen schädigen; ausserdem würden derartige Ansprüche an die Zeit und Kraft der Mitglieder, welche bedeutsame Lehr- und sonstige Aemter bekleiden, so erhebliche Anforderungen stellen, dass die Verwaltung Gefahr liefe, für die Besetzung der Deputation nicht mehr wie bisher die hervorragendsten Fachmänner auf ihren Gebieten zu gewinnen. Aus diesen Erwägungen müsse der Minister an dem Grundsatz, dass die Mitglieder der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen die Gutachten der letzteren nicht in der gerichtlichen Hauptverhandlung zu vertreten haben, festhalten; er würde von diesem Grundsatz nur in ganz besonders gearteten Ausnahmefällen abweichen. Diese Antwort des Medizinalministers entspreche zweifellos dem Stande unserer Gesetzgebung; denn aus der Bestimmung des §. 225 der Deutschen Strafprozessordnung könne eine Verpflichtung für kollegiale Fachbehörden, die von ihr erstatteten Gutachten in der mündlichen Verhandlung der Gerichte durch ein Mitglied vertreten zu lassen, nicht gefolgert werden. Die Wissenschaftliche Deputation würde ihre Aufgabe überhaupt nicht mehr erfüllen können, wenn von der Befugniss, ihre einzelnen Mitglieder zur Vertretung der Gutachten im Umfange der ganzen Monarchie heranzuziehen, irgendwie ein ausgedehnter Gebrauch gemacht würde. Dies sei nur möglich bei den Fachkollegien, deren Wirkungskreis sich auf einen engeren Bezirk beschränkt, z. B. bei Medizinalkollegien, die thatsächlich auch häufig Mitglieder zur Vertretung ihrer Gutachten deputiren. Bei der Wissenschaftlichen Deputation sei die Sache aber wesentlich anders; ausserdem sei gerade für die allerhöchste Medizinalbehörde doch mit der Gefahr zu rechnen, dass ihr Ansehen beeinträchtigt werden könnte, wenn der Vertreter in ein Kreuzverhör genommen würde und genöthigt werden sollte, gegenüber Gutachten anderer Sachverständiger dasjenige seines Kollegiums polemisch weiter zu vertreten.[1])

[1]) Eine solche Gefahr liegt doch nur dann vor, wenn der Vertreter der ihm gestellten Aufgabe nicht gewachsen ist; dann verdient er aber überhaupt nicht, Mitglied der allerhöchsten Medizinalbehörde zu sein. Wir halten diese Begründung daher für sehr bedenklich; dagegen muss der andere Grund, dass es den Mitgliedern der Deputation an Zeit fehlen dürfte, solchen Anforderungen stets nachzukommen, als stichhaltig anerkannt werden. Immerhin würde es unseres Erachtens in schwierigen Fällen wesentlich zur Klärung der den medizinischen Sachverständigen gestellten Fragen beitragen, wenn auch die Wissenschaftliche

Eine an den Kultusminister in der Budgetkommission bei Berathung des Kultusetats gerichtete Frage, wie weit die Verhandlungen über die **Abtrennung der Medizinalabtheilung** vom Kultusministerium und Angliederung derselben an das Ministerium des Innern gediehen seien, wurde dahin beantwortet, dass dieselben vorläufig, namentlich mit Rücksicht auf die kurze Amtsdauer des jetzigen Ministers des Innern, abgebrochen sein.

Aus dem bayerischen Landtage. Der Errichtung von 5 neuen Bezirksämtern und damit auch von 5 neuen Bezirksarztstellen (in Starnberg, Wolfratshausen [Oberbayern], Dürkheim, St. Ingbert [Pfalz] und Gemünden [Unterfranken], sowie einer dritten Bezirksarztstelle in München und einer Bezirksarztstelle bei der Kreisregierung in Oberbayern hat der Landtag zugestimmt, so dass sich die Zahl der Bezirksärzte I. Klasse auf 163 erhöht. Für medizinische Reisestipendien wurden 9000 Mark, für Veröffentlichung von Arbeiten auf dem Gebiete des Medizinaldienstes 5000 Mark bewilligt; die von einer Seite angeregte Errichtung eines Instituts für Infektionskrankheiten wurde von dem Staatsminister Frhr. v. Feilitzsch allerdings als wünschenswerth, aber nicht als dringlich bezeichnet. Die Forderung von 460 000 Mark für den Neubau einer Zentralimpfanstalt in München wurde abgelehnt, weil der von der Stadt angebotene Bauplatz zu theuer sei und die Anstalt nicht unbedingt in München errichtet zu werden brauche. Bei Gelegenheit der Berathung des Etats für Gesundheit wurde von dem sozialdemokratischen Abg. Ehrhart wiederum die Apothekenfrage angeschnitten, die Höhe der Verkaufspreise der Idealwerthe in der Arzneitaxe bemängelt und eine Reform des Apothekenwesens, insbesondere die Verstaatlichung der Apotheken verlangt, mit der Bayern selbstständig vorgehen solle. Der Staatsminister Frh. v. Feilitzsch betonte, dass die Staatsregierung mit der Vermehrung der Apotheken energisch vorgehe, dass es aber unverantwortlich sein würde, jetzt das Apothekenwesen für Bayern neu zu regeln, wo diese Regelung von dem Reichsamt des Innern bereits in die Hand genommen sei. Er wies weiterhin die sonstigen Beschwerden des Vorredners als unbegründet zurück, insbesondere diejenigen über eine zu hohe Arzneitaxe, indem er darauf hinwies, dass gerade die bayerische Taxe im Gegensatz zu fast allen übrigen die Bestimmung enthalte, wonach den Krankenkassen betreffs ihrer Arzneirechnungen ein Anspruch auf einen Abzug von 10 % zustehe.

Die **diesjährige Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** wird in den Tagen des 17.—20. September in München stattfinden, unmittelbar vor der am 22. September beginnenden Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad.

Folgende Verhandlungsgegenstände sind in Aussicht genommen: 1. Die hygienische Ueberwachung der Wasserläufe. 2. Die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in Bezug auf ihre Gesundheitsverhältnisse und die Sanirung der ländlichen Ortschaften. 3. Feuchte Wohnungen: Ursache, Einfluss auf die Gesundheit und Mittel zur Abhülfe. 4. Den Einfluss der Kurpfuscher auf Gesundheit und Leben der Bevölkerung. 5. Das Bäckergewerbe vom hygienischen Standpunkt für den Beruf und die Konsumenten.

Die vorstehenden Verhandlungsgegenstände, namentlich Nr. 1—4, sind für die Medizinalbeamten von so grossem Interesse, dass sie sicherlich die Versammlung sehr zahlreich besuchen werden und zwar um so mehr als der „Deutsche Medizinalbeamtenverein“ unmittelbar vorher an einem in Mitteldeutschland liegenden Orte tagen wird. Der Herausgeber der Zeitschrift begrüsst es mit besonderer Freude, dass der Vorstand des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege durch die Aufstellung des zweiten Verhandlungsgegenstandes auf die diesjährige Tagesordnung einem von ihm im Vorjahre geäusserten Wunsche so schnell Rechnung getragen hat.

Deputation durch ein Mitglied in der Hauptverhandlung vertreten ist. Allzu häufig wird dies nicht nöthig sein.

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

15. Jahrg. 1902.

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,
H. B. Hofbuchhandlung.
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.

Versuch einer Brunnenordnung für grössere Bezirke, insbesondere für das platte Land.

Von Baurath Wever und Kreisarzt Finger in Potsdam.

(Als Polizeiverordnung zu erlassen.)

§. 1. Neubauten von Trinkwasseranlagen dürfen nur in einer Entfernung von wenigstens 10 Meter von Viehställen, Dungstätten, Jauchegruben, Aborten und Abortgruben hergestellt werden.

Diese Entfernung kann für Röhrenbrunnen von mehr als 15 Meter Tiefe bis auf 5 Meter herabgesetzt werden.

Sinngemässe Anwendung finden diese Vorschriften bei der Neuanlage von Viehställen, Dungstättten, Jauchegruben, Aborten und Abortgruben in der Nähe von vorhandenen Trinkwasseranlagen.

§. 2. Bei Neu- oder Umbauten von Kesselbrunnen, aus welchen Trinkwasser entnommen werden soll oder entnommen wird, ist der Kessel in seinen obersten 2 Meter undurchlässig herzustellen und durch Mauerwerk, Stein oder Eisen wasserdicht abzudecken, so dass eine Verunreinigung des Brunnens von oben her durch Niederschlagswässer, Spül- oder Ablaufwässer ausgeschlossen ist.

Spül- und Ablaufwässer sind vom Brunnen mindestens 10 Meter weit fortzuleiten.

§. 3. Es ist verboten, Schmutzwässer jeder Art in einer Entfernung von weniger als 10 Meter von Trinkwasseranlagen versickern zu lassen.

§. 4. Dungstätten, Jauchegruben und Abortgruben, welche

sich in einer Entfernung von weniger als 10 Meter von Trinkwasseranlagen befinden, sind innerhalb dieser Entfernung undurchlässig herzustellen nnd zu diesem Zweck, soweit sie nicht in undurchlässigem Boden liegen, mindestens 0,25 Meter mit festgestampftem Lehm, Thon oder Zementbeton zu umgeben.

§. 5. Vor Beginn aller Neubauten von Trinkwasseranlagen, Viehställen, Dungstätten, Jauchegruben, Aborten und Abortgruben, ebenso vor Beginn aller Umbauten der in §. 2 bezeichneten Brunnen ist eine Anzeige an die Ortspolizeibehörde erforderlich.

§. 6. Die Ortspolizeibehörde hat die vorschriftsmässige Bauausführung soweit angängig zu überwachen. Die untere Verwaltungsbehörde[1]) ist befugt, Ausnahmen von den vorstehenden Bestimmungen zuzulassen.

§. 7. Zuwiderhandlungen gegen diese Polizeiverordnung werden, soweit nicht sonstige weitergehende Strafbestimmungen Platz greifen, mit einer Geldstrafe bis zu . . . . Mark bestraft. Daneben ist die Ortspolizeibehörde befugt, die Herstellung vorschriftsmässiger Zustände auf Kosten des Eigenthümers herbeizuführen.

§. 8. Diese Polizeiverordnung tritt bezüglich der Bestimmungen in §. 4 nach Ablauf von . . . Jahren, gerechnet vom Tage ihrer amtlichen Veröffentlichung, im Uebrigen mit diesem Tage in Kraft.

Begründung.

Gesetze oder Verordnungen über die Herstellung von öffentlichen uud privaten Trinkwasseranlagen sind für grössere Bezirke bisher nirgends erlassen worden[2]), obwohl das Trinkwasser zu den wichtigsten und unentbehrlichsten Nahrungs- und Genussmitteln des Menschen zählt, der Zustand der Trinkwasseranlagen besonders in den kleineren Städten und auf dem platten Lande meist ein sehr mangelhafter ist und alljährlich viele Epidemien durch die Verunreinigung des Trinkwassers entstehen.

Das Allg. Landrecht verordnet im Theil I, Tit. 8:

„§. 96. Wasserleitungen und andere Wasserbaue an öffentlichen Orten und Flüssen müssen unter Aufsicht der Landespolizei geführt werden.

§. 129. Anlagen, durch welche der schon vorhandene Brunnen des Nachbars verunreinigt oder unbrauchbar gemacht werden würde, sind unzulässig.

§. 130. Dagegen kann die Grabung eines Brunnens auf eigenem Grund und Boden, wenngleich dadurch dem Nachbar sein Wasser entzogen wird, nicht gewehrt werden, sobald der Nachbar desfalls kein besonderes Untersagungsrecht erlangt hat.

§. 131. Doch darf innerhalb dreier Werkschuhe von des Nachbars Gränze kein neuer Brunnen angelegt werden.

Auf die Wasserversorgung beziehen sich ferner die §§. 324 bis 326 und 367, Nr. 12 und 14 des Strafgesetzbuches, sowie §. 35 des Gesetzes vom 30. Juni 1900, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, welcher jedoch nur die „dem allge-

[1]) Im Sinne der Ausführungsbestimmungen zur R.-Gew.-Ordn.; Bekanntmachung des Minist. d. I. und f. H. u. G. vom 4. März 1892 (Min.-Bl. S. 115).

[2]) Eine Ausnahme bildet die Bezirks-Bau-Ordnung für den Reg.-Bez. Minden vom 24. Oktober 1900, deren Bestimmungen über den Brunnenbau mit denen der vorstehenden Polizei-Verordnung z. Th. übereinstimmen.

meinen Gebrauche" dienenden Einrichtungen für Trinkwasserversorgung betrifft.

Weitere gesetzliche Bestimmungen, betr. die Trinkwasserversorgung etc. bestehen zur Zeit nicht[1]). Nur für grössere Städte sind örtliche Vorschriften erlassen[2]), auch ist durch die meisten Baupolizeiverordnungen die Versorgung mit Wasser in ausreichender Menge vorgesehen.

Die Erkenntniss, dass das Trinkwasser vor Verunreinigung sorgfältig geschützt werden muss, fehlt bislang in weiten Kreisen der Bevölkerung, wie aus der grossen Zahl von unbedeckten, jeder Verunreinigung offen stehenden Kesselbrunnen, welche man fast aller Orten noch findet, und aus der oft nahen Nachbarschaft zwischen Brunnen und Gossen oder sonstigen Schmutzbehältern hervorgeht.

Eine Besserung dieser Zustände nicht allein auf dem Wege der Anweisung an die Behörden oder der Belehrung, wie es z. B.

---

[1]) Soeben hat in Frankreich la loi relative à la protection de la santé publique nach vorheriger Annahme durch die Deputirtenkammer die Zustimmung des Senats gefunden. Es enthält in Art. 10 sehr wichtige Bestimmungen über die Reinhaltung der Quellen und des Grundwassers (La semaine médicale, 5. Février 1902).

[2]) Bemerkenswerth ist die vom Grossen Kurfürsten erlassene „Brunnen-Ordnung beyder Residentz- und Haupt-Städte Berlin und Cölln an der Spree vom 14ten Augusti 1660", welche bezüglich der Brunnen-Beaufsichtigung auch heute noch als Muster dienen kann und deshalb auszugsweise hier wiedergegeben ist.

Articulus I. Von den Brunnen in gemein.

§. 2. Die Gassen-Brunnen seyn rein und sauber zu halten —. Solte sich aber Jemand, es sey bey Tage oder bey Nachte, unterstehen, etwas in solche Brunnen zu werffen, derselbe sol mit Gefängniss gestrafet werden.

§. 4. Solte sich auch einiger böser Mensch, wie man wol schon erfahren, unterstehen, einen Brunnen zu einer Cloacam zu gebrauchen, oder, seinen Frevel und Uppigkeit zu treiben, Aass, und dergleichen in die Brunnen zu werffen, sol derselbe, wenn er dessen, wie recht, überwiesen, wegen solcher Bosheit an den Pranger gestellet, den Brunnen auf seine Unkosten wieder reinigen und ausziehen lassen, auch wol dem Befinden und Umbständen nach dieser beyden Städte und derselbigen Freyheiten gäntzlichen verwiesen werden.

§. 5. Es sol auch keiner nahe an den Brunnen unflätig Wasser ausgiessen, oder daselbsten Mist und andere Unsaubrigkeiten hinschütten lassen, damit sich dasselbige nicht in die Brunnen ziehen und dadurch das Wasser faul und stinkend werden möge: Würde Jemand darüber betroffen, sol er von dem Rath der Stadt, da er wohnet desshalb, andern zum Abscheu, exemplarisch abgestraffet werden.

Articulus II. Von den Brunn-Herren, und deren Ampte.

§. 1. Zu einem jeden Brunnen sollen von dem Rath zween Brun-Herrn, welche conjunctim ihre Ampt versehen, verordnet werden.

§. 3. Die Brunherren sollen — allemahl dahin sehen, dass so offte es Noth um dieselbe Zeit, wann das Wasser am kleinsten ist, ein jeglicher Brunnen gereinigt, und bey gutem Wasser erhalten werde.

§. 4. Es sollen auch die Brunnenherren — zum öftern die Brunnen besehen, und in guten effe halten, auch, da sie daran etwas schad- oder mangelhafftiges finden, solches sofort und ohne Verlierung einiger Zeit repariren und anfertigen. —

§. 8. Wann an einem Brunnen etwas gebauet werden muss, sollen die Brunnenherren solches den Bauherren des Rahts vorhero zeigen, auch wann sie an den Brunnen etwas reficiren oder anfertigen lassen, ihnen die Zettul zur belege unterschreiben lassen.

in dem Reg.-Bez. Posen (Verfügung vom 31. März 1891), in Mecklenburg-Schwerin (Rundschreiben des Ministers vom 24. Juli 1893), in den Reg.-Bezirken Marienwerder (Verf. vom 28. Februar 1895), Köslin (Verf. vom 28. Dezember 1896) und Stralsund (Verf. 9. vom Februar 1898) geschehen ist, sondern auch auf dem Wege der Verordnung anzubahnen, erscheint bei der grossen Bedeutung der Trinkwasserversorgung für die Volksgesundheit eines Versuches wohl werth.

Wie die Erfahrung lehrt, wird die gesundheitsschädliche Beschaffenheit des Trinkwassers in der Regel dadurch bedingt, dass Krankheitserreger aus menschlichen oder thierischen Auswurfstoffen, oder aus Abfällen des menschlichen Haushalts in dasselbe hineingelangen. Es kommt deshalb darauf an, die Trinkwasseranlagen gegen jegliche Verunreinigung von oben, von der Seite, oder von unter her zu schützen. Das geschieht einerseits durch eine wasserdichte Konstruktion und gute Eindeckung der Trinkwasseranlagen, anderseits durch eine angemessene Entfernung derselben von Schmutzbehältern aller Art.

Diese beiden Grundsätze sind bei der vorstehenden Brunnenordnung massgebend gewesen. Einen Vorläufer besitzt dieselbe in der in ihrer Art einzigen Brunnenordnung, welche von Schröder und Rapmund ausgearbeitet und im Jahre 1896 vom Preussischen Medizinalbeamtenverein nach eingehender Vorberathung in den Bezirksvereinen einstimmig angenommen wurde [1]). Diese Brunnenordnung ist jedoch für grössere Bezirke, insbesondere das platte Land, nicht durchführbar, weil sie sämmtliche vom hygienischen Standpunkt aus zulässigen Trinkwasseranlagen berücksichtigt und dadurch zu ausführlich ist, weil sie ferner die Bauerlaubniss von zu vielen für den Bauern und Käthner unerfüllbaren Bedingungen abhängig macht, auch eine zu weitgehende Einwirkung von Polizei Gemeindeverwaltung und Medizinalbeamten erfordert und schliesslich mit alten Gewohnheiten zu plötzlich bricht.

Die vorstehende Brunnenordnung versucht diesen Hindernissen auszuweichen. Sie ist möglichst kurz, erstreckt sich lediglich auf Trinkwasseranlagen und fordert nur das durchaus Nothwendige und auch dieses nicht auf einmal, sondern allmählig, um den unvermeidlichen Eingriff in alte, von den Vorfahren überkommene Gewohnheiten, an welchen besonders der Landmann sehr festhält, möglichst zu mildern. Sie sieht auch aus diesem Grunde Ausnahmebestimmungen vor, von denen je nach den örtlichen Verhältnissen Gebrauch gemacht werden kann. Unentbehrlich war es, ganz bestimmte, in Zahlen ausgedrückte Vorschriften zu geben, welche zwar nicht anders als willkürliche sein konnten, aber den Forderungen der Wissenschaft und des praktischen Lebens im Allgemeinen entsprechen dürften [2]). Etwaigen weitergehenden

[1]) Sonder-Abdruck aus dem Bericht über die XIII. Hauptversammlung des Preuss. Medizinalbeamtenvereins am 15. u. 16. September 1896.

[2]) Die gleichen Bestimmungen finden sich z. Th. auch in den erwähnten Regierungsbezirks-Verfügungen, sowie in den Vorschriften der Italienischen Regierung für den Erlass örtlicher Bestimmungen über Boden- und Ortschaftshygiene vom 20. Juni 1896.

Baupolizeiverordnungen wird der Entwurf entsprechend angepasst werden müssen.

Wenn es gelingt, mit der Verbesserung der Trinkwasserversorgung in grösseren Bezirken, insbesondere auf dem platten Lande erst einmal den Anfang zu machen, so ist Viel gewonnen. Späteren Geschlechtern muss es vorbehalten bleiben, grössere Anforderungen zu stellen, und u. A. eine dauernde Ueberwachung und regelmässige periodische Reinigung und Ausbesserung aller Trinkwasseranlagen, sowie die Führung von Brunnen-Katastern durchzusetzen.

Selbstmord durch Schwefeldunst. Erstickung oder Vergiftung?

Von Kreisphysikus Dr. Oehmke in Ballenstedt.

Am 19. Juli 1901 wurde ich vom Amtsgericht in Ballenstedt zur Besichtigung einer Leiche aufgefordert. Es handelte sich um einen 64 Jahre alten Mann, der sich wegen andauernder Krankheit (Asthma) das Leben genommen hatte. Bei Oeffnung der Thüre zum Schlafzimmer des Verstorbenen fiel sofort starker Geruch nach verbranntem Schwefel auf. Vor dem Bett auf einem Nachtstuhl befand sich ein Becken mit schwarzer Asche gefüllt, das Fenster war geschlossen; die Leiche lag auf erhöhtem Kissen mit nach hinten herabhängendem Kopfe, der Mund stand offen, am rechten Mundwinkel befanden sich Spuren von angetrocknetem Schleim, die Augen waren halbgeschlossen. Die linke Hand hatte ein Stück Bettlaken erfasst, in der rechten Hand befanden sich Schwefelpartikel. Es bestand Todtenstarre, Todtenflecke waren in grosser Ausdehnung sichtbar, Hemd und Genitalgegend von Urin nass.

Am 21. Juli fand die gerichtliche Sektion statt. Aus dem Sektionsprotokoll erwähne ich folgende, für diesen Fall wichtige Punkte:

Allgemeine Farbe: grünlich. Hellrosarothe Flecke an den Knieen und Unterschenkeln. Rücken dunkelgrün. Vom Rücken und Hodensack löst sich die Haut in Fetzen ab. Decubitus (in Folge langer Krankheit). Keine Todtenstarre mehr, nur die linke Hand ist noch fest geballt. Farbe des Gehirns: schmutzig grüngrau; Gehirnhäute und Gehirn blutreich. Kleinhirn ebenfalls blutreich. Lungen stark ausgedehnt und blutreich.; grosse Verwachsungen des Brustfells. Herz leer. Kehlkopfschleimhaut schwarzgrün. Milz fast schwarz. Im Blut der Nieren sieht man kleinste Fetttröpfchen.

Es wurde eine Blutprobe von dem im Brustraume zusammengeflossenen dunklen Blute entnommen zum Zweck der spektroskopischen Untersuchung (Prof. Dr. Heyer); das Ergebniss derselben lautete:

„Das Blut war noch flüssig, von schmutzig braunrother, in dünner Schicht beinahe brauner Farbe, von unangenehmem Geruch und zeigte beim Oeffnen des Fläschchens Gasentwicklung. Die mikroskopische Prüfung des Blutes ergab darin die Blutkörperchen in unveränderter Form, aber von wesentlich blasser Farbe[1]).

---

[1]) cf. Eulenberg: Die Lehre von den schädlichen und giftigen Gasen, 1865, S. 229: „Wenn derselbe — Foureroy — aber das Blut braungefärbt und die Blutkügelchen unverändert angetroffen hat, so muss ich dieser Beob-

Bei der spektroskopischen Untersuchung des im Verhältniss von 1 : 50 Wasser verdünnten Blutes zeigten sich nicht die beiden dunklen, durch einen hellen Zwischenraum getrennten Absorptionsbänder des Oxyhämoglobins, sondern an deren Stelle und auf beiden Seiten weit darüber hinausgehend ein die ganze Fläche, zwischen den Linien 45—85, einnehmendes, breites, verwaschenes Band. Auch Bider (Dragendorff, die gerichtlich-chemische Ermittlung von Giften, 1895, S. 65) hat bei spektroskopischer Untersuchung von schweflige Säure enthaltendem Blut Schwinden des Oxyh. spectr., Auftreten eines verwaschenen Bandes an seiner Stelle und eines zweiten Bandes in Roth beobachtet. Das von Bider erwähnte Band in Roth konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, doch war das gesammte Roth des Spektrums dunkler.

Thierblut (Schweine- und Rindsblut), welches im Laboratorium mit wässrigen Lösungen von schwefliger Säure versetzt wurde, ergab bei geeigneter Verdünnung ganz das gleiche Bild bei spektroskopischer Untersuchung wie das eingesandte Blut; es lässt sich daraus schliessen, dass dieses Blut thatsächlich mit schwefliger Säure imprägnirt gewesen ist.

Durch vergleichende Versuche unter wechselndem Zusatz von schwefliger Säure liess sich feststellen, dass das zur Untersuchung eingesandte Blut etwa 0,32 gr Säure auf 100 Kubikzentimeter Blut enthalten hat.“

Es handelte sich im vorliegenden Falle um einen an Athemnoth schwer leidenden Manne, der sich das Leben nehmen wollte und dazu die sehr merkwürdige Todesart der Vergiftung oder Erstickung durch Schwefeldunst wählte. Er hatte sich aus der Apotheke für 25 Pfennige Schwefel holen lassen, um denselben angeblich in seine Strümpfe zu streuen, da ihm dies kürzlich als gutes Mittel gegen sein altes Leiden empfohlen worden war. Als er sich Abends zu Bett begab, liess er Fenster und Thüren schliessen, weil es ihm angeblich zu kalt war. Seiner Umgebung fiel dabei nichts auf, erst am nächsten Vormittag, als der alte Mann nicht zum Vorschein kam, fand man ihn entseelt vor.

Das Gericht wollte die Fragen beantwortet haben: Vergiftung oder Erstickung durch Schwefeldunst? Mord oder Selbstmord? Ich war nicht im Stande, bei der Besichtigung der Leiche zu bestimmen, ob Erstickung oder Vergiftung vorlag. In der schlecht beleuchteten Schlafkammer sah ich die rosenrothen Flecke in der Gegend der Kniee überhaupt nicht, sondern bemerkte dieselben erst bei der Sektion in der gut beleuchteten Leichenhalle. Ein Mord liess sich mit ziemlicher Sicherheit ausschliessen. Nach der Sektion sprachen für Vergiftung durch Einathmen von schwefliger Säure die grüne Farbe der Leiche, die grüne Farbe des Gehirns und die hellrothen Todtenflecke an den Knieen und Unterschenkeln, wie sie bei Kohlenoxydvergiftungen beobachtet werden; für längere Einwirkung durch Rauch von verbranntem Schwefel sprach die schwarzgrüne Kehlkopfschleimhaut. Ich erklärte schliesslich, dass es doch ganz gleichgültig sei, ob der Mann an Vergiftung oder Erstickung durch Schwefeldunst gestorben wäre, oder ob beide Todesursachen gleichzeitig in Betracht kämen; es könne sich für das Gericht doch nur um die Frage handeln, ob Selbstmord oder Mord vorliege. Diese Frage lasse sich aber mit absoluter Sicherheit dahin beantworten, dass es sich nur um Selbstmord handeln könne; ein Mord durch Schwefeldunst sei auszuschliessen,

---

achtung zustimmen, da die schweflige Säure die Form der Blutkügelchen nicht tangirt. Die Farbe des Blutes ist eine charakteristisch schmutzig braunrothe.“

da sich jeder Mensch gegen gewaltsame Beibringung von Schwefeldunst wehren würde. Auch die Lage der Leiche sprach dagegen, desgleichen deutete das feste Umklammern eines Bettstückes mit der linken Hand darauf hin, dass der Verstorbene gleichsam alle Kraft zusammengenommen hatte, um die Widerwärtigkeit dieser Todesart zu überwinden.

In der gerichtlichen Medizin von Strassmann heisst es S. 440:

Die irrespirablen Gase und Dämpfe (schweflige Säure etc.), die sämmtlich bei schon geringer Konzentration (1 : 1000 und darunter) heftige Reizerscheinungen der Schleimhäute verursachen und bei längerer Dauer der Entwicklung oder bei stärkerer Konzentration durch Stimmritzenkrampf, Lungenödem oder akute pneumonische Prozesse tödten, kommen in der gerichtsärztlichen Praxis so selten in Betracht, dass wir ihre genauere Besprechung der Toxikologie und der Gewerbehygiene überlassen können.

Maschka erwähnt keinen ähnlichen Fall. In der mir sonst zugänglichen Litteratur konnte ich mich nur darüber informiren, was über Vergiftungen durch Schwefelwasserstoffgas, Kloakengas von Maschka erwähnt wird und was auch für diesen Fall zutraf:

„Milz schwarz; besonders auffallend aber ist die Verfärbung des Gehirns in beiden Substanzen, namentlich in der Rinde, dasselbe erscheint schmutzig grau, graugrün, hat also das Aussehen, das es sonst bei sehr fortgeschrittener Verwesung darbietet. Diese Färbung findet sich aber zu einer Zeit, wo von Fäulniss des Organs keine Rede sein kann und ist nur bedingt durch die Farbenveränderung des Blutes.“

Das Sektionsprotokoll enthält im vorliegenden Falle die Bemerkung: „die Farbe des Gehirns ist schmutzig grüngrau.“

Ich fasse den Fall jetzt so auf, dass die Vergiftung eher den Tod herbeiführte als die Erstickung. Als Beweis dafür sehe ich an: den spektroskopischen Befund, die hellrothen Todtenflecke (wie bei Kohlenoxydvergiftung), die grüne Farbe der Haut im Allgemeinen und die grüne Farbe des Gehirns.

Vielleicht regt dieser Fall zu anderen Veröffentlichungen an. Ich halte es nicht für ausgeschlossen, dass ähnliche Fälle bei der so überaus häufigen Verwendung des Schwefels zur Beobachtung gelangt sind.

Beitrag zur Beurtheilung der Leistungsfähigkeit der Wassermann-Schütze-Uhlenhuth'schen Serumprobe auf Menschenblut.

Von Gerichtsarzt Dr. Schwabe in Hannover.

Die Erkennung einer Blutlösung als die von Menschenblut durch Behandlung mit einem von mit Menschenblutserum bezw. menschlichem, defibrinirtem Blut vorbehandelten Thieren stammenden Serum ist von so eminenter Bedeutung, dass jedes positive Ergebniss dieser ca. fünf Vierteljahre alten Menschenblutprobe Mittheilung verdient; denn Renbold sagt mit Recht:

„Wenn eine forschende Wissenschaft der Hypothese bedarf, um — selbst auf die Gefahr hin zu irren — einen Pfad in die Fülle der vor ihr liegenden Erscheinungen zu suchen, so ist die gerichtlich-medizinische nicht in der gleichen Lage; sie darf den sicheren Boden klargelegter Thatsachen nicht ver-

gessen, darf Lehrsätze in ihren Begutachtungen nicht anwenden, welchen ökumenische Gültigkeit noch abgeht, wenn sie nicht die Autorität in foro wieder einbüssen will, welche ihr — Dank der Zurückhaltung und strengen Methode in ihren Arbeiten — zur Zeit, und namentlich bei uns, gern zugestanden wird."

Der Fall, welcher die Feststellung von Menschenblut nothwendig machte, war kurz folgender:

Ein Knecht hatte ein junges Mädchen auf freiem Felde, nur gedeckt durch einzelne Baumgruppen und eine Hirtenschutzhütte todtgeschlagen, als sein Vorhaben, die Unglückliche zu vergewaltigen, nicht gelungen war. Die ganzen Umstände der grausigen That sprachen so gravirend für die Schluld des besagten Knechtes, dass derselbe ein theilweises Geständniss abzulegen sich bequemte. Er behauptete aber unerschütterlich, er hätte das Mädchen durch Schläge mit einer Holzpantine nur betäuben wollen, um es gegen seinen Willen zu gebrauchen; es zu tödten, habe er nicht beabsichtigt. Die Sektion ergab einmal eine so eigenartige Zerfetzung der Kopfhaut, gleichsam, als habe man mit einem halbstumpfen, hakenartigen Gegenstand die Kopfschwarte wahl- und planlos zerrissen, sodann eine so typisch ausgeprägte Zertrümmerung des Schädeldaches in der Längsrichtung in drei vom Hinterhaupt zur Stirn ziehen Hauptspalten, dass als Mordinstrument ein Holzpantoffel nicht in Frage kommen konnte. Der Knecht blieb auf wiederholten und energischen Vorhalt bei seiner Behauptung stehen, er hätte sich lediglich der Pantine bedient. Eine nochmalige Untersuchung des Thatortes förderte aus einer etliche Schritte von letzterem liegenden Bodenvertiefung einen ca. 2 m langen, biegsamen Ellernschössling zu Tage, welcher an der stärksten Stelle ca. 7 cm im Durchmesser mass und sich an seiner gabligen Spitze bis zu ca. 1,5 cm verjüngte; 10 bezw. 14 cm von dem stärkeren, schräg zugehauenen Ende befanden sich je ein 5 bezw. 4 cm langer, unregelmässig spitziger Astknorren von 1,5 bezw. 1 cm grösster Breite. An beiden Knorren klebten minimale Partien einer blutähnlichen Masse. Wie sich später herausgestellt hat, sind bei der Wucht des Schlages die mehr mit Blut getränkten Splitter der Astknorren herausgefallen und bis auf einen verloren gegangen. Dieser Ellernstamm mit seinen spitzigen Hervorragungen passte dermassen zu dem Bilde der eigenthümlichen Zerfetzung der Kopfhaut einerseits und der Längspaltung des Schädeldachs anderseits, dass es nur noch der Feststellung von Menschenblut an den beschriebenen Astknorren bedurfte, um den hartnäckig Leugnenden zu überführen. Hatte er in der That mit diesem Ellernstamm das Opfer erschlagen, dann konnte von einer reinen Affekthandlung und von einer über das Ziel hinausschiessenden Betäubung nicht mehr die Rede sein, der Thäter musste vielmehr mit Vorsatz gehandelt haben; die ganze Beurtheilung des Dramas und Aburtheilung verschob sich damit sehr zu seinem Ungunsten.

Die Differentialdiagnose des Gerichtsarztes zwischen Menschenblut und Thierblut entschied also zwischen Tod und Leben, zum allermindesten zwischen einer bedeutend niedrigeren oder höheren Freiheitsstrafe.

Zwei von den beiden Astknorren losgelöste rothbraune

Schüppchen ergaben einen so eindeutigen positiven Ausfall der Guajakprobe und die typischen flohbraunen rhombischen Tafeln der Teichmann'schen Häminkrystalle, dass die Diagnose Blut gesichert war. Als aber bei einem dritten isolirten, feinen Schüppchen die Spezies, von der das Blut stammte, bestimmt werden sollte, da gelang wohl noch die Isolirung von Formelementen, aber die Grössenbestimmung der rothen Blutkörperchen — selbst durch das Okular-Schraubenmikrometer — lieferte bei ihrer mehr pflastersteinartigen Gestalt so wenig sichere Massresultate, dass ich auf Grund dieses niemals die schwerwiegende Diagnose: Menschenblut, zu stellen gewagt hätte. Haare, welche eventuell zur Sicherung oder Ergänzung der Blutherkunft hätten dienen können, hatten sich an den Astvorsprüngen des Ellernstammes nicht finden lassen. Es wurde deshalb, nachdem die röthlich gefärbten Astsplitter zum Theil in physiologischer Kochsalzlösung, zum Theil in der von Ziemke empfohlenen 0,1 %tigen Sodalösung ausgelaugt worden war, zur Serumprobe geschritten. Die Sodalösung schien mir schneller und intensiver diese Auslaugung zu bewirken, als die 0,75 %tige Kochsalzlösung. Die so erhaltenen schwach röthlich gefärbten Blutlösungen wurden mittlest Filtriren durch Glaswolle von Holz- und Schmutztheilchen befreit und erschienen in den Reagenzgläsern von 2 cm lichter Weite vollkommen klar. Zur Kontrolle wurden noch je ein Reagenzglas von gleicher Dimension mit der gleich nuancirten Blutlösung von Rinder-, Hasen- und Schweineblut, welches vorher der Belichtung und Feuchtigkeit ausgesetzt worden war, gefüllt und daneben gestellt. Den fünf Blutlösungen wurde im Verhältniss von 1 : 10 bei Stubentemperatur von 19° C. das spezifische Kaninchenblut-Serum zugefügt, welches mir in liebenswürdigster Weise von Herrn Prof. Dr. Wassermann zur Verfügung gestellt worden war. Nach zwei Stunden und 10 Minuten begann sich in dem aus den Holzsplittern gewonnenen Blutlösungen eine leichte Trübung zu entwickeln, welche nach weiteren 55 Minuten deutlich ausgeprägt, nach 3 Stunden 20 Minuten ihr Maximum erreicht hatte und noch einen vollen Tag ganz unverändert blieb. Dann begannen unter Ausscheidung eines geringen flockigen Niederschlages die beiden Lösungen sich immer mehr aufzuhellen, behielten aber schliesslich dauernd eine leichte Opalescenz. Die Rinder-, Schweine- und Hasenblutlösung dagegen blieben absolut klar, ohne die geringste wahrnehmbare Veränderung.

Als dem Thäter auf Grund dieses Ergebnisses auf den Kopf zugesagt wurde, er habe das Mädchen mit dem in der Nähe des Thatortes aufgefundenen Ellernstamm erschlagen, räumte er die Thatsache anstandslos ein. Er erzählte, er habe seinem Opfer zunächst mit der Holzpantine nur je einen Schlag auf die Stirn gegeben. Das Mädchen sei nur unvollständig betäubt worden und habe ihm gedroht, seiner Mutter Alles zu erzählen. Da habe er erwogen, dass, wenn er das Mädchen nun laufen liesse, ihm unter allen Umständen schwere Bestrafung bevorstände — es hatte sich erst kurz vorher in demselben Dorf ein Nothzuchtsverbrechen ab-

gespielt —, schlüge er es aber todt, so könne der Verdacht sich auf einen Anderen lenken und er straffrei bleiben. Nun habe er sich den fraglichen Ellernstamm, der etwa 20 Schritte abseits gelegen habe, herangeholt und das Mädchen durch einige wuchtige Schläge mit dem dicken Ende des Stammes getödtet.

Unsere Voraussetzung war also die richtige gewesen, der der positive Ausfall der Serum-Blutprobe aber hatte erst das letzte und richtigste Glied in die Beweiskette eingefügt.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Versammlung der Medizinalbeamten des Reg-Bez. Posen vom 7. Dezember 1901.

Auf den 7. Dezember v. J. hatte der Vorsitzende eine Versammlung des Vereins nach dem Hörsaale der neuen Provinzial-Hebammen-Lehranstalt zu Posen (früher Jersitz) einberufen. Es waren erschienen als Gäste die Herren Landeshauptmann von Dziembowski und Oberregierungsrath Heinrichs, 4 Mitglieder des Medizinalkollegii, 25 Kreisärzte, 1 Kreisassistenzarzt, 1 Anstaltsdirektor und 7 für das kreisärztliche Amt geprüfte Kollegen: Alles in Allem also eine sehr stattliche Versammlung. Nach einleitenden Worten des Vorsitzenden, Reg.- und Med.-Rath Dr. Schmidt, nahm der Herr Landeshauptmann das Wort zu einer warmen Begrüssung der Versammlung, indem er darauf hinwies, dass die eben erst fertig gestellte und am 1. Oktober 1901 ihrer Bestimmung übergebene Hebammenlehranstalt ein wichtiges Glied in der Reihe der humanitären und wissenschaftlichen Anstalten sei, welche die Provinzialverwaltung hergestellt habe. Sie habe dabei die neuesten Erfahrungen der Hygiene benutzen können und sei von zuverlässigen Sachverständigen in dankenswerther Weise berathen worden. Er lud die Anwesenden zu häufigem Besuche der Anstalt ein und ersuchte sie um möglichst ausgiebige Ueberweisung geburtshülflicher und gynäkologischer Fälle. Alsdann wurde die Anstalt unter Führung ihres Direktors, Medizinalrath Dr. Toporski, eingehend besichtigt.

Das neue Anstaltsgebäude besteht aus einem Kellergeschoss, einem Erdgeschoss und zwei Obergeschossen.

Im Kellergeschoss ist die Anstaltsküche, sowie die Kesselanlage für die Zentralheizung und die Warmwasserleitung angeordnet. Ausserdem befinden sich hier ein Schlafsaal für Schwangere (10 Betten), Vorrathsräume für Lebensmittel und Heizmaterialien, sowie die Wohnung des Heizers und des Hausdieners.

Im Erdgeschoss befinden sich die Wohnungen des Anstaltssekretärs, der Oberhebamme und des Pförtners, die Bureaux, das Warte- und Konsultationszimmer für die gynäkologische Poliklinik, ein Theil der Schlafräume, sowie der Speisesaal für die Schülerinnen und die Isolirstation für septisch Kranke.

Im ersten Obergeschoss ist die gynäkologische Abtheilung untergebracht mit 2 Krankensälen 3. Klasse (12 Betten), 2 Krankenzimmern 2. Klasse (8 Betten) und 5 Krankenzimmern 1. Klasse (je 1 Bett). Im Mittelbau befinden sich die Operationssäle, ein Raum zum Sterilisiren von Verbandstoffen und die Wohnung des Stationsarztes. Ferner dient eine Reihe von Räumen dieses Stockwerkes den Schülerinnen als Schlaf- und als Arbeitszimmer (selbstredend getrennt).

Im zweiten Obergeschoss befindet sich die geburtshülfliche Abtheilung mit 4 Sälen 3. Klasse für 24 Wöchnerinnen, 2 Zimmern 2. Klasse (je 5 Betten) und 2 Zimmer 1. Klasse (je 1 Bett), dem Gebärsaal (5 Betten), einem Zimmer für geburtshülfliche Operationen und der Wohnung der zweiten Hebamme. Im Mittelbau liegt der Lehrsaal und die Wohnung des Stationsarztes.

In einem, das Anstalts- mit dem Direktorialgebäude verbindenden Bau sind das Kasino der Aerzte, ein Mikroskopirzimmer, ein bakteriologisches Laboratorium und die Wohnung des Volontärarztes (geburtshülfliche Poliklinik) untergebracht. Im Hofe, der von ausgedehnten Parkanlagen umgeben ist, befindet sich das Waschhaus, der Eiskeller und die Leichenhalle nebst Sezirraum.

Die Anstalt kann zu jedem Lehrkursus 40 Hebammenschülerinnen auf-

nehmen. In den Sommermonaten werden je 2 Kurse zu 8 Wochen zur Ausbildung von Wochenpflegerinnen abgehalten werden (Honorar und Pension 66 M.). Gebärende werden das ganze Jahr hindurch ohne vorherige Anmeldung, und zwar in die 3. Klasse unentgeltlich aufgenommen. Der Tagessatz auf der geburtshülflichen Abtheilung für die 2. Klasse beträgt 8, für die 1. Klasse 12 Mark. Für die gynäkologische Abtheilung betragen die Tagessätze 3, 7 und 10 Mark. Ausserdem verfügt diese Abtheilung über 5 Freibetten, welche der Herr Landeshauptmann zu vergeben hat. Später sollen auch regelmässige Wiederholungskurse für bereits im Berufe befindliche Hebammen abgehalten werden.

Die Wohnung des Direktors befindet sich in einem pavillonartigen Gebäude.

Nach eingehender Besichtigung der Anstalt legte der Vorsitzende der in den Lehrsaal zurückgekehrten Versammlung eine Anzahl interessanter, ärztlicher Instrumente vor, welche aus den Ausgrabungen von Pompeji stammen und im Besitz eines Sammlers sich befinden. Es ist sehr interessant, dass manche dieser Geräthe bereits die Grundformen für unsere heutigen Instrumente unverkennbar zeigen.

Darauf demonstrirte Kollege Schröder (damals noch in Wollstein, jetzt in Kattowitz) eine sog. Diktirmaschine, bestehend aus einem Phonographen nebst grossen und kleinen Walzen. Der Vortragende zeigte, wie die Walzen mit Gutachten, Attesten und Verhandlungen beschickt werden und wie sein Sekretär das auf die Walzen Fixirte nach dem Diktat des Phonographen zu Papier bringt. Am Apparat sind Hemmungen angebracht so, dass die Drehung der Walzen in jedem gegebenen Augenblicke, z. B. beim Umdrehen des Blattes, unterbrochen werden kann. Sind Vervielfältigungen des Schriftstückes erforderlich, so bedient sich Kollege Schröder des bekannten Schapirographen. Der grosse Vortheil der Diktirmaschine besteht darin, dass, wenn die Walzen beschickt sind, der Sekretär auch in Abwesenheit des Kreisarztes seine Arbeit verrichten kann, dieser also in seinen Dienstreisen nicht behindert ist. Der als Graphophon bezeichnete Apparat wird für etwa 270 Mark von der Columbia-Phonograph-Compagnie, Newyork und Berlin, hergestellt. Im Anschluss an die interessante Demonstration sprach der Vorsitzende den Wunsch aus, dass die Bureau-Entschädigung für die Kreisärzte bald so hoch bemessen werden, dass sich jeder Liebhaber eine solche Vorrichtung anschaffen könne.

Alsdann besprach der Direktor des hygienischen Instituts, Professor Dr. Wernicke, mehrere, praktisch wichtige Fragen der Bakteriologie:

1. Den jetzigen Stand der Frage von der **Unschädlichmachung der Tuberkelbazillen.** Die Tuberkelbazillen sind ausserordentlich widerstandsfähig gegen Chemikalien, aber auch gegen physikalische Einflüsse, sogar gegen die Siedehitze, wie schon Koch nachgewiesen hat. Schill und Fischer haben nach zahlreichen Versuchen die Anwendung von 5 proz. Karbolsäure empfohlen, später 10 proz. Lysollösung oder auch die $^1/_2$ stündige Anwendung der Siedehitze, verwarfen dagegen selbst 2‰ Sublimat. Doch bei dem langen Kochen entsteht ein sehr erheblicher Glasbruch der benutzten Gefässe. Auch der von Rubner empfohlene strömende Dampf ist sehr umständlich. Die Widerstandsfähigkeit der Tuberkelbazillen geht auch aus den Versuchen von Musehold und Moeller hervor, welche in Rieseljauche noch nach 197 Tagen virulente Tuberkelbazillen fanden. Da die Koch-Cornet-Flügge'schen Inhalations- und Verstäubungsversuche die Nothwendigkeit erwiesen haben, keine lebenden Tuberkelbazillen in's Freie gelangen zu lassen, so sind neuerdings im Flügge'schen Laboratorium wieder Versuche mit chemischen Mitteln gemacht worden, und es hat sich herausgestellt, dass alle unsicher wirken und deshalb unbrauchbar sind, bis auf Sublimat; Formalin tödtet selbst in 10 proz. Lösung die Tuberkelbazillen nicht, auch nicht das ebenso unangenehm riechende Jodtrichlorid. Dagegen ist die 5—6 stündige Einwirkung einer 1‰ Sublimatlösung vollständig wirksam. Da letztere aber wegen ihrer grossen Giftigkeit Bedenken erregt, ist Flügge wieder auf den Spengler'schen Vorschlag zurückgekommen, die Sputa zu verbrennen. Spengler liess die Sputa mittelst Torfmulls oder Holzwolle aufsaugen. Auf Veranlassung Flügge's stellt die Breslauer Firma Fingerhut zu sehr billigen Preisen verbrennbare Speinäpfe aus Papiermaché her. Ausserdem wird jetzt das früher so verpönte Hineinspeien in Taschentücher den Tuberkulösen wieder gestattet, hierzu aber

ein sehr billiges, verbrennbares Speituch aus japanischem Papier empfohlen. Es ist nur fraglich, ob überall Vorsorge dafür getroffen werden kann, dass die so verunreinigten, mit virulenten Tuberkelbazillen imprägnirten Stoffe sofort verbrannt werden.

2. Die von Wassermann und Schütze auf Grund der Bordet'schen Forschungen angestellten Versuche, die Erscheinung der Haemolysie, Agglutine und Praecipitine für forensische Zwecke praktisch zu verwerthen. Wassermann und Schütze nahmen an Kaninchen 5—6 subkutane Injektionen von je 10 ccm zellenfreiem menschlichen Blutserum vor. Ungefähr 6 Tage nach der letzten Einspritzung wurden die Kaninchen, welche diese Vorbehandlung gut vertragen hatten, entblutet und das Blut zur Abscheidung des Serums auf Eis gestellt. Bringt man nun dieses so präparirte Kaninchenblutserum mit dem lackfarben gemachten Blute der verschiedensten Hausthiere (W. und S. haben auf diese Weise das Blut von 23 verschiedenen Säugethieren, Vögeln und Fischen untersucht) zusammen, so entsteht nichts Auffallendes. Hat man aber mit physiologischer Kochsalzlösung lackfarben gemachtes Menschenblut hinzugesetzt, so entsteht sofort eine Trübung Da selbst vollständig angetrocknetes, durch monatelang in Leinwand, Wolle u. s. w. eingesogenes Menschenblut dieselbe spezifische Wirkung hat, da also eine Trübung durch Fällung von Eiweissstoffen nur in denjenigen Serumproben eintritt, welche mit Blut derselben Thierart vorbehandelt worden sind, so ist dadurch ein Mittel gegeben, das Blut der verschiedenen Thierarten, und zwar auch nach Zerstörung ihrer Formbestandtheile, zu diagnostiziren. Auch auf die anderen eiweisshaltigen Substanzen, z. B. die Milch der Frau und der verschiedenen Thierarten, ist diese differentialdiagnostische Methode verwerthbar; es wird Aufgabe der Zukunft sein, sie für forensische Zwecke nutzbar zu machen.

3. **Die Agglutination der Tuberkelbazillen und ihre praktische Verwerthung.**

Diese Zeitschrift hat in Nr. 24 des Jahrgangs 1901, S. 814 ein ausführliches Referat des Herrn Herausgebers über den von Koch den Heilstätten-Chefärzten gehaltenen Vortrag gebracht. Es erscheint deshalb überflüssig, auf die Angelegenheit noch des Weiteren einzugehen.

Alsdann besprach Kreisarzt Dr. Brinkmann (früher Neutomischel, jetzt Wollstein) die Schulbesichtigungen durch die Kreisärzte. Er wies darauf hin, dass schon eine im Jahre 1836 abgehaltene Versammlung Westfälischer Schulmänner den Wunsch ausgesprochen hat, dass die Schuletablissements von ärztlichen Sachverständigen in Bezug auf ihre hygienischen Einrichtungen untersucht werden: eine Forderung, welche erst der §. 94 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 erfüllt hat. Jeder Kreisarzt wird dem Vortragenden darin beistimmen, dass die Besichtigungen in manchen Fällen die verblüffendsten Resultate ergeben und zur Förderung der Schulen schon Erhebliches beigetragen haben. Die Schulaufsichtsbehörden, insbesondere die Kreisschulinspektoren, sind meist sehr glücklich über die ihnen gewordene Unterstützung. Jetzt hat jede Dorfschule ihren Schularzt und von den gefürchteten Konflikten, von der vorausgesehenen Einmischung des Kreisarztes in schultechnische Fragen ist nirgends die Rede. Die Bemerkung des Vortragenden, dass die Subsellienfrage in dem Fragebogen nicht genügend berücksichtigt sei, kann Referent für berechtigt nicht anerkennen. Unter Nr. 4 (Zahl und Beschaffenheit der Bänke) lässt sich füglich Alles unterbringen, was der Untersucher über die Subsellien auf dem Herzen hat, auch die oft überraschende Grösse der Plusdistanz. Ich kann dem Vortragenden auch darin nicht beistimmen, dass die Schulklassen nicht so häufig als Impflokale benutzt werden sollen. Wenn in anderen Kreisen unserer Provinz hygienisch unverdächtigere Räume zur Verfügung stehen, so sind dieselben natürlich in erster Reihe zu benutzen. Ich kann aber versichern, dass, wenn mir und manchen anderen Kollegen die Schulen als Impflokale gesperrt würden, wir in vielen Dörfern nur unter dem, allerdings hygienisch unverdächtigen freien Himmel impfen könnten. Das sind aber lokale Verschiedenheiten, welchen immerhin Rechnung getragen werden muss.

Allen Vortragenden wurde lebhafter Beifall zu Theil und, obgleich die Tagesordnung noch nicht erschöpft war, die Versammlung wegen der vorgerückten Stunde geschlossen. Zum Schluss folgten die Anwesenden der liebens-

würdigen Einladung des Direktors, Med.-Rath Dr. Toporski, zu einem opulenten Imbiss in seiner schönen Amtswohnung.

Zum Schluss noch einige Worte über kollegiale und wissenschaftlichen Verhältnisse in unserer, jetzt im Vordergrund des Interesses stehenden Provinz:

Zu Ehren des aus Wollstein nach Kattowitz in Schl. versetzten Kollegen Dr. Schröder hatte ein Festausschuss, bestehend aus den Herren Schmidt, Wernicke und Borchard, die Amtsgenossen und Freunde des Scheidenden auf den 18. Januar zu einem Abschiedsmahl nach Posen eingeladen. Eine sehr stattliche Versammlung, in welcher auch Herren anderer Fakultäten und sogar ein ostelbischer Gutsbesitzer nicht fehlten, gab beredtes Zeugniss von der Beliebtheit und Werthschätzung, deren sich der Kollege Schroeder bei uns erfreute. Einen ganz besonderen Clou der Versammlung bildete die Anwesenheit des Herrn Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Rubner aus Berlin, welcher sich zufällig in Posen befand, „einer der kräftigsten Säulen der modernen Hygiene", wie ein Redner treffend bemerkte.

Weiterhin möchte ich noch hervorheben, dass die vom Posener geschäftsführenden Ausschuss der Vereinigung für ärztliches Fortbildungswesen im hygienischen Institute und den Krankenhäusern zu Posen veranstalteten Vorträge von den Kollegen aus der Stadt und dem Reg.-Bez. Posen recht gut besucht sind. Es ist dem Ausschuss in dankenswerther Weise gelungen, auch auswärtige Gelehrte für Vorträge zu gewinnen. Abgesehen von zahlreichen Kollegen aus Posen, hat Prof. Dr. Buchwald-Breslau „über Behandlung und Nachbehandlung akuter Erkrankungen mit besonderer Bezugnahme auf die dabei herrschenden Streitfragen" bereits gesprochen, und es stehen für den 15. Februar ein Vortrag des Herrn Prof. Dr. v. Mikulicz-Radecki-Breslau „über Kropf und Basedow'sche Krankheit auf Grund chirurgischer Erfahrungen", für den 1. März des Prof. Dr. Eulenberg-Berlin „über sexuelle Neurasthenie", für den 22. März von Prof. Dr. Waldeyer-Berlin „über neuere Forschungen über die Spermien und den Befruchtungsvorgang" in Aussicht: also freudiges Fortschreiten und regsame Thätigkeit auf der ganzen Linie.

Dr. Lissner-Kosten.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber Pancreasblutungen und ihre Beziehungen zum plötzlichen Tode. Von Professor Dr. Kratter in Graz. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und Sanitätswesen. III. F., Bd. XXIII, 1. H., S. 13.

Seit dem Jahre 1892 wurden vom Verfasser in 33 Fällen plötzlichen Todes Blutungen in und um die Bauchspeicheldrüse beobachtet. Sie gehören nach seiner Auffassung keineswegs zu den Seltenheiten und sind nicht Ursache, sondern Folge des plötzlichen Todes. Ihr diagnostischer Werth kommt etwa dem der Ecchymosen gleich. Prof. Dr. Ziemke-Halle.

Ueber den diagnostischen Werth der flüssigen Blutbeschaffenheit bei plötzlichem Erstickungstod und über den Werth der Lacassague-Martin'schen „docimasie hépatique". Von Professor Dr. Wacholz in Krakau. Ibidem; S. 34.

Anlässlich eines Falles, in welchem Verfasser ein Obergutachten abzugeben hatte, wurden von ihm experimentelle Untersuchungen darüber angestellt, ob, wie oft und unter welchen Bedingungen bei plötzlichem Erstickungstode sich speckige Fibringerinnsel im Herzen bilden können. Als Resultat ergab sich, dass zwar in der überwiegenden Mehrzahl der akuten Erstickungsfälle das Blut in den Herzhöhlen und grossen Gefässe postmortal flüssig bleibt, dass aber doch in Ausnahmefällen lockere dunkelrothe, mitunter auch feste entfärbte, mit der Wand verfilzte Blutgerinnsel vorkommen in Fällen, in denen der plötzliche Tod weder während der Verdauung, noch in Folge irgend welcher Erkrankung eingetreten war. Solche Befunde berechtigen also nicht, die Annahme eines plötzlichen Todes durch Ersticken auszuschliessen. Auch der Zuckergehalt der Leber, der von Lacassague und Martin zur Entscheidung der

Frage, ob langsamer oder plötzlicher Tod vorliegt, empfohlen wird, gestattet keinen Schluss auf die Dauer der Agone. Prof. Dr. Ziemke-Halle.

Zur praktischen Verwerthung der Sero-Diagnostik des menschlichen Blutes. Von Dr. Corin in Lüttich. Ibidem; S. 61.

Nach Corin's Untersuchungen ist das wirksame Prinzip des zur Vorbehandlung der Thiere bei der Differenzirung verschiedener Blutarten benutzten Serums das Paraglobulin. Er stellt sich dasselbe rein dar durch Aussalzen mit Magnesiumsulfat und Lösen des Niederschlags in Wasser. Mit derartigen Lösungen behandelt er dann die betreffenden Thiere vor. So gelang es ihm auch, von Hunden präzipitirendes Hunde-Menschenblutserum zu erhalten. Auch in diesem wirksamen Thier-Menschenblutserum ist das wirksame Prinzip an die Paraglobuline gebunden und lässt sich durch Reindarstellung derselben in trockner Form unbegrenzt lange konserviren. Zum Gebrauch wird dann nur etwas davon in Wasser gelöst und dem fraglichen Blut zugesetzt. Je konzentrirter die Lösung, desto kräftiger wirkt sie. Die geeignetste Temperatur ist 45 bis 50° C. Aus Blutflecken giebt auch nicht blutfarbstoffhaltiger Extrakt noch die Reaktion, da es nur auf die Lösung der im Serum enthaltenen Paraglobuline ankommt. Prof. Dr. Ziemke-Halle.

Der Todtschlag bei R...., Untersuchung auf Blut und Haare Von Dr. Haase in Danzig. Ibidem; S. 75.

Ausführliches gerichtsärztliches Gutachten, dessen Wiedergabe in Referatform nicht gut möglich ist. Es ist deswegen von besonderem Interesse, weil zur Ueberführung des Thäters die Untersuchung auf Blut und von Haaren sehr wesentlich beitrug. In sehr scharfsinniger Weise wird aus dem Resultat dieser Untersuchung und dem Obduktionsbefund die Art konstruirt, in welcher der Thäter bei dem Todtschlag vorgegangen ist. Dieser Fall mag auch zum Beweise dienen dafür, dass zu derartigen Haar- und Blutuntersuchungen allein der medizinisch vorgebildete Fachmann geeignet ist. Ein Chemiker wäre wohl nicht in der Lage gewesen, die Aufgabe zufriedenstellend zu lösen.

Prof. Dr. Ziemke-Halle.

Aenderungen des Blutes nach dem Biss giftiger Schlangen. Von B. Auché und L. Vaillant-Bordeaux. Comptes rendus de soc. de biol.; 1901, S. 756.

Nach den an Meerschweinchen ausgeführten Untersuchungen sind die durch den Biss giftiger Schlangen am Blute bedingten Aenderungen mit jenen identisch, die durch subkutane Injektion des getrockneten und in glyzerinhaltigem Wasser aufgelösten Giftes erhalten waren.

Die rothen Blutkörperchen werden zerstört und zwar ist die Hämatolyse je nach dem Ernste des Bisses und nach der Dose des injizirten Giftes mehr oder weniger intensiv; die Zerstörung geht ferner sehr rasch vor sich. Ueberlebt das Thier, so treten bei der Regeneration des Blutes mehr oder weniger zahlreiche kernhaltige Blutkörperchen auf.

Die Leukozyten erfahren quantitative und qualitative Aenderungen.

Sehr rasch nach dem Biss oder der Injektion des Giftes, schon nach 1/2 Stunde zu konstatiren, und nach 1—2 Stunden immer noch sehr deutlich ist eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen, die in den rasch tödtlich verlaufenden Fällen bis zum Ende anhält, in den subakuten und heilenden Fällen je nach der Intensität der Vergiftung 2—3—4 Tage oder länger zu konstatiren ist und dann zur Norm sinkt.

Zur Zeit der Ausbildung des Elimationsschorfes steigt manchmal die Zahl der Leukozyten wieder an; jener eitert oft ein wenig.

Die Hyperleukozytose wird durch Vermehrung der polynukleären Zellen bedingt. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber eine Kontraktur des Blasenschliessmuskels. Von D. Courstade und J. F. Guyon. Aus dem Laboratorium des Prof. François Frank. Comptes rendus de la soc. de biol.; 1901, S. 828.

In seinem Artikel „Intoxikation" der Real-Enzyklopädie sagt Samuel: „Die Schleimhaut der Harnorgane bietet wegen der starken Schichtung des Epi-

theils der chemischen Einwirkung gewisse Hindernisse dar. Von der Harnblase aus wird Strychnin gar nicht resorbirt, Wasser in geringen Mengen. — Das Vertrauen auf diese geringe Resorptionsfähigkeit darf aber kein zu sicheres sein. Wie wichtig die Kenntniss von der Möglichkeit einer Wirkung der Gifte von der Schleimhaut der Harnröhre her sein kann, lehrt z. B. der Fall[1]) von Vergiftung durch Injektion von Cocaïnlösung in die Urethra.

Hatte es sich hier um eine Allgemeinwirkung gehandelt, so giebt die nun zu besprechende Arbeit einen interessanten Beitrag zur reizenden Wirkung des Argentum nitricum auch in schwacher Lösung auf die Blasenschleimhaut, die eine Kontraktur des Blasenschliessmuskels auszulösen vermag.

Bei der Harnentleerung der Gesunden reagirt die Blase auf die Füllung mit Urin damit, dass sie sich über ihren Inhalt kontrahirt. Schneidet man am Thiere die Nervi erigentes sacrales durch und injizirt eine Flüssigkeit in die Blase, so kontrahirt sie sich nicht mehr unter dem Einfluss der letzteren und lässt sich bis zur äussersten Grenze ihrer Elastizität ausdehnen. Dasselbe geschieht, wenn man im Niveau der Wurzeln der Kreuzbeinnerven Cocaïn in die Rückenmarkshöhle injizirt; auch alsdann vermag sich die Blase nicht mehr zu kontrahiren, wie gross auch die Menge der in dieselbe injizirten Flüssigkeit ist.

Injizirt man nun einem Hunde Argentum nitricum-Lösung in die Blase, so treten mehr weniger energische Kontraktionen ein, die ein Austreten eines Theiles des Inhalts zur Folge haben Ersetzt man jetzt die ausgepresste Flüssigkeit durch andere, so tritt zwischen den einzelnen Kontraktionen eine wirkliche Kontraktur ein, und zwar früh oder spät je nach der Konzentration der injizirten Flüssigkeit.

So braucht nach Injektion einer 1 % Lösung die Kontraktur erst nach 1 Stunde und noch später einzusetzen. Der mehr oder weniger lang dauernde Kontakt der Schleimhaut der Blase mit der $AgNO_3$-Lösung hat also eine anhaltende Verringerung des Fassungsvermögens der Blase zur Folge.

Da diese Kontraktur sich auch bei der vollkommen vom Rückenmark isolirten Blase demonstriren lässt, ferner bei Ausschalten jedes anderen extra vesical wirkenden nervösen Einflusses, so handelt es sich um eine direkte Erhöhung der Reizbarkeit der Blase durch das Argentum nitricum.

Vielleicht dürften diese Versuche auch eine Aufklärung über die bedenklichen Zufälle geben, die nach Intrauterin-Injektion von Argentum-Lösung beobachtet sind: Menstrualkoliken, Uteruskontraktionen.

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber die „unterbrochene Fehlgeburt". Von Dr. Oskar Schaeffer, Privatdozent an der Universität Heidelberg. Deutsche Praxis. Zeitschrift für praktische Aerzte. 1901, Nr. 1—3 und 6—8. Seitz & Schauer, München.

Verfasser hat die Befunde von 235 Fällen von Abort in seiner Arbeit verwerthet, 156 davon waren nicht kurettirt, 79 dagegen kurettirt.

Das Ergebniss der Arbeit wird in 18 Leitsätze zusammengefasst, von denen hier folgende von Interesse sind: In der Aetiologie der Fehlgeburt spielen psychische Beeinflussungen (Schreck u. s. w.) eine grössere Rolle als mechanische (Fall, Stoss u. s. w.). Das Wesentliche der Fehlgeburt sind die Zirkulationsstörungen im uteroplazentaren Kreislaufe, nicht die motorischen.

Bei dem Abortus imminens kann Stillstand eintreten, so lange der untere Eipol nicht den äusseren Muttermund erreicht hat. Der Abortus imperfectus und der Abortus incompletus sind sofort aufzuräumen. Bisweilen ist die Fehlgeburt nur eines der Symptome eines schon bestehenden und durch die Fehlgeburt noch weiter verschlimmerten Zustandes.

Die Behandlung muss individualisirend an den derzeitigen Befund, die Anamnese, die Gesammtkonstitution, die Aetiologie und den Verlauf der betreffenden Fehlgeburt angepasst werden und muss dementsprechend im Allgemeinen während und nach der Fehlgeburt aktiver, aber nicht jedesmal operativ gestaltet werden. Das Gleiche gilt von der späteren Nachbehandlung.

Dr. Hoffmann-Elberfeld.

---

[1]) S. Zeitschr. f. Medizinalbeamte; 1896, S. 256.

Deckung eines Erinnerungsdefektes durch Halluzinationen. Von Dr. Mönkemöller in Osnabrück. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin u. s. w. III. F., Bd. XXIII, S. 96.

Verfasser beleuchtet die Schwierigkeiten, welche der Sachverständige bei der Begutachtung von Dämmerzuständen vor Gericht zu überwinden hat und theilt dann einen von ihm beobachteten Fall mit, dessen Eigenartigkeit darin besteht, dass ein Alkoholist, der an Eifersuchtswahn leidet und im Dämmerzustand einen Brand angelegt hat, im Verlauf der Untersuchungshaft auf Grund von Sinnestäuschungen ein Geständniss ablegt.

Prof. Dr. Ziemke-Halle.

Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie. 1. Psychogene Symptome bei Katatonie. 2. Katatonie mit hysterischen Dämmerzuständen. Von Dr. O. Kaiser in Alt-Scherbitz. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie; 59. Bd., 5. u. 6. Heft.

Der erste Fall betrifft einen Soldaten aus belasteter Familie, der durch sein auffallendes Benehmen den Verdacht der Geistesstörung, sodann durch sein kindisches Wesen, seine Wuthanfälle — Symptome, die bei fehlender Beobachtung aufhörten — den Verdacht der Simulation erweckte. K. konstatirte neben wirren Wahnideen, Neigung zu geschraubten Redewendungen, Wortneubildungen, gelegentliche krampfartige Anfälle und Wuthanfälle, die sich während eines katatonischen Stupors einstellten, in gleicher Weise wie hysterische, psychogenen Urprungs waren und durch Suggestion wohl beeinflusst werden konnten. In einem zweiten Fall, in dem es sich um einen 22jährigen Juristen handelt, der — wie bemerkt zu werden verdient — zuerst in einer, von einem früheren Schneider geleiteten „Gebetheilanstalt" untergebracht worden war, schwankte die Diagnose zwischen Epilepsie, Hysterie und Dementia praecox. Es wurden pathogen hervorgerufene krankhafte Zustände von hysterischem Charakter und ähnlich geartete Dämmerzustände, z. Th. den, zuerst von Ganser geschilderten entsprechend, beobachtet. Dagegen vermisste Verfasser bei seinem Falle die für Hysterie so wichtigen Charakteranomalien, während anderseits eine hervortretende Stumpfheit, Urtheilsschwäche und Denkhemmung auf einen Verblödungsprozess hinwies. K. betont bei der Beurtheilung seiner Fälle, dass nicht selten der epileptische und hysterische Dämmerzustand mit dem katatonen Stupor manche Züge gemein hat, die die prognostisch recht wichtige Unterscheidung unter Umständen sehr erschweren können.

Dr. Pollitz-Münster.

Statistischer Beitrag zur Kenntniss der progressiven Paralyse. Von Dr. Adolf Hoppe, Assistenzarzt. Aus der Provinzial-Irrenanstalt Rittergut Alt-Scherbitz. Ibidem; 58. Bd., 6. H.

Verfasser hat eine Reihe mühsamer statistischer Zusammenstellungen gemacht, aus denen hervorgeht, dass die Zahl der Paralytiker — im Jahre 1886 4,95 % für alle Anstalten im Durchschnitt — auf 29,8 % der Aufnahmen in Alt-Scherbitz stieg. Der grösste Theil (19,9 %) starb bereits nach einjähriger Dauer der Krankheit. Unter den ursächlichen Momenten fand Verfasser Kopftraumen 11,9 %, Alkoholismus 19,8 %, Lues 21,5 % der Männer, 13,5 % der Frauen, während eine erbliche Anlage im weitesten Sinne nur bei 32,8 % der Fälle nachweisbar erschien. In einer grossen Zahl von Beobachtungen fanden sich mehrere dieser schädigenden Momente kombinirt. Jedenfalls zeigen die Angaben des Verfassers, dass eine objektive Verwerthung des Materials der Syphilis nicht die hervorragende Rolle zuweist, die meist angenommen wird, und die Verfasser am Schlusse seiner Arbeit im Gegensatz zu seinen Untersuchungsergebnissen für sie in Anspruch nimmt. Dr. Pollitz-Münster.

Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Von Med.-Rath Dr. P. Näcke, Oberarst an der Königl. Sächs. Irrenanstalt in Hubertusburg. C. Marhold, Halle a./S. 1902. Preis: 2 Mark.

Die Zahl der Geisteskranken in Gefängnissen beträgt nach Baer 2—3 %, unter Hinzurechnung der psychisch Defekten steigt sie auf 5 %. Ein grosser Theil der Autoren nimmt an, dass nicht wenige dieser Kranken bereits vor ihrer Internirung krank waren. Verfasser erörtert in der bei ihm üblichen

einseitigen Weise, unter Hervorhebung seiner eigenen litterarischen Verdienste, die verschiedenen Unterbringungsmöglichkeiten für irre Verbrecher. Man kann da unterscheiden zwischen Zentralanstalten, Adnexabtheilungen von Strafanstalten und Adnexen von Irrenanstalten. Die eigentliche Unterbringung in Irrenanstalten wird von den meisten Irrenärzten verworfen, weil viele geisteskranke Verbrecher ein übeles Krankenmaterial und für die Nichtbestraften eine unerfreuliche Umgebung bilden. Gegen beide Momente zieht Verfasser zu Felde, indem er weniger die Gründe, als die Kompetenz anderer Beurtheiler bezweifelt, da es nach seiner an anderer Stelle niedergelegten Auffassung (s. Zeitschr. f. Kriminalanthropologie, 6. Bd., S. 270) „in ganz Europa" nur wenig Sachkenner dieses Gebietes giebt. Verfasser sieht allen Fortschritt in zahlenmässigen Feststellungen und er ist kühn genug, eine „Zahlen- und Kurven-Psychiatrie" zu fordern. Ihn hier zu widerlegen und gerade die Bedeutung der Individualbeobachtung zu betonen, erscheint überflüssig.

Von Interesse sind die Mittheilungen aus der grossen Verbrecher-Zentral-Irrenanstalt Matheawan-Hospital im Staate Newyork, die einen Bestand von ca. 800 Insassen aufweist; der Leiter derselben bezeichnet die irren Verbrecher als sehr schwer trätabele Elemente (S. 24), erklärt sich im Uebrigen jedoch für kleinere Zentralanstalten. In Europa hat sich dagegen die Einrichtung von Adnexen an Strafanstalten, wie sie in grösserem Massstabe neuerdings in Preussen eingerichtet sind, die meisten Anhänger erworben. Der Abhandlung Näcke's ist ein Litteraturverzeichniss beigefügt, das im Gegensatz zu der bisherigen Gepflogenheit des Verfassers von bescheidenen Dimensionen allerdings auch wenig vollständig ist. Dr. Pollitz-Münster.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Herzleiden. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 4. Oktober 1901.

. . . Soweit sich der behandelnde Arzt erinnern kann, hat der Unfallverletzte Sch. in der ersten Zeit nach der Verletzung an leichtem Luftröhrenkatarrh mit asthmatischen Beschwerden gelitten; dieselben sind aber bald zurückgegangen. Dem Arzte ist jedoch bekannt, dass Sch. auch früher schon wegen Luftröhrenkatarrh gefeiert hat. Dr. H. ist der Ansicht, dass es sich nicht um eine schwere Verletzung gehandelt hat. Die Quetschung des Unterschenkels und ebenso der Luftröhrenkatarrh mit leichteren asthmatischen Anfällen sind unter geeigneter Behandlung bald geheilt gewesen, so dass der Kläger am 24. Oktober 1899 seine Arbeit wieder hat aufnehmen können. Vom 24. Oktober 1899 bis Ende November 1899 hat Kläger regelmässig als Kohlenhauer gearbeitet, dann aber, abgesehen von einigen Schichten im Monat Januar 1900, wegen Brust- und Magenbeschwerden, sowie Herzbeklemmung gefeiert. Vom 15. bis 23. Mai 1900 ist er im Krankenhause Bergmannsheil eingehend beobachtet und untersucht worden. Nach dem Gutachten, welches von dem erstbehandelnden Arzt Dr. H., sowie von Prof. Dr. L. und Dr. B. gemeinschaftlich ausgestellt ist, sind Folgen des Unfalls am linken Unterschenkel nicht mehr zu erkennen. Ferner konnten weder vom behandelnden Arzt Dr. H., noch im Bergmannsheil Zeichen einer erlittenen Brust- und Bauchquetschung festgestellt werden. Die vorhandenen Beschwerden, insbesondere Athemnoth und Herzklopfen, so wird in dem Gutachten weiter ausgeführt, erklären sich zum Theil aus dem bestehenden Emphysem geringen Grades, welches meist mit einer leichten Reizung der Luftröhrenschleimhaut einhergeht, zum Theil aus der vorhandenen Blutarmuth. Letztere ist, wie sich aus der Untersuchung des Mageninhalts ergiebt, durch eine mangelhafte Thätigkeit des Magens bedingt. Emphysem und Erkrankung des Magens sind aber nicht als Folgen des Unfalls aufzufassen. Eine Erwerbsverminderung als Folge des Unfalles vom 8. September 1899 wurde daher nicht mehr als vorliegend erachtet.

Das Schiedsgericht hat noch ein Gutachten des Königlichen Kreisphysikus Dr. L. über den ursächlichen Zusammenhang des Leidens des Klägers mit dem Unfalle und event. über den Grad der bestehenden Verminderung der Erwerbsfähigkeit eingeholt. Nach der Ansicht dieses Sachverständigen ist es als wahrscheinlich zu bezeichnen, dass Sch. durch den Unfall eine Quetschung der Brust

erlitt und dass der hinterher beobachtete Luftröhrenkatarrh nebst den Athembeschwerden, die als eine Verschlimmerung des Lungenemphysems aufzufassen sind, eine Folge dieser Quetschung war. Der Gutachter führt dann weiter aus:

„Da aber diese Erscheinungen bald zurückgingen und da Sch. im Stande war, mehrere Wochen regelmässig zu arbeiten, so fehlt ein sicherer Anhalt dafür, dass die jetzt vorhandenen Beschwerden, die im Wesentlichen ebenfalls eine Verschlimmerung des Lungenemphysems darstellen, mit dem Unfall in Zusammenhang stehen. Zieht man jedoch in Betracht, dass dieser Zeitraum anscheinend wiederhergestellter Arbeitsfähigkeit ein kurzer war und dass im Anschluss hieran sich sofort wieder krankhafte Erscheinungen von Seite der Lunge zeigten, so lässt sich ein nachtheiliger Einfluss des Unfalls nicht ganz ausschliessen und die Wahrscheinlichkeit liegt nahe, dass Sch. durch zu frühe Wiederaufnahme der Arbeit seine ohnehin schon krankhaft beanlagte Lunge, die durch den Unfall noch weiter gelitten hatte, übermässig angestrengt hat und so sein jetziger Krankheitszustand eingetreten ist. Es spricht deshalb eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür, dass durch den Unfall ein schon vorhandenes Leiden des Verletzten, nämlich ein Lungenemphysem, wesentlich verschlimmert worden ist. — Den jetzt bestehenden Grad der Verminderung der Erwerbsfähigkeit schätze ich auf $66^2/_3$ %, da der Sch. nur ganz leichte Arbeiten verrichten kann; es ist anzunehmen, dass der gleiche Grad am 9. Dezember 1899 bestanden hat."

Das Schiedsgericht wies die Berufung zurück, da ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und der Krankheit des Klägers wenigstens in hohem Masse wahrscheinlich gemacht sein müsste, um die Berufsgenossenschaft zur Zahlung einer Rente verurtheilen zu können. Gegen diese Entscheidung legte Kläger Rekurs ein unter Vorlage eines Attestes des dirigirenden Arztes für Chirurgie am Elisabeth-Hospital in Bochum Dr. Ba., in dem dieser Arzt Folgendes ausführte:

„Sch. ist ein Mann von starkem Knochenbau mit dem Zeichen hochgradiger Blutarmuth. Es besteht eine starke Erregtheit des Herzens. Die Herztöne sind schwach, dumpf, unklar. Der Puls leicht zu unterdrücken, ca. 90 Schläge in Ruhe, bei Anstrengungen stark vermehrt bis 140 Schläge pro Minute. Die Lungen zeigen keine Erkrankung. Es handelt sich in diesem Falle um eine hochgradige Herzschwäche und Blutarmuth, die mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den erlittenen Unfall zurückzuführen sind, da Sch. nach seinen Angaben bis zum Unfalltage stets vollständig arbeitsfähig gewesen ist. Der Umstand, dass Sch. 6 Wochen nach dem Unfall am 24. Oktober 1899 die Arbeit wieder aufnahm, spricht für den guten Willen zu arbeiten, die Unmöglichkeit, länger als bis Ende November 1899 zu arbeiten, spricht dafür, dass die Herzschwäche nach der Brustquetschung zunahm, so dass ein Weiterarbeiten nicht möglich war. Sch. ist zur Zeit nur zu ganz leichten Arbeiten fähig und noch ca. 75 % erwerbsvermindert."

Das R. V. A. hat zur weiteren Aufklärung die Einholung eines Gutachtens von dem Direktor der chirurgischen Universitätsklinik in Bonn, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Sch., darüber angeordnet, an welchen, die Erwerbsfähigkeit beschränkenden Leiden der Kläger leidet, ob die etwa vorhandene Verminderung seiner Erwerbsfähigkeit ganz oder, wenn nur theilweise, inwieweit auf den Unfall vom 8. September 1899 zurückzuführen ist und in welchem in Prozenten auszudrückenden Grade er zur Zeit und am 9. Dezember 1899, wie auch in der Zwischenzeit, in seiner Erwerbsfähigkeit durch die Folgen dieses Unfalls beschränkt ist und gewesen ist.

Dieser Sachverständige hat sein Gutachten unterm 8. Juli 1901 dahin abgegeben, dass ein Theil der verminderten Arbeitsfähigkeit bei Sch. zurückzuführen sei auf eine Lungenerweiterung, die unabhängig vom Unfallsereigniss sich langsam entwickelt habe. Der andere Theil ein Herzleiden, das wahrscheinlich nervöser Natur wäre, sei möglicher Weise durch den Unfall wesentlich verschlimmert. Den ganzen Grad der zur Zeit vorhandenen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit schätzt Prof. Dr. Sch. auf 50 %, doch sei davon höchstens die Hälfte auf das nervöse Herzleiden zurückzuführen.

Trotz dieses Gutachtens hat das R. V. A. die Berufsgenossenschaft verurtheilt, dem Sch. vom 9. Dezember 1899 ab eine Rente von $66^2/_3$ % zu gewähren und zwar aus folgenden Gründen:

Auf Grund des Ergebnisses der weiteren Beweisaufnahme, insbesondere auf Grund des Gutachtens des Prof. Dr. Sch. in Verbindung mit dem Gutachten des Königlichen Kreisphysikus Dr. L. und des dirigirenden Arztes Dr. Ba. und den eigenen, für glaubwürdig erachteten Angaben des Klägers, hat das R. V. A. die Ueberzeugung gewonnen, dass die zur Zeit und auch schon seit dem 9. Dezember 1899, dem Ablauf der ersten 13 Wochen nach dem Unfall, vorhanden gewesene Erwerbsunfähigkeit des Klägers zum überwiegenden Theil auf den schweren Unfall vom 8. September 1899 zurückzuführen ist. Ein Theil der Verminderung der Arbeitsfähigkeit des Klägers mag von einer Lungenerweiterung herrühren, die unabhängig von dem Unfallereigniss sich langsam entwickelt hat; der grössere Theil aber ist durch ein Herzleiden verursacht, das durch den Unfall derart verschlimmert worden ist, dass der Kläger, der bis zu dem Unfall noch vollkommen arbeitsfähig war, in relativ kurzer Zeit arbeitsunfähig wurde. Da der Kläger in Folge seines gegenwärtig und auch schon am 9. Dezember 1899 vorhanden gewesenen Zustandes seines Herzens nur noch im Stande ist, leichte und nur mit der grössten Schonung und Unterbrechung mittelschwere Arbeiten, im Wesentlichen aber nur solche Arbeiten zu verrichten, die im Sitzen geleistet werden können, so hat das R. V. A. die Gewährung einer Rente von $66^2/_3$ % der Vollrente vom 9. Dezember 1899 ab für angemessen erachtet. Kompass, 1902, Nr. 2.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber die Dauer der Lebensfähigkeit von Krankheitserregern in der Form feinster Tröpfchen und Stäubchen. Von Dr. med. Fritz Kirstein. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; Bd. 39, Heft 1.

Fr. Kirstein hat in einer früheren Arbeit (1900, Bd. 35 d. Ztsch.) den Nachweis erbracht, dass Prodigiosus- und Typhusbazillen, in feinsten Tröpfchen verspritzt, innerhalb 24 Stunden abstarben, wenn sie dem diffusen Tageslicht und der freien Luft ausgesetzt sind; in der vorliegenden Arbeit dehnt er seine Versuche nicht allein auf andere Krankheitserreger, wie Diphtheriebazillen, Tuberkelbazillen, Geflügelcholera und die Eiterreger aus, sondern stellt auch Erhebungen an über die Lebensfähigkeit der Mikroorganismen in der Form feinster keimhaltiger Stäubchen, welche zum Theil zu äusserst bemerkenswerthen und für die Praxis der Uebertragung der Infektionskrankheiten durch die Luft (sog. Luftinfektion) wichtigen Ergebnissen geführt haben.

Nach einer durchaus einwandsfreien und exakten Methode suchte K. den Verhältnissen des alltäglichen Lebens, bei denen durch Husten, Niessen u. s. w. von den Kranken Tuberkel- und Diphtheriebazillen in der Form feinster Tröpfchen verspritzt werden, nahe zu kommen, indem er wässerige Aufschwemmungen diverser Mikroben und solche in physiologischer Kochsalzlösung in einem besonders zu diesem Zwecke hergestellten Apparate versprayte und darnach die Bakterienkolonien zählte, welche auf mehreren mit verschiedenen Nährböden beschickten und dem Spray ausgesetzten Glasschälchen zur Entwicklung gekommen waren. Hierbei zeigte sich für die Entwickelung der Kolonien zunächst der Umstand von dem grössten Einflusse, ob dieselben dem Tageslicht ausgesetzt waren oder im Dunkeln aufbewahrt waren; während z. B. die Zahl der Kolonien von Diphtheriebazillen auf den Schälchen, welche im Laboratorium bei diffusem Tageslicht aufbewahrt wurden, nach 46 Stunden 400 betrug, trugen die unter gleichen Vorbedingungen präparirten und im Keller aufgehobenen Schälchen nach 80 Stunden noch 2500 Kolonien. Ganz ähnliche Resultate wurden mit Tuberkelbazillen erzielt, deren Virulenz durch Impfungen auf Meerschweinchen nachgewiesen und kontrollirt wurde; so waren die nach der Verspritzung im Keller aufbewahrten Kulturen noch nach 22 Tagen geeignet, Meerschweinchen mit Tuberkulose zu infiziren, während die in Tageslicht gehaltenen diese Wirkung schon nach 5 Tagen nicht mehr hatten. Einen schöneren und exakteren Beweis für die bakterizide Wirkung des Sonnenlichtes und für die sanitäre Bedeutung der Devise: „Licht und Luft“ ist wohl noch niemals erbracht worden! Bei dem eminenten Interesse, welches die Uebertragung der Lungenpest durch die Tröpfcheninfektion augenblicklich hat, stellte K. auch Versuche mit dem Bacillus der Hühnercholera an, welcher sich in vieler Beziehung ähnlich verhält wie der Pesterreger; auch hierbei zeigte

sich die Virulenz bei den nach der Verspritzung im diffusen Lichte aufbewahrten Schälchen nach 10—15 Stunden verschwunden.

Derselbe Einfluss der Belichtung trat übrigens auch bei Seidenfäden und Leinwandläppchen, welche mit der Sprayflüssigkeit imprägnirt waren, zu Tage, obwohl hier die Bakterien nicht so vereinzelt, wie bei der Tröpfchenbildung, sondern mehr in der Form dichterer Massen und zwischen Keimbröckel sich vorfanden; denn während solche im Laboratorium aufbewahrte Seidenfäden nach 4 Wochen noch virulente Tuberkelbazillen enthielten, waren dieselben bei den im Keller gehaltenen sogar nach 6 Wochen noch nachweisbar.

Staphylokokken und Streptokokken sowie Milzbrandsporen verhielten sich ganz ähnlich wie die Stäbchenbakterien, nur erwiesen sie sich im Allgemeinen viel widerstandsfähiger.

Um bei diesen Mikroben übrigens auch die Einwirkung einer Luft von grosser und gleichmässiger Trockenheit zu studiren, wurde ein Theil der präparirten Schälchen und der in Bouillon getränkten Seidenfäden und Leinwandstückchen in einen Exsiccator unter Chlorcalcium aufbewahrt; hierbei zeigte sich, dass z. B. die Staphylokokken von Seidenfäden und Leinwandläppchen noch nach $3^1/_2$—$5^1/_2$ Monaten lebensfähig waren, wenn dieselben im diffusen Tageslicht aufgehoben wurden, während sie im Exsiccator ihre Lebensfähigkeit sogar bis zu 4 und $6^1/_2$ Monaten bewahrten. Wahrscheinlich bildet sich bei dem schnellen Eintrocknen im Exsiccator eine feste Hülle, welche die im Innern liegenden Bakterien gegen das Eintrocknen besonders gut schützt. Die im Keller aufbewahrten Objekte beherbergten allerdings noch weit länger lebensfähige Staphylokokken.

Aus diesen Versuchen ist zu schliessen, dass gewisse Bakterien länger lebensfähig bleiben, wenn sie in dichten Konglomeraten oder in gleichmässig trockener Luft aufbewahrt werden. Der Verfasser wurde dadurch veranlasst, auch Versuche anzustellen über die Dauer der Lebensfähigkeit von Mikroorganismen in der Form feinster keimhaltiger Stäubchen. Auch hierbei bediente er sich eines Apparates, welcher es gestattet, einmal die Verhältnisse des alltäglichen Lebens beim Verstäuben feinster Theilchen, wie sie z. B. beim Ausfegen, Umhergehen und sonstigen Aufwirbeln von Staub stattfinden, ziemlich genau nachzuahmen und anderseits die feinsten mit Keimen beladenen Stäubchen aufzufangen und zu beobachten, ohne dabei die Umgebung beim Arbeiten mit pathogenem Material der Infektionsgefahr auszusetzen. Ferner wurde der Keimbelag der Wände und Decken des Laboratoriums auch direkt durch Abtupfen und Abwaschen mit Kartoffelscheibchen in den Kreis der Beobachtung gezogen. Durch zahlreiche Versuche mit trockenen Prodigiosusbakterien und Staphylokokken wurde in überzeugender Weise dargethan, dass die Lebensdauer der Bakterien abhängig ist erstens von der Belichtung und zweitens von der Zahl der zu einem Häufchen zusammengeballten Keime. Letzteres ist ohne Weiteres einleuchtend, da die den Bakterien schädliche Einwirkung der Belichtung für einzelne Bakterien bei Weitem wirksamer sein wird, als für Konglomerate von solchen. Obwohl mit Tuberkelbazillen selbst keine trockenen Zerstäubungsversuche angestellt wurden, so erhielt doch die Behauptung, dass die aus eingetrocknetem, tuberkulösem Lungenauswurf hervorgegangenen Staubtheilchen die eingeschlossenen Tuberkelbazillen länger lebensfähig erhalten, als dies für die mit feinsten Tröpfchen verspritzten Bazillen festgestellt ist, eine wesentliche Stütze. Die immer behauptete Gefährlichkeit des Staubes für die Verbreitung der Tuberkulose erfährt dadurch eine neue Bestätigung und einwandsfreie Erklärung. Das Hauptergebniss aller dieser Untersuchungen möchten wir mit den eigenen Worten des Verfassers dahin zusammenfassen: „Es zeigt sich, dass die Lebensfähigkeit der Bakterien direkt abhängig ist von der Dichtigkeit der den schädlichen Einflüssen des Lichtes und der Austrocknung ausgesetzten Bakterienmassen."

Betreffs weiterer Einzelheiten in der Konstruktion der Apparate und in den Ergebnissen der Versuche, welche in zahlreichen Tabellen niedergelegt sind, verweise ich auf die interessante Arbeit selbst, welche in vieler Beziehung auch für die Praxis bedeutungsvolle Resultate ergeben hat.

Dr. Martini-Langensalza.

Ueber ein neues Verfahren zum Nachweis von Typhusbazillen. Von Dr. v. Drigalski und Dr. Conradi. Ibidem; 2. Heft.

Um die Typhusbazillen von dem Bact. coli unterscheiden und damit die

Diagnose des Typhus bakteriologisch sicher stellen zu können, haben die Verfasser ein neues Verfahren aufgefunden, das darauf beruht, dass in einer mit Kohlenhydraten versetzten Nährlösung die Typhusbazillen sogleich die Eiweissstoffe in selektiver Weise in Angriff nehmen, während das Bact. coli zunächst die Kohlenhydrate zersetzt und aus ihnen Säuren ausscheidet. Fügt man also der Lösung als Indikator etwas Lakmusfarbstoff hinzu, so werden die Colikolonien dieselbe in ihrer Umgebung roth färben, während die Typhuskolonien die blaue Färbung beibehalten.

Als für den Versuch günstigstes Kohlenhydrat erwies sich der Milchzucker; allerdings kommt es sehr auf dessen Menge an; denn während bei dem Zusatz einer 2 %igen Milchzuckerlösung die Colikolonien noch nach einigen Tagen roth erschienen, verschwand diese Farbe bei Zusatz von 0,1 %iger Lösung und bei einer Temperatur von 37° C. schon nach 18 Stunden. Die Erklärung dieses Vorganges ist darin zu suchen, dass ein kleiner Vorrath von Milchzucker in der Umgebung der Kolonie rascher aufgebraucht wird, und dann auch von Seiten der Colikolonien der Abbau der Eiweisssubstanzen beginnt. Eine weitere Schwierigkeit bei der praktischen Verwerthung der Methode liegt ferner in der Unschädlichmachung der in den Untersuchungsobjekten (Stuhl, Harn, Wasser) enthaltenen anderen Bakterien- und Kokkenarten, welche durch ihr reichliches Wachsthum meist viel Säure bilden und die Platte gänzlich roth färben. Durch den Zusatz von Krystallviolett B. Höchst im Verhältniss 1 : 100 000, welche antiseptische Eigenschaft hat, zu der Nährflüssigkeit, gelang es, das Wachsen der übrigen Kolonien zu verhindern, ohne die Typhus- und Coliarten zu schädigen.

Das Verfahren gestaltet sich in der praktischen Anwendung demnach folgendermassen:

1. Bereitung der Nährflüssigkeit aus Fleischwasser (etwa 2 Liter), Nutrose (20 gr), Pepton (20 gr), Stangenagar (60 gr), Kochsalz (10 gr) und Sterilisiren derselben; darauf Zusatz einer sterilen Lakmus-Milchzuckerlösung (260 : 30), 4 gr einer 10%igen Sodalösung und 20 gr einer Lösung von Krystallviolett B. Höchst in reinem Wasser (0,1 : 100,0).

2. Zurichtung der Versuchsprobe (Stuhl, Urin, Wasser), wobei es sich empfiehlt, mehrere Plattenkulturen anzulegen von verschiedenen Verdünnungen der zu untersuchenden Flüssigkeiten mit physiologischer Kochsalzlösung, Theile von festen geformten Stühlen sind dabei mit Kochsalzlösung gleichmässig zu verreiben; Urin und Wasser sind vorher zu zentrifugiren und nur der Bodensatz auszustreichen.

3. Anlage der Platten mit Oberflächenausstrich, am besten mit einem besonders geeigneten Glasspatel.

Nach 20—24stündigem Verweilen im Brutschrank bei einer Temperatur von 37° C. können dann die Typhuskolonien durch ihre blaue Farbe und glasige, thautropfenähnliche, nicht doppelt konturirte Struktur von den leuchtend rothen und undurchsichtigen Bact. coli-Kolonien unterschieden werden, während sich andere Begleitbakterien (Bact. subtilis und Proteusarten) durch die Gestalt ihrer Kolonien deutlich ausschalten lassen. Die Identifizirung der Typhuskolonien wird dann am besten durch die Erscheinung der Agglutination in einem Tröpfchen verdünnten, hochwerthigen Immunserums gleich auf einem Deckgläschen vorgenommen.

Das Verfahren giebt allerdings nur gute Resultate bei der peinlichsten Beobachtung der gegebenen Vorschriften, ermöglicht dann aber den sicheren Nachweis von Typhusbazillen in 18, höchstens 24 Stunden.

Die Verfasser haben das Verfahren in 50 Typhusfällen, welche sich in den verschiedensten Stadien der Erkrankung befanden, erproben können. Der Nachweis der Typhusbazillen konnte dabei in jedem einzelnen Falle geführt werden; sie sind daher der Meinung, dass die Methode auch in solchen Fällen welche klinisch unsicher oder überhaupt keine Krankheitserscheinungen darbieten, dazu beitragen wird, die Diagnose sicher zu stellen.

Dr. Martini-Langensalza.

Das Agglutinationsphänomen. Von Dr. Fritz Köhler. Klinisches Jahrbuch; VIII. Band, I. Heft.

An eine historische Einleitung über das Phänomen der Agglutination

schliesst Verfasser die klinischen Ergebnisse mit der Gruber-Widal'schen Reaktion. Bei 88 Typhusfällen, die der Behandlung der medizinischen Klinik in Jena zugingen, ergab ein Fall dauernd negative Reaktion, während alle übrigen fast stets bis zur Verdünnung 1 : 160 ein durchweg positives Resultat lieferten. Weiterhin führt K. eine Reihe klinischer Beobachtungen an, die es empfehlen, bei ungewissen, mit den Zeichen der stürmischen akuten Infektionskrankheit einsetzenden Krankheitsfällen und solchen, die an eine akute Vergiftung denken lassen, die Gruber-Widal'sche Reaktion anzustellen; dieselbe giebt bei positivem Ausfall die Entscheidung für die Diagnose des Unterleibstyphus, anderseits stellt der konstant sich erhaltende negative Ausfall die Diagnose als unwahrscheinlich hin, ohne sie ganz ausschliessen zu können.

Bezüglich der Dauer des Agglutinationsvermögens im Blutserum erscheint es nach K.'s einwandsfreien Versuchsreihen sicher, dass nur ein verhältnissmässig kleiner Theil der Typhuskranken nach Ablauf eines Jahres noch die Gruber-Widal'sche Reaktion zeigt. Während bei Kindern vom 1.—10. Lebensjahre das Agglutinationsvermögen bald — durchschnittlich nach 1½ Monaten — aufhört, schwankt es bei Typhuskranken von 11—20 Jahren ausserordentlich und reicht durchschnittlich bis zu 8 Monaten. Das erste Auftreten der Reaktion ist äusserst wechselhaft, die Abnahme der Agglutinationsfähigkeit offenbar nicht schwankend, sondern kontinuirlich; Auftreten, Dauer und Verschwinden der Reaktion haben aber weder für die Schwere der Erkrankung, noch für die Prognose des einzelnen Falles irgend welche Bedeutung.

Bei den Untersuchungen der Spinalflüssigkeit Nichttyphöser wurde in keinem Falle, selbst in der Konzentration 1 : 1, wirkliche Agglutination, in einem Falle Fadenbildung in der Typhusbouillonkultur beobachtet; hingegen kam letztere unter dem Einfluss der Spinalflüssigkeit der Typhuskranken häufiger vor, meist in Verdünnung 1 : 1, sehr selten noch bei der Verdünnung 1 : 10.

Die Agglutinationsfähigkeit des Urins Typhuskranker wurde vom Verfasser nur vereinzelt beobachtet und dann meist in Verdünnung 1 : 1, ganz selten in Verdünnung 1 : 10 oder höheren Grades; sie ist unabhängig vom Eiweissgehalt des Urins und vom Fieber, und steht zur Agglutinationsfähigkeit des Blutes in keiner Beziehung.

Um die Frage der Typhusbazillenagglutination bei Gesunden und Nichttyphösen zu klären, hat Verfasser das verschiedenste Material der Klinik — im ganzen 100 Fälle — untersucht und festgestellt, dass mindestens 15 Prozent aller Untersuchten eine Agglutinationsfähigkeit des Blutserums für Typhusbazillen zeigten. Besonders zeigen manche, die an Erkrankungen des Blutes und allgemeinen Ernährungsstörungen, dann vor allen Dingen an mit Ikterus einhergehenden Krankheiten (siehe unten) leiden, erhöhtes Agglutinationsvermögen. Die Agglutinationsfähigkeit des Blutserums dieser Kranken erreicht aber höchstens 1 : 40, äusserst selten 1 : 50, so dass für die Diagnose des Unterleibstyphus die Entscheidung an den positiven Nachweis der Gruber-Widal'schen Reaktion mit unbedingter Sicherheit bei einer Verdünnung der Typhuskultur mit dem Serum von über 1 : 50 geknüpft werden kann.

Weitere Untersuchungen über das Agglutinationsvermögen des Typhusserums gegenüber verwandten Bakterien ergaben, dass das Serum von Typhuskranken auf aus ihrem Stuhl gezüchtete Kolibazillen eine äusserst verschiedene Wirkung hinsichtlich der Agglutination haben kann, und dass ferner dasselbe Serum verschiedenen Kolistämmen gegenüber sich unberechenbar verschieden verhält. Es kann somit eine Differenzirung des Typhusbacillus vom Bacterium coli auf Grund von Blutserumreaktionen nicht statthaben, und die Reaktionen eines Typhusserums auf einen Bacillus beweisen nicht, dass man es mit einem Typhusbacillus zu thun hat.

Der folgende Theil der Arbeit behandelt die Agglutinationsfähigkeit der Galle und experimentelle Untersuchungen zur Frage der künstlichen Agglutination. Bezüglich der ersten Frage lehrte das Thierexperiment, dass die Galle des Hundes in höherer Konzentration eine deutliche, nicht unerhebliche Agglutinationswirkung auf Typhusbouillonkulturen ausübt, während die Untersuchungen mit Menschengalle aus der Leiche ergaben, dass die Galle von an Typhus verstorbenen Personen keine erheblich gesteigerte

Agglutinationsfähigkeit gegenüber der Galle der an anderen Krankheiten zu Grunde gegangenen Menschen in der Einwirkung auf Typhusbazillen besitzt. Diese Ergebnisse beanspruchen deshalb ein Interesse, weil sie lehren, dass auch das Gallensekret bei Menschen und Thieren die gleichen Vorgänge bei der Wirkung auf Typhusbouillonkulturen hervorzurufen im Stande ist, die wir im Blutserum bei Typhuskranken und manchen durchaus Gesunden beobachten. Damit dokumentirt sich aber der Agglutinationsvorgang nicht mehr als ausschliessliche Folge der Typhusinfektion oder — intoxikation. — In Betreff der künstlichen Erzeugung des Agglutinationsvermögens geht aus einer Reihe von Versuchen hervor, dass bei Thieren durch künstliche Gallenstauung (Unterbindung des Duct. choledochus) oder durch Ueberschwemmung des Organismus mit Taurocholsäure (10 % Injektionen) Agglutinationsfähigkeit des Blutserums gegenüber den Typhusbazillen erzeugt werden kann, die aber nicht unbedingt erfolgt und mit der Hebung der Gallenstauung wieder verloren geht. Wir können somit die gleichen Verhältnisse beim Thiere künstlich hervorrufen, wie sie beim Menschen auftreten, bei welchem mit Gallenstauung und Icterus einhergehende Krankheiten häufig, aber nicht immer Agglutinationsfähigkeit des Blutserums gegenüber Typhusbazillen bewirken.

Alle diese klinischen und experimentellen Beobachtungen berücksichtigt Verfasser am Schlusse seiner vortrefflichen Arbeit zur Erklärung des Wesens der Agglutination. Nach seiner Auffassung haben wir es bei der Typhusbazillenagglutination mit einem chemischen Vorgange zu thun, der durch verschiedenartige Stoffe, welche ausserhalb des Organismus vorkommen, welche auch häufig im Blute des nichttyphuskranken Menschen auftreten, welche aber bei dem Typhus infizirten Organismus in besonders gesteigerter Intensität vorhanden sind, hervorgerufen wird. Demnach scheint die ausschliessliche Nothwendigkeit der vorausgegangenen Infektion für das Zustandekommen der Agglutination, die enge Beziehung der Agglutination zur Immunität und ferner die Beziehung der Agglutination zur Selbstvertheidigung des Organismus nicht erwiesen.

„Man muss bei der Frage nach dem Wesen der Agglutination den Hauptnachdruck legen auf den chemischen Vorgang, unabhängig von Immunität oder ausschliesslicher Infektion." Dr. Roepke-Lippspringe.

Die Kontagiosität des Darmtyphus. Von Dr. Bornträger, Reg.- und Medizinalrath in Danzig. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. 3. Folge, 1901, XXII. Bd., 1.

Verfasser betont mit Recht, dass die verschiedenen Wege, auf denen die Typhusbazillen an und in den menschlichen Körper gelangen, den Aerzten wohl bekannt sind, aber nicht gleich gewürdigt werden. Begiebt sich ein Arzt oder Medizinalbeamter auf die Suche nach dem Ursprungsherde einer Typhusepidemie, so geht er sicher in den meisten Fällen von dem Grundsatz aus: Wo ist das Wasser? Cherchez — l'eau! Diese Anschauung habe zweifellos viel Gutes gestiftet, viele untaugliche, wenn auch im Moment unschuldige Wasserentnahmestellen für immer geschlossen, dafür die Fassung von Quellen, die Einrichtung von Wasserleitungen und die Erbohrung vortrefflicher Tiefbrunnen geschaffen u. s. w.; aber sie habe auch manches Unheil bewirkt. Mit der Schliessung des Brunnens als angebliche Infektionsquelle werde meistens der Haupttrumpf ausgespielt und daneben oft nur noch Werth auf die Desinfektion des Stuhles gelegt. Sowohl in Deutschland, als anscheinend auch anderwärts werde das Trinkwasser als das Uebertragungsmittel für Typhus gemeinhin betrachtet, um so mehr sei es angezeigt, dem gegenüber die Kontagiosität desselben zu betonen. Zum Beweis dafür, dass diese gar nicht so selten ist, führt B. eine Anzahl Beobachtungen aus dem Reg.-Bez. Danzig an, die als Beispiele dafür dienen können, dass sich der Typhus abdominalis mit einer ganz erheblichen Ansteckungskraft völlig nach der Art einer rein „kontagiösen" Krankheit ausbreitet. Sie bieten fast immer dasselbe Bild: Irgendwo erkrankt Jemand aus unaufgeklärtem oder geklärtem Grunde am Typhus oder kehrt mit dieser

Krankheit behaftet ein; im Laufe der üblichen Inkubationszeit von 2—4 Wochen erkranken diejenigen, welche in nächster Berührung mit ihm stehen, die Pflegerin, die Mutter, die Geschwister, die Stubengenossen; dann folgen manchmal im Weiteren Bewohner in anderen Stuben desselben Hauses, in Nachbarhäusern, bei Bekannten u. s. w., bis die Spur verloren geht. Boden und Wasser können hier gar nicht betheiligt sein, um so weniger, als zahllose Menschen, die auf beide an derselben Stelle ebenso angewiesen sind, wie die Ergriffenen, nicht erkranken, so lange sie nicht etwa in Berührung mit den Kranken oder ihren Sachen, oder in ihre Stube kommen. Aehnlich wie bei der Ruhr und bei der Cholera geschieht die Uebertragung durch Fäces und Urin in sozusagen grobsinnlicher Weise durch Besudelung damit bei Bedienung des Kranken, bei Behandlung seiner Wäsche, Entfernung seines Stuhlganges, Benutzung seines Nachtgeschirres oder Abtrittes u. s. w., während eine Verschleppung des infektiösen Stuhles durch die Füsse oder durch Thiere nur eine untergeordnete Rolle spielt. In erster Linie sind es die Hände, durch die Fäcespartikelchen verschleppt werden; wer einem Typhuskranken die Hand giebt, seinen Körper sonstwie, z. B. auch nur den Kopf, die Haare oder sein Bett berührt, wird seine eigenen Hände mit minimalen infektiösen Fäcesmengen besudeln und nun sich selbst wie Andere anstecken können. Auf diese Weise können nach Ansicht des Verfassers auch gesunde, und nur äusserlich infizirte, Personen Uebermittler der Infektion sein. In gleicher Weise ist eine direkte Infektion durch den Urin von Typhuskranken möglich. Auch eine Infektion durch das Roseola-Exanthem bezw. die ihm folgende Abschuppung hält Verfasser ebenso wenig für ausgeschlossen, wie eine solche durch Eiter und Auswurf, da sich Typhusbazillen auch in den während der Krankheit häufig auftretenden verschiedenen Eiterprozessen, Erkrankungen der Luftwege, des Mundes und Rachens nebst Adnexen und demgemäss auch im Auswurfe der Kranken finden.

B. hält es demgemäss für einen überwundenen Standpunkt, wenn man die Fäces und allenfalls den Urin als alleinige Träger der Typhusbazillen im Kranken und Rekonvaleszenten ansehen wollte; es zeigt sich vielmehr, dass die spezifischen Krankheitskeime sich recht oft noch in anderen Sekreten, Exkreten und Organen finden und allerlei pathologische Zustände hervorrufen können, dass mithin sozusagen der ganze Körper des Kranken infektiös ist oder sein kann, also praktisch so angenommen werden muss. Der Typhus steckt eben an gerade wie eine direkt kontagiöse Krankheit. Untersuchung und Erfahrung decken sich also, und nur die Wege, auf denen sich die Seuche ausbreitet, sind noch nicht immer genau erforscht. Jedenfalls sei es verkehrt, sich beim Aufsuchen der Aetiologie eines Darmtyphus voreingenommen auf das Wasser zu stürzen, falls nicht besondere Zeichen, insbesondere gleichzeitiges explosibles Auftreten der Krankheit unter den Nutzniessern, unabhängig von der Wohnung, darauf hinweist; denn auch der schlechteste Brunnen erzeuge aus sich selbst keine Typhusbazillen, sondern müsse erst selbst infizirt sein, wenn er weiter infiziren soll. Nothwendig sei es dagegen, den Studirenden und Aerzten wieder die erforderliche Scheu von der Uebertragungsfähigkeit des Darmtyphus beizubringen, die man der früheren Generation, von theoretischen Erwägungen ausgehend, genommen habe, zum Schaden der Kranken und ihrer Angehörigen. Auch das Personal der Krankenpfleger und Desinfektoren sei so zu erziehen, dass es die Infektiosität des Typhus respektirt; desgleichen sei es zweckmässiger und sicherer, wenn bei Typhus ebenso wie bei anderen Seuchen auch die gesunden Kinder aus verseuchten Hausständen der Schule fern gehalten werden. Vor Ablauf von 4 Wochen nach der Entfieberung sollten aber auch leichte Typhuserkrankte nicht zum Schulbesuche wieder zugelassen werden, schon mit Rücksicht auf die Infektiosität des Urins. Ferner hält es Verfasser für nothwendig, dass in Bezug auf Vermeidung der Berührung der Kranken und der Leichen, auch deren Kleider, bezw. Desinfektion der Hände nach jeder Berührung, dieselben Vorkehrungen getroffen werden, wie bei Fleckfieber oder Scharlach. Dasselbe gelte betreffs der Behandlung der Wäsche, der Kleider, des Krankenbettes (Vermeidung von Aufstäuben!), betreffs der Enthalten vom Essen im Krankenzimmer, der Desinfektionen von sicher und möglicher Weise infizirten Sachen schon während und

sicher nach der Krankheit, betreffs des unschädlichen Auffangens und Beseitigens der Fäces, des Urins, des Auswurfs u. s. w.

Besondere Sorgfalt in sanitätspolizeilicher Hinsicht verdienen nach B.'s Ansicht überall die leichten und ambulanten Fälle und die Rekonvaleszenten mit Bezug auf ihre Abgänge und event. ihre Haut.

Auch sollte man bakteriologisch auf gesunde „Bazillenträger" fahnden und bei solchen Personen, welche viel in der Nähe von Typhösen sind, sie pflegen u. s. w., die Bazillen nicht nur in den Fäces suchen.

Verfasser verwahrt sich schliesslich dagegen, dass er ein Gegner oder nur ein lauer Anhänger der Lehre von der übrigens voll erwiesenen Wasserinfektion sei; er sei nur kein Freund der Einseitigkeit; bei der Bekämpfung der Seuchen müsse man stets alle Wege der Infektion im Auge haben und die Verlegung sämmtlicher erstreben. Gerade die Kontagiosität des Typhus werde aber z. Z. praktisch nicht genügend gewürdigt und nach dieser Richtung müsse ein Wandel eintreten. Rpd.

Untersuchungen über die Dauer des Schutzes der Schutzpockenimpfung. Von Dr. E. Pfeiffer in Weimar (jetzt Physikus in Hamburg). Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen, 3. Folge, XIX. Bd., 1. u. 2. H., XXI. Bd., 1. H. und XXII. Bd., 1. u. 2. Heft.

Verfasser giebt im ersten Teeil seiner Abhandlung zunächst eine Darstellung der Pockenfähigkeit der Menschheit im Jahre 1800 und im Jahre 1900, bespricht hierauf das Zustandekommen der Blatternimmunität nach der heutigen Auffassung, sowie die Blatterndiagnose durch die spezifische Guarnieri'sche Impfreaktion, die Dauer der Immunität der Geblatterten und der Geimpften, die Prüfung der Schutzdauer durch die Zahl und Güte der Impfnarben, und geht sodann im zweiten Theil auf die Beeinflussung der Schutzdauer durch die Beschaffenheit des Impfstoffes und auf die Impfgesetzgebung und den Stand des Impfschutzes in Deutschland in den Jahren 1870/71, 1895 und 1896 über. Auf Grund seiner Ausführungen kommt er zu dem Ergebniss, dass das Impfgesetz vom Jahre 1874 genügt, um den Impfschutz zu gewährleisten, vorausgesetzt, dass die Ausführungsverordnungen wie bisher durchgeführt und die Impftechnik stetig fortgebildet wird. Um die letzere so vollkommen wie möglich zu gestalten, sind nöthig: a) die Impfung von älteren Rindern, b) die Konservirung des gewonnenen rohen Impfstoffs für 4—6 und mehr Wochen in unverriebenem Zustande bis kurz vor dem Monat der Verwendung, c) die weitere Zulässigkeit des Retrovaccinationsverfahrens, d) die Ueberwachung des Lymphverkaufs in den Apotheken, e) die Zahl der anzulegenden Impfstellen darf nicht noch weiter, als bereits geschehen (4 Stellen auf nur einem Arm) beschränkt werden. Die Zahl der Impfpusteln ist kein sicheres Zeichen für den Werth des zeitlich und individuell vorhandenen Impfschutzes; derselbe ist überhaupt nach 7—10 Jahren geschwunden und bedarf der Auffrischung durch die Revaccination. Mit Rücksicht darauf, dass in dem letzten Jahren durchschnittlich 15 % der Impflichtigen, darunter 2,73 % der Wiederimpfpflichtigen, nicht oder ohne Erfolg geimpft bezw. wiedergeimpft sind, ist die Zwangsimpfung beim Ausbruch einer Blatternepidemie nicht zu entbehren. Nothwendig ist, dass die durch privatärztliches Zeugniss befreiten Impfpflichtigen und die Impfrenitenten einer strengen behördlichen Kontrolle unterworfen werden. Die vollkommene Vaccine soll beim Menschen lokale (Bildung von Stippchen, Bläschen, Pustel, Schorf und Narbe) und allgemeine Krankheitserscheinungen (Fieber am 8. Tage nach der Impfung — z. Z. eine Ariola-Bildung um die Impfstelle herum —, das manchmal nur wenig angedeutet ist, und Achselschwellung) zu Stande bringen. Die nur mangelhaften Schutz gebenden Abortivformen der Variola in Vaccine kennzeichnen sich dagegen durch überstürzten und abgeschwächten Verlauf jener Symptome und entstehen entweder nach dem Gebrauch von nicht mehr reaktionsfähiger Lymphe oder bei theilweise noch vorhandener Immunität. Als Kontagium der Variola und Vaccine kommen bisher nur die von Chauveau (1865) aus der Lymphe abfiltrirten und die von Guarnieri zuerst (1892) in dem Corneaepithel gezüchteten schwarzen Körperchen in Betracht. Die Serumtherapie der Variola ist noch unsicher und kann die Vaccination nicht ersetzen. Rpd.

Beiträge zur Kenntniss des Vaccine-Erregers. Von Stabsarzt Dr. v. Wasielewski. Zeitschr. für Hygiene u. Infektionskrankheiten; 1901, XXXVIII. Bd., 2. H.

Die Schutzwirkung der Vaccineimpfung wissenschaftlich zu begründen, ist trotz aller Bemühungen bisher nicht gelungen. Verfasser hat sich bemüht, die Frage durch eingehende, im hygienischen Institut der Universität Halle a./S. angestellte Versuche zu lösen, namentlich nach der Richtung hin, ob wir in dem zuerst von Guarnieri bezeichneten Vaccinekörperchen in der That die Vaccineerreger oder eine Zelldegenerationsform vor uns haben. An der Hand der einschlägigen Litteratur erörtert er zunächst in kritischer Weise die Gründe für und gegen die Auffassung der Vaccinekörperchen als Degenerationsprodukte einerseits und als Parasiten anderseits, schildert dann die Eigenschaften der Vaccinekörperchen (Beweglichkeit, Gestalt und Bau, Vermehrung, ihre Einwirkung auf die Epithelzellen) und berichtet schliesslich über das Ergebniss seiner eigenen Versuche. Auf Grund derselben kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Die Vaccinekörperchen sind die einzigen charakteristischen Gebilde, welche bei Variola und Vaccine in Haut und Schleimhaut gefunden werden, in gesunder wie in anderweitig erkrankter Haut aber fehlen; die als Vaccineerreger beschriebenen Bakterien sind Saprophyten und entbehren jeder ätiologischen Bedeutung, wie die Wirksamkeit bakterienfreier Lymphe beweist.
2. Die Vaccinekörperchen treten in den Hornhautepithelzellen von Kaninchen mit Sicherheit auf, sobald wirksamer Impfstoff in eine Epitheltasche der Hornhaut gebracht wird.
3. Dieselben Gebilde lassen sich in Epithelzellen der Kaninchenhornhaut auf keine andere Weise erzeugen.
4. Es ist ausgeschlossen, dass die Vaccinekörperchen Leukozyten oder Zerfallsprodukte von Leukozyten sind.
5. Ihre angebliche Abstammung vom Epithelzellkern ist widerlegt:
   durch ihr Auftreten in völlig normalen Zellen;
   durch ihre Anwesenheit in mitotisch sich theilenden Zellen;
   durch die Lage der kleinsten Vaccinekörperchen am Rande des Impfherdes, wo sie besonders häufig in der Zellenperipherie, entfernt vom Zellkern gefunden werden.
6. Ihre Entstehung aus dem Zellprotoplasma in Folge einer spezifischen Giftwirkung der angeblich wegen zu geringer Grösse unserer Wahrnehmung entzogenen Vaccineerreger lässt sich weder beweisen, noch exakt widerlegen, ist aber aus folgenden Gründen durchaus unwahrscheinlich:
   a. weil die Vaccineerreger durch Filter zurückgehalten werden, demnach kein Grund vorliegt, ihren Durchmesser als besonders klein anzunehmen;
   b. weil die Vaccineerreger auftreten in mitotisch sich theilenden Zellen mit normaler Protoplasmastrahlung, deren Entstehung gerade aus denjenigen zentralen Cytoplasmatheilen abzuleiten ist, welche nach Hückel's Ansicht zuerst von der spezifischen Giftwirkung getroffen werden;
   c. weil eine ähnliche spezifische, einzelne Zelltheile zerstörende Giftwirkung nirgends bekannt ist;
   d. weil so weitgehende schnell auftretende Veränderungen wie die Vakuolenbildungen und der körnige Zerfall der Vaccinekörperchen an Degenerationsprodukten nie beobachtet sind;
   e. weil die Entstehung so charakteristischer Zelleinschlüsse mit keinem bekannten Degenerationsvorgang verglichen werden kann;
   f. weil das unwirksame Filtrat der Vaccinelymphe keine Giftwirkung auf das Epithel zeigt.
7. Grösse, Gestalt und Bau, Vertheilung und Ausbreitung an der Impfstelle, sowie das Vorkommen von Theilungs- und Zerfallsformen sprechen für die Annahme Guarnieri's, dass die Vaccinekörperchen Zellschmarotzer sind.
8. Die Veränderungen, welche die Anwesenheit der Vaccinekörperchen in den Epithelzellen hervorbringt, unterstützen diese Annahme.
9. Der Nachweis, dass durch 46 Generationen die Fortzüchtung wirksamer Vaccine im Epithel der Kaninchenhornhaut gelingt, beweist, dass eine lebhafte Vermehrung der Vaccineerreger an den Impfstellen dauernd erfolgt.
10. Da neben den Vaccinekörperchen an den Impfstellen weder mikro-

skopisch, noch bakteriologisch Mikroorganismen nachzuweisen sind, das konstante Auftreten der ersteren aber noch bis zur XLVIII. Generation im Hornhautepithel festgestellt werden konnte, so muss die Annahme Guarnieri's, dass die Vaccinekörperchen selbst die Vaccineerreger sind, als sehr wahrscheinlich bezeichnet werden. Rpd.

Therapie mit spezifischem menschlichen Rekonvaleszentenblutserum bei akuten Infektionskrankheiten. Von Kreisarzt Dr. Walger in Erbach. Centralblatt für innere Medizin; 1902, Nr. 2.

Verfasser hat in zahlreichen Fällen von verschiedenen Infektionskrankheiten spezifisches menschliches Rekonvaleszentenblutserum angewandt. Das vorläufige Ergebniss seiner Untersuchungen fasst er in 12 Leitsätzen zusammen, aus denen hervorgeht, dass er die bei den akuten Infektionskrankheiten vorgehenden lokalen Veränderungen (Exanthem, pneumonische Infiltration etc.) als Ausscheidungsbestrebungen des Organismus ansieht, wodurch mehr oder weniger grosse Mengen von Toxinen und Toxinbildnern aus dem Körper herausgeschafft werden. Nach seiner Ansicht bedingen sowohl die durch die Erreger verursachte Bildung der Toxine, wie die Heilbestrebungen des Organismus, die Toxine durch chemische Veränderung unschädlich zu machen und aus dem Körper auszuscheiden, sowie das gleichzeitige Bestreben des Körpers, die Toxine durch weitere chemische Vorgänge umzubilden, eine gesteigerte Wärmeproduktion, die sich in den verschiedenen Stadien als Fieber äussert.

Aus den Toxinen selbst bildet der Organismus dann in Folge eines Anreizes durch die Mikroorganismen Schutzstoffe und Heilkörper, deren Gegenwart im Blute des Rekonvaleszenten dem Serum heilende Wirkung verleiht. Ein durch Serum geheilter Fall liefert jedoch kein heilkräftiges Serum, weil eine Umbildung der Toxine nach der Einspritzung des Serums nicht mehr stattfindet; denn nach der Seruminjektion hat der Körper nur noch die Aufgabe, die noch in ihm kreisenden Toxine auszuscheiden, was ihm leicht gelingt. Es kommen aber auch zahlreiche durch die Natur geheilte Fälle vor, die kein wirksames Serum geben. Während die Fälle, bei denen wirksames Serum gewonnen werden kann, nach der Genesung für längere Zeit oder dauernd — je nach der Art der Krankheit — immun sind, ist dies bei den durch Serum geheilten nicht der Fall.

Verfasser betont, dass schädliche Nebenwirkungen bei Einverleibung des Serums, wenn dasselbe in sachgemässer Weise und ohne jede Künstelei, unter zweckmässiger Auswahl der Individuen, gewonnen worden ist, nicht vorkommen. Es tritt allerdings nicht sofort Entfieberung oder Verschwinden des lokalen Befundes ein, wohl aber eine ausserordentlich günstige Beeinflussung des subjektiven Allgemeinbefindens, die oft geradezu überraschend ist.

Interessant ist, dass in der am 16. Januar d. J. stattgehabten Sitzung der Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin Geh. Rath Prof. Dr. v. Leyden über erfolgreiche ähnliche Versuche mit dem Rekonvaleszentenserum von Scharlachkranken berichtet, die seit dem Jahre 1897 unter seiner Leitung in der ersten medizinischen Klinik angestellt sind, von denen jedoch Walger nichts bekannt war. Rpd.

Ueber den Werth einer intraperitonealen Einverleibung von Pferdeserum im Verlaufe operativer Eingriffe am Unterleibe. Von Dr. Raymond Petit. Aus dem Metchnikoff'schen Laboratorium des Institut Pasteur. Comptes rendus de soc. de biol.; 1901, S. 1185.

Auf Veranlassung Metchnikoff's prüfte Verfasser, ob es möglich sei, die leukotaktische Fähigkeit bestimmter Substanzen für die operative Chirurgie des Unterleibes auszunützen, wenn man als Ort der lokalen Anwendung die Peritonealhöhle wählte. Auf Grund einer Arbeit Issaeff's, der mit Cholerabazillen entsprechende Versuche gemacht hatte, und auf den Rath von Besredka entschied er sich für die Anwendung von Pferde- oder Ochsenserum, das ½ Stunde lang auf 55° erhitzt war, da diese Flüssigkeiten die Leukozyten am stärksten anzulocken vermögen.

An Meerschweinchen legte er zunächst eine Stelle des Dünndarms bloss, liess etwas Koth in die Bauchhöhle austreten und nähte dann die Wunde.

Thiere, die 24 Stunden vor der Operation 2—3 ccm Serum intraperitoneal empfangen hatten, lebten 2—3 Tage länger, als Kontrolthiere.

Deutlicher war das Ergebniss, wenn der Verfasser Thieren nach Analogie der Issaeff'schen Versuche intraperitoneal die 1—5fache tödtliche Dose des Typhusbacillus, des Bacterium coli, des Staphylococcus aureus beibrachte, nachdem sie 24 Stunden vorher intraperitoneal mit Pferdeserum injizirt worden waren.

Die Kontrolthiere starben alle in 24 oder 30 Stunden, die mit Serum vorbehandelten Thiere blieben gesund.

Hatten diese Thierversuche die Unschädlichkeit einer derartigen Serumanwendung ergeben — als Nebenwirkung war nur eine geringe Temperatursteigerung zu registriren — so wagte Verfasser nunmehr auch an 3 operativen Eingriffen beim Menschen vor Schluss der Bauchhöhle 10 ccm des Serums in die Beckenhöhle einfliessen zu lassen.

Der günstige Erfolg auf den Heilverlauf war offensichtlich, obwohl es sich zwei Mal um schwere eitrige Prozesse handelte. Die reizende Einwirkung auf die Phagozyten lässt sich also allem Anschein nach bei diesen Operationen benutzen, um einer Infektion vorzubeugen. Dr. Mayer-Simmern.

Der jetzige Stand der Perlsucht- und Tuberkulosenfrage und ihrer praktischen Konsequenzen. Von L. Fürst in Berlin. Deutsche Medizinal-Ztg.; 1902, Nr. 6.

Verfasser betont zunächst, dass gleichzeitig mit R. Koch auch Paul v. Baumgarten den Tuberkelbacillus entdeckt habe. Schon 1881 im Dezember habe v. B. den Tuberkelbacillus seinem damaligen Chef demonstrirt. Und gerade in der Aufklärung des Verhältnisses von Perlsucht und Tuberkulose sei das Hauptverdienst v. B. zuzuschreiben.

Im Jahre 1893 hat v. B. darauf aufmerksam gemacht, dass beide Bazillenarten nicht völlig identisch sind: menschliche Tuberkulose hafte nicht beim Rinde, weder intraokular noch subkutan; wohl aber hafte der Perlsuchtbacillus. Und umgekehrt bei Sektionen von Menschen, auf die der Perlsuchtbacillus übertragen war (er war auf unheilbare Krebskranke überimpft), fanden sich weder an den Impfstellen, noch in den Drüsen, noch sonst wo Tuberkelbazillen.

Müssen nun nach Koch's heutigen Anschauungen die bisher gültigen hygienischen Massregeln fallen?

So radikal äussert sich v. Baumgarten nicht. Er meint, die beiden Formen (Perlsucht und Tuberkulose) sind ursprünglich identisch gewesen; durch Aufenthalt in verschiedenen Thierkörpern, denen der Bacillus sich „akkomodirte", ist allmählich eine „Umstimmung" erfolgt. Jetzt ist die Bazillenart differenzirt. Und wie diese Differenzirung erworben ist, so kann sie durch Züchtung auch wieder verloren gehen.

Eine Arbeit von A. Gottstein kommt zu dem Schlusse, dass die bisherigen prophylaktischen Massregeln nicht ohne Weiteres wieder aufzugeben sind. Im gleichen Sinne äussern sich noch verschiedene andere Autoren.

Der Perlsuchtsbacillus kann gewiss den Darm eines kindlichen Körpers passiren, ohne ihn krank zu machen; aber dass er durchweg für jedes Kind harmlos sei, ist noch nicht erwiesen.

So endet Verfasser seine Arbeit mit dem Satze: Die bisherigen hygienischen Vorschriften gegenüber der Möglichkeit der Gefahr von verdächtiger Milch müssen bis auf Weiteres bestehen bleiben, so lange die absolute Nichtidentität der Perlsucht und der Tuberkelbazillen nicht sicher, auch klinisch, erwiesen ist. Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Beitrag zur Kenntniss der Lungenphthise im Säuglingsalter (mit Kasuistik). Von Dr. Alex Quirin, Assistenzarzt an der k. Univ. Poliklinik in Tübingen. Münchener med. Wochenschrift; 1902, Nr. 6.

Nachdem sich Verfasser in der Einleitung über Vorkommen und Sitz der örtlichen tuberkulösen Erkrankung im frühen Kindesalter verbreitet hat, veröffentlicht er einen in der Poliklinik zu Tübingen beobachteten Fall von Lungenphthise mit grösserer Kavernenbildung bei einem 5monatlichen Säugling, um

einerseits die noch sehr kleine Kasuistik solcher Fälle zu bereichern, anderseits wegen des äusserst eigenartigen und interessanten Verlaufes der Erkrankung.

Es handelte sich hier um einen hereditär nachweisbar nicht belasteten, durch schlechte und unzweckmässige Ernährung jedoch stark geschädigten Organismus. Bei der Aufnahme bestand eine Bronchitis capillaris, in deren Gefolge diffuse bronchopneumonische Herde konstatirt werden konnten, und zwar zunächst nur in der rechten, später auch in der linken Lunge. Klinisch wurde der Verdacht auf die tuberkulöse Form der lobulären Pneumonie durch die lange Dauer (ca. 2 Monate) der katarrhalischen Erkrankung gelenkt, verbunden mit steter Abnahme der Kräfte und kontinuirlichem, unregelmässigem Fieber; ausserdem stellten sich langsam Kavernensymptome ein. Absolut gesichert wurde die klinische Diagnose aber durch den Nachweis von Tuberkelbazillen.

Die Sektion des 14 Tage nach der Aufnahme gestorbenen Kindes ergab: Sehr stark abgemagerte Leiche. Die Lungen sind mit der Thoraxwand verklebt, die rechte in ihrer ganzen Ausdehnung; sie sind ausserdem vergrössert, von käsigen Knoten dicht durchsetzt. Herzfleisch blass, fast normal. Aus dem durchschnittenen Hauptbronchius der linken Lunge entleert sich dickes, schleimig eitriges Sekret. Die im linken Hilus gelegenen Bronchialdrüsen sind nur wenig vergrössert. Der Rand scharf, das Gewebe, namentlich im Oberlappen, durchsetzt von zahlreichen derben Herden, die dicht aneinander gelegen sind und nur noch schmale Brücken normalen Gewebes zwischen sich lassen. Im Unterlappen sind die Knoten kleiner und spärlicher, vielfach nur miliar. Die Pleura ist überall glänzend, glatt durchsichtig. Auf dem Durchschnitt finden sich in der künstlich aufgeblasenen Lunge innerhalb des übrigens völlig lufthaltigen Gewebes sehr zahlreiche, erbsen- und darüber grosse, nicht runde, sondern unregelmässig, oft kleeblatt- oder traubenförmig konfigurirte Knötchen von durchwegs gleichmässiger käsiger Beschaffenheit. Nirgends zeigt sich in den Herden auch nur der Beginn einer Erweichung. In der rechten Lunge findet sich auch eine grössere Kaverne, die einen erheblichen Theil des Oberlappens einnimmt, etwa das mittlere Drittel desselben vollständig zerstört hat und nach unten bis zur Interlobularspalte reicht. Die Wand der Kaverne ist unregelmässig zerklüftet, zeigt aber nirgends eine eigentlich trabekuläre Beschaffenheit, auch ist nichts von einer schwieligen Abgrenzung zu bemerken, sondern sie geht unmittelbar über in käsige Zerfallsmassen, die sich auf dem Boden der angrenzenden käsigen Herde gebildet haben. Die Kaverne kommunizirt offen mit grösseren Bronchien und enthält einen schmierigen, nicht deutlich mit käsigen Bröckchen vermengten Inhalt. Die nicht kavernös zerfallenen Theile des rechten Oberlappens sind knotig infiltrirt, die Knoten haben etwa die Beschaffenheit, wie links, ebenso der mittlere und der untere Lappen. In dem sich im Allgemeinen sehr derb, fast hepatisirt anfühlenden Unterlappen sind ebenfalls käsige Herde vorhanden, die aber kleiner sind als im Oberlappen; sie haben hier theilweise miliare Grösse. An der rechten Lunge findet sich sehr deutlich eine grossartige Intumescenz der Bronchialdrüsen, die den Hauptbronchus umgürten und in Verbindung stehen mit grossen käsigen Drüsengruppen längs der Brustwirbelsäule. Die Bronchien sind beiderseits von reichlichem, schleimigem Sekret erfüllt und zeigen bis in die feinsten Aeste hinein eine gerötheten und geschwellte Schleimhaut.

Die Tonsillen sind zerklüftet durch starke Lakunenbildung, makroskopisch ohne Tuberkel; ebenso wenig sind in dem Pharynx käsige Follikel zu sehen. Die jugularen Lymphdrüsen sind stellenweise in käsige, über bohnengrosse Knollen umgewandelt, ebenso findet sich in der rechten Inguinalgegend eine über erbsengrosse, verkäste Lymphdrüse.

Die etwa auf das Doppelte der normalen Grösse vergrösserte Milz zeigt sowohl auf der Kapsel, als auch im Innern stecknadelkopfgrosse käsige Knötchen in mässiger Zahl.

Die Mesenterialdrüsen sind stark vergrössert bis linsen- und bohnengross, und in käsig aussehende Knoten verwandelt. Im Ileum zeigen sich an Stelle der Peyer'schen Plaques ganz frische, eben in geschwürigen Zerfall begriffene käsige Infiltrate.

Die klinische Diagnose fand also ihre Bestätigung durch die pathologisch-anatomische: Grossknotige Tuberkulose der Lungen in der Form der käsigen Lobulärpneumonie, besonders beider Oberlappen mit Bildung einer grossen

Kaverne in der rechten Spitze. Sekundär: Spärlich miliare Tuberkel in der Milz und vereinzelte frische Darmgeschwüre (entstanden durch verschlucktes Sputum). Es ist dies ein ganz ausnahmsweiser Verlauf und eine seltene Lokalisation der Lungenphthise im Säuglingsalter, wie er bei Kindern unter $^1/_2$ Jahr in der Literatur kaum verzeichnet ist. Nur Demme beschreibt noch das Vorkommen einer pfirsichkerngrossen Kaverne in einer Lungenspitze bei einem 12 Tage alten Kinde, jedoch neben anderen noch kleineren Kavernen im Unterlappen. In vivo wurde hier die Diagnose auf Atelectasis pulmonum gestellt.

Verfasser verbreitet sich schliesslich noch über die Schwierigkeit der Diagnosenstellung der Phthise im frühesten Kindesalter zu Lebzeiten und über die zur Sicherung dieser Diagnose nöthige und einfachste Nachweismethode von Tuberkelbazillen im Auswurf. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber Heilstätten und Tuberkulin-Behandlung in gegenseitiger Beziehung. I. Die bisherigen in Heilstätten erzielten Dauererfolge. Von Dr. Weicker, ärztl. Direktor in Görbersdorf. Vortrag gehalten in der Tuberkulose-Kommission der Naturforscherversammlung in Hamburg. Berl. Klin. Wochenschrift; Nr. 4, 1902.

In Deutschland, dass an der Spitze aller Kulturstaaten mit seiner gesetzlichen Arbeiterversicherung steht, wurden 3766761 M. im Jahre 1900 auf Heilung der Tuberkulose verausgabt. Die Anzahl der Volksheilstätten (z. Z. 59) ist im kontinuirlichen Anwachsen begriffen. Nach der Statistik des Reichsversicherungsamts (Mittheilungen der Landesversicherungs-Anstalten; Bielefeld) schwanken die durch Sanatoriumbehandlung erzielten Anfangserfolge bei Abschluss des Heilverfahrens zwischen 68% (bei männlichen) und 74% (bei weiblichen) Versicherten. Die Nachprüfung der Heilerfolge auf ihre Dauer ergiebt, dass nach Ablauf von 2 Jahren von je 100 Kranken noch 8—38 bezw. 44 erwerbsfähig sind. Nach den Zusammenstellungen von Engelmann, die aus dem von Lungenheilstätten eingegangenen Material im Kaiserl. Gesundheitsamt gewonnen sind, erreichen die Heilerfolge bei Abschluss der Kur die Höhe von 74%, die allgemeine Dauererfolgstatistik zeigt nach Ablauf von 2 Jahren einen Dauererfolg von 48%, die Statistik über die als arbeitsfähig Entlassenen einen Dauererfolg von 60%. Durchschnittlich 20% der Kranken, welche mit bacillenhaltigem Auswurf in die Heilanstalt kommen, verlieren die Bazillen.

Die Forderung Brehmer's, dass der Tuberkulöse bis zu seiner Heilung im Sanatorium zu verweilen habe, kann in den Heilstätten nicht berücksichtigt werden. Während der begüterte Tuberkulöse durch den Aufenthalt im Sanatorium sein Leben erhalten will, verfolgen die krankenfürsorgepflichtigen Organe das Ziel, einer verheerenden Seuche Einhalt zu thun, damit die Arbeitskraft der davon Befallenen nicht verloren gehe (§. 18 der Invaliditätsversicherung). Deshalb lässt man zur Aufnahme möglichst nur solche Kranke zu, deren initiale Erkrankung eine wesentliche Besserung bezw. Heilung in beschränkter Zeit (13 Wochen) möglich ist, während Phtisiker im letzten Stadium in Heimstätten für bettlägerige Lungenkranke gehören. Eine wirkliche Heilung nach 13 Wochen hält Verfasser selbst bei den arbeitsfähig Entlassenen für ausgeschlossen. Der Nachweis der Heilung kann nur durch probatorische Tuberkulininjektion erbracht werden, die z. Z. wegen Ablehnung eines Theils der Aerzte und des Publikums nicht geschieht. Die 13wöchige Kur kann nur als ein bedingtes Heilmittel angesehen werden. Die als arbeitsfähig Entlassenen werden nicht 100% Arbeitsfähigkeit erreichen; denn als arbeitsfähig im Sinne des §. 5 Abs. 4 des Invalidengesetzes gelten alle, die noch im Stande sind, $^1/_3$ des ortsüblichen Tagelohns zu verdienen.

Verfasser fordert eine Ergänzung des Heilverfahrens. Das Ziel, wonach er strebt, ist nicht nur die Arbeitsfähigkeit des Individuums, sondern die allmähliche Gesundung der Nation. Der Beweis, dass die Kurve der Tuberkulosemortalität sich konstant niedrig halten wird, steht noch offen. Allerdings bilden die Heilstätten einen Erziehungsfaktor, so dass die hygienische Erziehung die Infektionsgefahr der Entlassenen herabmindert. Das Mittel, um die als arbeitsfähig Entlassenen zum grossen Theil in Heilung überzuführen, besteht in der fakultativen Anwendung des Tuberkulin in Etappenform bei geeigneten Individuen. Anstaltsarzt, Versicherungsarzt und Kassenarzt müssen hierbei eine geschlossene Kette bilden, welche in Betreff des Individuums in steter Fühlung bleiben.

Verfasser kommt zu folgendem Schlusssatz:

„Die bisherigen Dauererfolge in Lungenheilstätten können nicht als Dauerheilungen bezeichnet werden, vielmehr sind sie nur Hinausschieben der Todesfälle. Es gilt daher alle Mittel, welche geeignet sind, die Heilungen zu vollenden, zur Mitwirkung heranzuziehen. Nach den nunmehr vorliegenden Erfahrungen erscheint als ein solches Hülfsmittel die Tuberkulinbehandlung in etappenförmiger Durchführung." Dr. Räuber-Düsseldorf.

Heilstätten und Tuberkulinbehandlung in gegenseitiger Ergänzung. II. Der gegenwärtige Stand der Tuberkulinbehandlung. Von Dr. J. Petruschky, Direktor des bakteriologischen Instituts und Stadtarzt zu Danzig. Vortrag gehalten in der Tuberkulose-Kommission der Naturforscher-Versammlung zu Hamburg. Ibidem; Nr. 5, 1902.

Man weiss jetzt endgiltig, dass das Tuberkulin ein zur Immunisirung verwendbares Toxin ist, welches dem geeigneten Körper eine erhöhte Widerstandsfähigkeit gegen die Tuberkulose verleiht und durch Blutzufuhr zu den erkrankten Organen die Demarkation und Abstossung der erkrankten Organtheile befördert. Man weiss ferner, dass bei wirklich beginnenden Tuberkulosefällen ausnahmslos Heilung zu erzielen ist. Es kommt aber in erster Linie auf die Auffindung und Behandlung der Frühstadien der Tuberkulose an. Das früheste Stadium beginnt nicht mit Spitzenkatarrh, sondern einer Reihe von Vorläufern — Drüsenerkrankungen, Abmagerung, Blutarmuth, Brustfellentzündung und ähnlichen Erscheinungen —, welche die tub. Injektion aus dem primären Stadium der Drüsenerkrankungen durch das sekundäre der Gewebsinvasion in das tertiäre der Gewebszerstörung hinüberleiten. Wo die Lungenspitze bereits nachweislich erkrankt ist, ist die Gewebszerstörung stets schon im Gange und die nach Turban, Weicker u. A. aufgestellten 3 Stadien der Lungenerkrankungen können sämmtlich als Unterabtheilungen des tertiären Stadiums gelten. In den beiden ersten dieser Stadien, sofern sie frei von Sekundärinfektion sind, ist das Tuberkulin noch anwendbar.

Ein relativ wohlfeiles und geringe Berufsstörung verursachendes, von Weicker und vom Verfasser empfohlenes kombinirtes Verfahren besteht in „Auffütterung" der Kranken in einer Heilanstalt (6—8 Wochen) mit darauf folgender Tuberkulinbehandlung in Etappen und zwar kann die erste derselben in der Heilanstalt begonnen und ambulatorisch am Wohnorte des Kranken fortgesetzt werden. Eine nothwendige Ergänzung der Heilstätten werden Untersuchungsstationen für tuberkuloseverdächtige Kranke bilden müssen, poliklinische Institute, welche auch die Nachbehandlung und Nachprüfung der entlassenen Fälle übernehmen können. Sie würden mit kleinen Krankenabtheilungen auszurüsten oder an bestehende Krankenhäuser anzugliedern sein. Unentbehrlich zum Vernichtungskampf gegen die Tuberkulose sind Invalidenheimstätten für die Spätstadien der Tuberkulose. Eine Entlastung der Heilstätten ist ferner dadurch möglich, dass diejenigen Fälle von Tuberkulose, welche noch keine Tuberkelbazillen auswerfen und sich in günstigem Kräftezustande befinden, sogleich ambulatorisch mit Tuberkulin behandelt werden, ohne einer vorbereitenden Heilstättenbehandlung zu bedürfen. Das kombinirte Verfahren dürfte die wirklichen Dauererfolge der Heilstätten mindestens verdoppeln. Wenn nach Engelmann nach 4jähriger Uebersicht das I. Lungenstadium 44,4 %, das II. Lungenstadium 16,7 %, das III. Lungenstadium 0 % andauernde Erwerbsfähigkeit ergeben, so schätzt Verfasser die Erfolge des kombinirten Verfahrens im I. auf 90—100 %, im II. auf 40—50 %, im III. Stadium auf 0 % Dauererfolge. Hierzu fehlt aber noch ein wichtiger Faktor, nämlich die mit der Tuberkulinbehandlung hinreichend vertrauten Aerzte. Diese muss aber als Spezialität erlernt und betrieben werden.

Die Thesen lauten:

„I. Die Erfahrungen über die diagnostische und therapeutische Verwendbarkeit des Tuberkulins sind durch die jahrelangen Bemühungen weniger Autoren soweit gefördert, dass es dem wohl informirten Arzte jetzt möglich ist, Missgriffe bei der Anwendung des Tuberkulins zu vermeiden.

II. Die Kombination der physikalisch-diätetischen Behandlungsmethode mit der Tuberkulin-Behandlung in Etappen ist zur Zeit die empfehlenswertheste Methode der Behandlung nicht zu vorgeschrittener Lungentuberkulose.

III. Die Frühdiagnose mittelst Tuberkulin ist im weitesten Umfange anzustreben.

IV. Zur wirksameren Organisation der Tuberkulose-Bekämpfung sind Untersuchungsanstalten für Tuberkulose-Verdächtige und Heimstätten für Tuberkulose-Invaliden unentbehrlich." Dr. Räuber-Düsseldorf.

Massnahmen zur Ergänzung der durch Unterbringung in Heilstätten geübten Fürsorge für Lungenkranke. Mit besonderer Berücksichtigung der Familienangehörigen der an Tuberkulose erkrankten Personen. Von H. Gebhard, Direktor der Landesversicherungsanstalt der Hansastädte zu Lübeck. Berl. klin. Wochenschr.; 1902, Nr. 3.

Verfasser weist nach, dass der Umfang der Fürsorge für Lungenkranke, soweit sie in deren Verschickung in Heilstätten bethätigt wird, für die Bekämpfung der Tuberkulose nicht genügt, dass dabei insbesondere für erkrankte Familienangehörige, Frauen und Kinder, nicht in ausreichendem Umfange gesorgt ist. Die Heilstättenbehandlung kommt zur Zeit zum überwiegenden Theile denjenigen Bevölkerungskreisen zu Gute, welche der Invaliden-Versicherung unterstehen. Der Tuberkulöse gefährdet seine Umgebung, Eltern und Kinder und macht sein Heim zu dem Orte, aus dem ihnen Siechthum und Elend erwächst. Um die Tuberkulose als Volkskrankheit zu bekämpfen und vollen Erfolg zu erzielen, genügt es nicht, die Erkrankten durch Verschickung in eine Heilstätte der Genesung zuzuführen, vielmehr sind Massnahmen nöthig, welche den Zweck verfolgen, die der Infektionsgefahr besonders ausgesetzten Personen in den Stand zu setzen, die Gefahr der Erkrankung zu überwinden, und ferner Massnahmen zur Beseitigung von Missständen, welche die Gefahr für Dritte hervorrufen.

Diejenigen Massnahmen, welche vom Verfasser als die dringendsten bezeichnet werden, sind:

1. Ausdehnung der Befugniss der Versicherungsanstalten, das Heilverfahren für Lungenkranke einzuleiten, auf die Angehörigen der Versicherten, soweit der §. 45 der Invalidenversicherung dazu Raum giebt, und wo dies nicht der Fall ist, Schaffung von Heilstätten für die Angehörigen der Minderbemittelten durch Wohlfahrtsvereine.

2. Zusammenwirken der die Verschickung von Lungenkranken in Heilstätten besorgenden Stellen (Invaliditätsversicherungsanstalten, Wohlfahrtsvereine) mit den hier die Handhabung der hygienischen Fürsorge im Allgemeinen zuständigen Stellen dergestalt, dass, wenn aus Anlass von Anträgen auf Verschickung Kranker das Vorhandensein von Tuberkulose festgestellt ist, die gründliche und dauerhafte Reinigung und Desinfizirung der infizirten Räume bewerkstelligt wird.

3. Versorgung solcher Familien, in welchen sich an Tuberkulose erkrankte Personen befinden, mit Wohnungen, welche die Möglichkeit einer grösseren räumlichen Trennung der Erkrankten von den Mitbewohnern (Familienangehörigen) bieten, als sie die Wohnungen der Minderbemittelten im Allgemeinen gewähren, und Aufsichtführung darüber, dass alsdann die geräumigere Wohnung auch dauernd zu dem vorgeschriebenen Zwecke benutzt wird.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Ruhe und Bewegung in der Phthiseotherapie. Von Dr. Naegelsbach, 2. Arzt der neuen Heilanstalt in Schömberg-Neuenbürg. Vortrag, gehalten in der Tuberkulose-Kommission der Naturforscher-Versammlung zu Hamburg. Ibidem; 1902, Nr. 8.

Die Eintheilung von Ruhe und Bewegung im Leben der Lungenkranken ist einer der wichtigsten Faktoren in der Phthiseotherapie; der Kranke hat ein sehr differentes Mittel in der Hand, wenn man ihm die Dosirung dieser Arznei selbst überlässt. Verfasser bespricht die Indikationen bezw. Kontraindikationen für Bettruhe, Freiluftliegekur, Gehen, Steigen, Spielen, Athmungsgymnastik, Radeln, Schlittschuhlaufen und Reiten, wie sie sich allmählich herausgebildet haben. Genaue Beobachtung und Berücksichtigung der Individualität der Kranken sind nothwendig. Der Vortrag ist vorwiegend von therapeutischem und spezialärztlichem Interesse. Dr. Räuber-Düsseldorf.

Ist die bei Tuberkulösen nach leichten Körperanstrengungen auftretende Temperatursteigerung als Fieber anzusehen? Von Dr. A. Ott, Heilstätte Oderberg a./Harz. Vortrag, gehalten in der Tuberkulose-Kommission der Naturforscher-Versammlung zu Hamburg. Ibidem; Nr. 6.

Verfasser hat die Penzoldt'sche Beobachtung, dass bei sonst fieberfreien Tuberkulösen durch verhältnissmässig leichte Körperbewegungen, z. B. durch einstündigen Spaziergang, Steigerung der Körperwärme auf 38° und darüber hervorgerufen wird, bei 100 darauf untersuchten Kranken bestätigt. Man muss jedoch, um Täuschungen zu entgehen, nicht die Temperatur in der Mundhöhle, sondern im After messen. Es handelt sich in der That um einen wirklichen Fieberzustand, was durch das Auftreten von Albumosurie erwiesen wird, und nicht um einfache Wärmestauung. Für das praktische Handeln ergiebt sich hieraus, dass die Einschränkung der Bewegung während der Kur nothwendig ist, um das an körperliche Ueberanstrengungen sich anschliessende, mit fortschreitendem Verfall des Körpers verbundene, längere Fieber zu verhindern. Das nöthige Quantum an Bewegung muss allerdings jeder Phthisiker haben, aber man soll ihm nicht unbeschränkte Bewegungsfreiheit gestatten und anderseits nicht in das entgegengesetzte Extrem einer permanenten Liegekur von Morgens bis Abends verfallen. Dr. Räuber-Düsseldorf.

Was soll mit den armen Schwindsüchtigen geschehen? Eine praktische Lösung der Frage. Von E. J. Barrick, Vize-Präsident des amerik. Tuberkulose-Kongresses. The Medico-legal Journal; 1901, XIX. Nr. 2, S. 299.

Die Frage, was mit den unbegüterten Schwindsüchtigen zu geschehen habe, war 1899 in einem Vortrage, den der Verfasser vor der medizinischen Gesellschaft in Kanada gehalten hatte, dahin beantwortet worden, dass ländliche Sanatorien von jedem einzelnen Gemeinwesen oder mehreren zugleich errichtet werden müssten, in welche Schwindsüchtige in jeder Lebenslage und in jedem Stadium der Erkrankung aufgenommen werden könnten. Dieser Plan ist nun in der Provinz Ontario und der Stadt Torento bereits der Lösung nahe.

Die antituberkulöse Liga der Provinz, ein Zweig der Kanadischen Gesellschaft, deren Ehrenpräsident der Generalgouverneur ist, legte am 7. März 1900 den Plan ihren Mitgliedern vor. Innerhalb eines Monats wurde dem Parlament ein Gesetzentwurf vorgelegt: „An act respecting municipal sanatoria for consumptives", der alle Instanzen durchlief und, ohne dass sich im Parlamente eine Stimme dagegen erhob, Gesetzeskraft erlangte.

Dieses Gesetz gewährleistet praktisch unter gewissen Bedingungen einen staatlichen Zuschuss von 4000 Dollars für die Errichtung jedes städtischen Sanatoriums und einen solchen von 1,50 Doll. pro Woche für jeden darin behandelten Kranken.

Nach Besprechung des Planes durch den zuständigen Medizinalbeamten im Stadtrath von Torento und nach Empfehlung durch das Ortsgesundheitsamt, soll der Fond zum Ankauf von Ländereien und zur Errichtung von Gebäuden ausser aus jenem staatlichen Zuschuss aus weiteren, von den städtischen Steuerzahlern aufzubringenden 50000 Doll. bestehen. Die Hälfte dieses Betrages soll verfügbar sein, wenn eine gleich hohe Summe aus Schenkungen, Beisteuern, Stiftungen hinzugekommen ist; so sollen einstweilen 50 Patienten Aufnahme finden können.

Auch ausser jenem staatlichen Zuschuss von 1,50 Doll. pro Woche für jeden Patienten sind städtische Unterstützungen von wöchentlich 2,80 Doll. für jede arme Person bereits gewährleistet.

Hierzu müssen nun, wie in Deutschland, weitere Beiträge kommen. (Schenkungen, Stiftungen, Legate, Beiträge von Kirchen, wohlthätigen Gesellschaften.) Das Unternehmen ist aber finanziell gesichert.

Dr. Mayer-Simmern.

Milchgenuss und Tuberkulosesterblichkeit. Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Biedert und E. Biedert in Hagenau i. E. Berliner klinische Wochenschrift; 1901, Nr. 47.

Die Verfasser gingen von dem Gedanken aus, dass, wenn eine Uebertragbarkeit der Tuberkulose auf Menschen durch perlsuchtbazillenführende

Milchkühe stattfinde, sich dieser Zusammenhang am leichtesten in einer viehreichen Gegend, wo erwiesenermassen viel Milch und deren Produkte in infektionstüchtigem Zustande konsumirt wird, feststellen lassen müsste. Zu diesem Zwecke werden aus den verschiedensten Regierungsbezirken Bayerns genaue Angaben über die Anzahl der Kühe und statistische Zahlen über die Viehtuberkulose beim geschlachteten Rindvieh und über die Menschentuberkulosesterblichkeit vergleichend neben einander gestellt. Danach sind von den 8 Regierungsbezirken die 4 viehreichen diejenigen mit der niedrigsten Menschentuberkulose, ausgenommen das viehreiche Oberbayern, welches das viehharme Oberfranken um ein ganz Geringes übersteigt. Das ist aber nur darauf zurückzuführen, dass in Oberbayern 4 Städte mit sehr hoher Tuberkulosesterblichkeit sind, während Oberfranken nur eine Stadt in gleicher Höhe aufzuweisen hat. Bei einem Vergleiche beider Bezirke ohne Städte hat Oberfranken die höhere Tuberkulosezahl. Die vier viehharmen Bezirke bilden also thatsächlich die tuberkulosereiche Hälfte gegenüber den vier viehreichen. Stellt man weiter das Mittel von Viehzahl, Viehtuberkulose und Menschentuberkulose in allen vier viehreichen Bezirken den entsprechenden Mitteln für ganz Bayern mit Einschluss der Städte gegenüber, so sind hier sowohl Viehzahl, wie Viehtuberkulose geringer, die Menschentuberkulose jedoch höher als dort, wo diese durch die Viehhaltung und Viehерkrankung vorwiegend gefördert sein könnte. Niederbayern hat die niedrigste Menschentuberkulose und dabei die zweithöchste Viehzahl und Viehtuberkulose im ganzen Königreich. Dagegen hat die Pfalz bei niedriger Viehzahl und Viehtuberkulose die höchste Menschentuberkulose. Es erscheint daher in diesen Feststellungen die Perlsucht des Milchviehs ganz einflusslos und unschädlich für die Menschen. Der hohen Viehzahl stehen sogar die günstigsten Tuberkuloseverhältnisse bei Menschen gegenüber, so dass der durch eine hohe Viehzahl gesteigerte Rohmilchgenuss nützlich statt schädlich erscheint, was nach Ansicht der Verfasser ganz begreiflich ist, wenn man in Betracht zieht, dass ausgedehnte Milchwirthschaft wahrscheinlich den Wohlstand und ausgedehnter Milchgenuss eine gute Ernährung in den betr. Bezirken verallgemeinert.

Dr. Roepke-Lippspringe.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. In der Sitzung vom 27. Februar kam eine Petition des Deutschen Drogistenverbandes betreffs **Freigabe unschädlicher Heilmittel** für den Arzneimittelhandel ausserhalb der Apotheken zur Berathung. Von dem Berichterstatter der Petitionskommission wurde der Antrag gestellt, die Petition dem Reichskanzler als Material zu überweisen, während von anderer Seite die Ueberweisung zur Berücksichtigung gefordert wurde, da den Drogisten in weit umfassenderer Weise durch die Gesetzgebung geholfen werden müsse. Der Antrag der Kommission wurde angenommen. Mit Rücksicht auf die bereits am 22. Oktober v. J. erlassenen Kaiserlichen Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln hätte man sich die ganze Debatte über diese Frage sparen können; der Erlass dieser Verordnung scheint aber selbst den Reichstagsabgeordneten nicht allgemein bekannt gewesen zu sein, die sich mit der Materie beschäftigt haben und das Wort dazu ergriffen.

In derselben Sitzung kamen auch die alljährlich wiederkehrenden Petitionen, betreffs **Aufhebung des Impfgesetzes**, zur Verhandlung. Von sozialdemokratischer Seite wurde Ueberweisung der Petition zur Berücksichtigung beantragt, während der Abg. Dr. Endemann (natl.) betonte, dass wir in Deutschland ohne Impfung sehr bald wieder zu ähnlichen Zuständen kommen würden, wie in Ländern ohne Impfzwang. Die von den Impfgegnern als Gespenst heraufbeschworene Syphilis sei überhaupt nicht zu fürchten, seitdem nur mit Kuh- bezw. Kälberlymphe geimpft und bei der Gewinnung der Lymphe die grösste Vorsicht angewandt werde. Auch die Methoden der Impfung seien fortwährend verbessert. Die Blattern würden hauptsächlich nach Deutschland aus Russland und denjenigen Ländern eingeschleppt, in denen kein Impfzwang bestehe. Wer sich nicht überzeugen lassen wolle, der sei natürlich nicht zu überzeugen; es gebe ja selbst Leute, die glauben, dass ein Kameel durch ein Nadelöhr gehen könne. Redner will aber damit durchaus nicht seine Kollegen, die Impfgegner sind, mit diesem sehr nützlichen Wüstenthier vergleichen. Geh. Ob.-Reg.-Rath Bumm wies den Vorwurf, dass die Reichsregierung den wieder-

halten Anregungen des Reichstages nicht nachgekommen sei und noch gar nichts in dieser Sache gethan habe, zurück. Auf Anregung des Reichstages sei im Jahre 1899 eine Sachverständigenkommission im Reichsgesundheitsamt zusammengetreten, der auch ein Impfgegner angehörte, um die Frage einer eingehenden Prüfung zu unterziehen. Das Ergebniss dieser Konferenz sei eine Revision der geltenden Ausführungsbestimmungen des Impfgesetzes gewesen. Diese Ausführungsbestimmungen seien noch im Jahre 1899 publizirt und enthielten einige sehr wesentliche Verschärfungen der bisher geltenden Vorschriften. Mit allen Mitteln würde allen irgendwie auftretenden Schädigungen entgegengearbeitet. Die massgebenden Kreise der Wissenschaft, alle Sachverständigen seien nach wie vor von der Nothwendigkeit der Impfung überzeugt; sie erklären alle, es würde ein grosses Unglück sein, wenn der Impfzwang aufhören sollte. Erkrankungen an Syphilis könnten jetzt nicht mehr vorkommen. Die ausserordentlichen Erfolge der Impfung werde durch die Statistik bewiesen. In den Jahren 1893 bis 1897 seien in Deutschland nur 287 Pockenerkrankungen, in Belgien aber 3200, in Oesterreich 11000, in Russland sogar 275000 vorgekommen. Gerade jetzt eine Abschwächung des Gesetzes herbeizuführen, würde besonders gefährlich sein, da die Pocken in besorgnisserregender Weise in Italien, England und den Niederlanden um sich gegriffen haben. Am 18. Februar hätten sich in London 1204 Pockenkranke in den Hospitälern befunden. Die Leute drängten sich jetzt dort zu den Impfungen, die Aerzte könnten nicht genug Lymphe schaffen. Dies zeige doch auch, dass man in England zur Ueberzeugung von der Nothwendigkeit der Impfung gekommen sei. Man solle sich daher hüten, eine Bresche in das Gesetz zu schlagen. — Der sozialdemokratische Antrag wurde hierauf abgelehnt und die Petition der Regierung nur als Material überwiesen.

Der **Entwurf eines Gesetzes zum Schutze des Genfer Neutralitätszeichens (Rothen Kreuzes)** ist in der Sitzung vom 10. d. Mts. ohne Debatte in dritter Lesung einstimmig angenommen worden.

Aus dem preussischen Abgeordnetenhause. In der am 7. d. M. abgehaltenen Sitzung der Budgetkommission des Abgeordnetenhauses theilte Geh. Ob.-Med.-Rath Kirchner mit, es sei gelungen, ein sicheres **Immunisirungsverfahren gegen die Maul- und Klauenseuche** zu entdecken. Die Annahme sei gerechtfertigt, dass es bald gelinge, ein Präparat herzustellen, welches den einzelnen Besitzern es ermögliche, ihren gesammten Viehbestand für eine verhältnissmässig geringe Summe zu immunisiren. Prof. Dr. Löffler, der die Versuche leite, prüfte auch das Verfahren Bacelli's; er fand das Mittel gefährlich, aber nicht wirksam.

In derselben Sitzung wurde vom Geh. Ob.-Med.-Rath Prof. Dr. Kirchner auch Mittheilung über das bisherige Ergebniss der **Krebsforschung** gemacht. Als Resultat der sich über 12000 Fälle erstreckenden Sammelforschung sei positiv festgestellt, dass der Krebs nicht erblich, aber ansteckend sei. Durch Pflanzen sei der Ansteckungsstoff nicht übertragbar, wohl aber durch Thiere, die viel krebskrank seien, z. B. Hunde und Katzen. In der Charité sollen 2 Baracken zu einer Untersuchungstation eingerichtet werden; ausserdem haben Private 150000 M. zugesichert zur Errichtung eines Instituts für experimentelle Krebskrankheit-Untersuchung. Das Institut soll in Frankfurt a. M. errichtet werden.

In der Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 8. d. M. führte bei Gelegenheit der Generaldebatte über den Kultusetat der Abg. Dr. Crüger (freis. Volksp.) aus, dass sich der Stillstand der Medizinalreform theils aus der Ueberlastung des Kultusministeriums [1]), hauptsächlich aber daraus erkläre, dass in Preussen für kulturelle Zwecke immer noch kein Geld zu haben sei. Besonders sei eine Neuregelung des Hebammenwesens sowie ein Leichenschaugesetz nothwendig.

Geh. Ob.-Med.-Rath Dr. Pistor theilte hierauf mit, dass vom Herrn

---

[1]) Nach neueren Mittheilungen sollen die Verhandlungen zwischen dem Kultusministerium und dem Ministerium des Innern betreffs Ueberweisung des Medizinalwesens von jenem an dieses wieder aufgenommen sein; ihre endgültige Entscheidung soll aber nicht eher zu erwarten sein, als bis beim Ministerium des Innern die nöthigen Räumlichkeiten für die Medizinalabtheilung geschaffen seien.

Minister der Verbesserung der Stellung der Hebammen die vollste Aufmerksamkeit gewidmet werde und die Vorarbeiten zu einer durchgreifenden gesetzlichen Regelung in Angriff genommen seien. Die Frage der Einführung der Leichenschau werde von der Medizinalverwaltung dauernd im Auge behalten. Es fehle aber zum Theil an geeigneten Persönlichkeiten für das Amt von Leichenschauern.

Dem Abgeordnetenhause ist soeben von Neuem auch der Entwurf eines Gesetzes, betreffend die den Medizinalbeamten für amtliche Verrichtungen zu gewährenden Gebühren, vorgelegt; wir werden denselben in der nächsten Nummer der Zeitschrift zum Abdruck bringen; voraussichtlich haben bis dahin auch die Verhandlungen über den Medizinaletat stattgefunden. Dem Entwurf ist diesmal auch ein solcher für den Gebührentarif beigefügt.

Wir machen auf den in der heutigen Beilage veröffentlichten Erlass des Herrn Justizministers vom 28. Januar d. J., betreffend die Auswahl der zweiten Obduzenten bei gerichtlichen Leichenöffnungen, aufmerksam, durch welchen den Wünschen der Medizinalbeamten insofern Rechnung getragen ist, als in erster Linie stets der zuständige Kreisassistenzarzt oder der Kreisarzt des benachbarten Kreises zugezogen werden soll. Den Kreisärzten wird dadurch in dankenswerther Weise häufig Gelegenheit zur Theilnahme an gerichtlichen Sektionen gegeben.

Die diesjährige Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder findet am 26. Mai zu Weimar statt. Für die Tagesordnung sind nachfolgende Themata in Aussicht genommen: 1. Wie gelangen kleinere und mittlere Gemeinden am besten in den Besitz einer Badeanstalt mit Brausebädern? 2. Die erziehliche Bedeutung und die bisherige Verbreitung der Volksbäder mit Rücksicht auf die verschiedenen Bevölkerungsschichten. 3. Grundsätze für die Konstruktion von Volksbadeanstalten als Programm zum Gebrauche bei der Ausschreibung und Aufstellung der Entwürfe. — Für jedes Referat sind zwei Berichterstatter eingeladen.

Um die Königliche Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung in möglichst enge Fühlung mit der Praxis zu bringen, hat sich am 28. v. Mts. ein Verein für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung konstituirt, dem zunächst zwölf technische und industrielle Vereinigungen und 47 deutsche Städte beigetreten sind. Der Verein stellt sich die Aufgabe, die Königliche Prüfungsanstalt in ihren Arbeiten zu unterstützen und hat zu diesem Zweck derselben auf fünf Jahre einen jährlichen Beitrag von 45000 Mark zur Verfügung gestellt. Dem Vorstand des Vereins liegt es ob, gemeinschaftlich mit dem Vorstande der Königlichen Prüfungsanstalt das Programm für die Arbeiten der letzteren festzustellen, Sachverständige zu beordern und die erforderlichen Mittel für die einzelnen Aufgaben zu bewilligen. Dieser engere Zusammenschluss der interessirten Kreise hat weiterhin dazu geführt, dass eine Anzahl der leitenden Firmen, die sich mit der Projektirung von Wasserversorgs- und Kanalisationsanlagen beschäftigen, am 1. März zu einem „Ingenieurverein für Gesundheitswerke“ zusammengetreten sind, mit dem Zweck, die Interessen seiner Mitglieder zu vertreten, die Arbeiten der Königlichen Prüfungsanstalt zu unterstützen und bei diesen Arbeiten seine Ansicht zur Geltung zu bringen. Es darf erwartet werden, dass durch eine derartige Kombination Resultate erzielt werden, die geeignet sind, die vielen, auf diesem Gebiete noch vorliegenden Fragen der Lösung entgegenzubringen.

Notiz! Diejenigen Herren, welche den ihnen von der Verlagshandlung zugesandten

„Kalender für Medizinalbeamte“

nicht zu behalten wünschen, werden ersucht, denselben doch umgehend wieder an diese zurückzusenden.

Fischer's medizin. Buchhandlung, H. Kornfeld.
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

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

15. Jahrg. 1902.

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,
H. B. Hofbuchhandlung.
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.

Zur Anwendung der Uhlenhut'schen Reaktion.

(Aus dem staatlichen hygienischen Institut zu Hamburg. Direktor: Professor Dr. Dunbar.)

Von Dr. J. Kister und Dr. H. Wolff, Assistenten am Institute.

Die Mittheilungen, welche über die Anwendung des neuen, auf die Wirkung der Präzipitine gegründeten serodiagnostischen Verfahrens bislang in der Literatur sich finden, betonen ausnahmslos die Spezifität dieser Reaktion. Das heisst, das Serum eines mit einer Blutsorte, sagen wir mit Pferdeblut, in entsprechender Weise vorbehandelten Kaninchens bedingt nur in dem homologen Blut, also in der Pferdeblutlösung, eine Reaktion, die sich in einer Trübung der Lösung, späterhin Flocken- und Bodensatzbildung äussert. Die einzige Ausnahme soll das Verhalten der Blutarten nahe verwandter Thiere bilden; so giebt beispielsweise das Serum eines mit Pferdeblut vorbehandelten Kaninchens eine schwache Reaktion in dem Eselblut; eine analoge Beziehung besteht zwichen Mensch und Affe, Ochse und Hammel u. s. w.

Wir sind nun zu etwas anderen Resultaten gelangt und halten diese bei der praktischen Verwerthung des Verfahrens für nicht ganz belanglos.

Ueber die Gewinnung unserer Sera und die Anordnung unserer Versuche sei in aller Kürze Folgendes mitgetheilt: Wir injizirten einer Reihe von Kaninchen 8—20 Mal in zweitägigen Intervallen intraperitoneal 10 ccm einer Blutart bezw. eines Serums und entnahmen, wenn das Serum des Versuchsthieres bei

der Vorprüfung sich als hochwerthig erwies, in der Regel 6 Tage nach der letzten Einspritzung, aus der Carotis die für eine grössere Versuchsreihe erforderliche Blutmenge. Eine Verwechselung der Versuchsthiere und der Blutsorten war bei den von uns angewandten denkbar grössten Vorsichtsmassregeln absolut ausgeschlossen. Die zu prüfenden Blutlösungen wurden in Verdünnungen 1 : 10 in regelmässiger Abstufung bis 1 : 320 mit 0,6 % physiologischer Kochsalzlösung hergestellt. Wir legten besonders Werth darauf, nur durchaus klare Lösungen zu verwenden, weil nur in solchen eine beginnende oder schwächere Trübung deutlich wahrzunehmen ist. Sind die Blutlösungen durch Blutfarbstoff stärker gefärbt, so tritt die beginnende Reaktion nicht so scharf hervor. Auch die Sera unserer vorbehandelten Kaninchen wurden nur verwandt wenn sie unbedingt klar waren. Solche klaren Blutlösungen, sowie Sera haben wir durch Zentrifugiren fast ausnahmslos leicht gewonnen. Die einzelnen Verdünnungen wurden mittelst genau graduirter steriler Pipetten in sterilen Röhrchen abgemessen. Um das Auftreten von Trübungen in den Versuchsröhrchen in einwandsfreier Weise feststellen zu können, haben wir selbstverständlich zum Vergleich Kontrolröhrchen sowohl von dem zur Prüfung benutzten Serum, als auch von den zu prüfenden Blutlösungen angesetzt. Bei Zuhülfenahme dieser Kontrolröhrchen zum Vergleich mit den angesetzten zu prüfenden Blutlösungen konnte eine beginnende Trübung in letzteren unschwer wahrgenommen werden; manchmal hat auch die mikroskopische Untersuchung im hängenden Tropfen bei ganz schwach getrübten Lösungen zur Erkennung der eingetretenen Reaktion beigetragen. Ist die Trübung ausgesprochener geworden, so sieht man mikroskopisch ein Bild, das einer Bakterienagglutination nicht unähnlich ist.

Es seien nun im Folgenden die Ergebnisse mitgetheilt, die wir bei Einwirkung von Pferdeblutkaninchenserum, Hammelblutkaninchenserum, Ochsenblut- und Schweineblutkaninchenserum auf Hammelblut, Menschenblut, Ochsenblut, Pferdeblut und Schweineblut erzielten. Das Serum unserer Pferdeblutkaninchen hatte eine solche Wirksamkeit, dass es im Verhältniss von 1 : 200 einer 1proz. Pferdeblutlösung hinzugesetzt nach 15 Minuten eine deutliche Trübung hervorrief, die weiterhin zu Flocken- und Bodensatzbildung führte. Setzten wir dieses Serum im Verhältniss 1 : 5 einer Reihe von Menschenblutlösungen in einer Konzentration von 1 : 20, 1 : 40, 1 : 80, 1 : 160 und 1 : 320 zu, so war in allen Lösungen eine deutliche Trübung eingetreten, die sich nach 1 bis 2 Stunden bereits in allen Lösungen mit Ausnahme der Verdünnung von 1 : 320 bis zur Flockenbildung steigerte. Ganz ähnlich verhielten sich entsprechende Lösungen von Ochsen-, Schweine- und Hammelblut. Die Trübungen waren in den genannten Blutsorten unverkennbar, allerdings wesentlich geringer als in Pferdeblutlösungen, welche schon nach 10 Minuten Flockenbildung und nach 20 Minuten Bodensatz aufwiesen. Der Pferdeblutlösung am nächsten kam hinsichtlich des Intensitätsgrades der Trübung die Menschenblutlösung. Bei geringerem Serumzusatz,

im Verhältniss 1 : 10, 1 : 30 und 1 : 50, trat die Reaktion in den heterologen Blutarten im Vergleich zum Pferdeblut immer schwächer und langsamer ein, aber selbst noch bei dem geringen Serumzusatz von 1 : 75 zeigten stärkere Konzentrationen von Menschen- und Hammelblutlösung $^1/_2$ bis 1 Stunde schwache, aber deutliche Trübung. Erst wenn ein Serumzusatz von 1 : 100 gewählt wurde, versagte die Reaktion der heterologen Blutarten fast ganz, im homologen Blut war sie dagegen auch hier schon nach 5 Minuten stark ausgesprochen.

Eine etwas andere Wirkung zeigte unser auch hochwerthiges Hammelblutkaninchenserum. Dieses wirkte auf Ochsenblutlösung fast ebenso stark wie auf Hammelblutlösung ein, schwächer und später indess, aber immerhin deutlich auf Pferde- und Schweineblut. Beispielsweise trat nach einem Serumzusatz von 1 : 5 in stärkeren Konzentrationen der Schweineblutlösungen nach 20 Minuten Trübung und nach 30 Minuten Flockenbildung auf, in der Pferdeblutlösung nach 30 Minuten Trübung und nach 60 Minuten Flockenbildung. Menschenblut dagegen reagirte selbst bei einem Serumzusatz von 1 : 1 gar nicht.

Das Serum eines Ochsenblutkaninchens wirkte zwar wenig auf Schweineblut ein, etwas mehr schon auf Pferdeblut, kräftiger auf Menschenblut und fast ebenso stark wie auf Ochsenblut auf Hammelblut.

Wesentlich spezifischer war das Schweineblutkaninchenserum. Dieses rief in Hammel-, Ochsen- und Pferdeblut erst nach zwei Stunden eine Trübung hervor, auf Menschenblut wirkte es überhaupt nicht ein.

Die Versuchsröhrchen wurden in doppelter Zahl angesetzt und die eine Hälfte bei Zimmertemperatur, die andere bei 37° beobachtet. Von wesentlichen Unterschieden in den Befunden haben wir uns dabei nicht überzeugen können.

Wir halten uns für berechtigt, aus diesen auszugsweise mitgetheilten Versuchsreihen gewisse Folgerungen für die Anwendung und Verwerthung des serodiagnostischen Verfahrens zu ziehen. Wenn auch regelmässig in dem homologen Blute die Reaktion wesentlich ausgesprochener ist, so tritt sie doch schon bei verwandten Thieren, wenigstens beim Ochsen und Hammel, im heterologen Blute so kräftig auf, dass von einer Spezifität der Sera nur bedingungsweise die Rede sein kann. Aber auch in Menschenblutlösungen tritt nach unseren Versuchen bei Zusatz selbst geringer Mengen von Pferdeblutkaninchenserum in kurzer Zeit eine ganz unverkennbare Reaktion auf, und man wird doch füglich von einer Verwandtschaft zwischen Mensch und Pferd nicht reden können. Auch bei anderen, nicht als verwandt zu bezeichnenden Thieren haben wir, wie oben angedeutet, analoge Beziehungen feststellen können. Eine wirkliche Spezifität tritt erst dann hervor, wenn hochwerthiges Serum in starker Verdünnung zur Anwendung gebracht wird. Dabei ist ferner auf den zeitlichen Ablauf der Reaktion Bedacht zu nehmen, insofern als die letztere innerhalb einer bestimmten, nicht zu eng zu begrenzenden Zeit nur im

homologen Blut, nicht aber in den als Kontrole zu verwendenden heterologen Blutarten aufgetreten sein darf. Der Grad der für das Serum zu wählenden Verdünnung, sowie die zeitlichen Reaktionsgrenzen sind jedes Mal durch vorherige Prüfung der Werthigkeit des Serums hinsichtlich seiner präzipitirenden Wirkung auf homologes, sowie heterologes Blut festzulegen. Dieses erscheint uns umsomehr bei Blutgemischen angezeigt, weil grössere Mengen heterologen Blutes das Vorhandensein homologen Blutes vortäuschen können. So z. B. kann in einer Mischung von Menschen- und Hammelblut das Serum eines Pferdeblutkaninchens durch den positiven Austall der Reaktion zu der irrthümlichen Annahme des Vorhandenseins von Pferdeblut in der Mischung Anlass geben.

So sehr es uns auch fern liegt, die hohe Bedeutung dieser serodiagnostischen Methode für forensische Zwecke anzweifeln zu wollen, so können wir doch nicht umhin, auf Grund unserer Versuche die Erfüllung der angedeuteten Forderungen als nothwendige Voraussetzung für eine einwandsfreie Deutung und Verwerthung der eingetretenen Reaktion anzusehen.

Wir haben uns an dieser Stelle auf eine kurze Mittheilung beschränken müssen, unsere Versuchsergebnisse sind bereits in einer ausführlicheren Arbeit niedergelegt, die demnächst an anderer Stelle erscheinen wird.

Bemerkungen zu Formular V der Dienstanweisung: Zusammenstellung der von den Hebammen geleiteten Entbindungen.

Von Med.-Rath Dr. **Bauer**, Kreisarzt in Mörs.

Die Herren Kollegen haben sich in den letzten Wochen alle eingehend mit dem Formular V beschäftigen müssen und wahrscheinlich ähnliche oder gleiche Erfahrungen mit der Herbeischaffung des verlangten Zahlenmaterials gemacht wie der Schreiber dieser Zeilen. Es erscheint daher eine Besprechung dieser Zusammenstellung zeit- und sachgemäss.

Zunächst kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, dass die Zusammenstellung durch den Kreisarzt an sich nicht nöthig wäre, da das Statistische Bureau doch existirt und ausserdem dem Kreisarzt unüberwindliche Hindernisse entgegen stehen; denn derselbe hat absolut kein Mittel in der Hand, um die Richtigkeit der Hebammenlisten festzustellen. Wer kann ihm die Gewissheit schaffen, dass die Hebammen die Geburten korrekt eingetragen haben? Niemand!

Wie soll ferner der Kreisarzt ermitteln, wie viele Geburten auf den Standesämtern angemeldet wurden? Er schreibt an die Bürgermeisterämter, theilt die Zahlen der Hebammen mit, mit dem Ersuchen, diese auf ihre Richtigkeit nach den Eintragungen auf den Standesämtern prüfen zu lassen und zugleich die Zahl der Lebend- und Todtgeborenen anzugeben.

Die Standesämter sind die letzten verlässlichen Quellen, um die Zahl der Geburten überhaupt zu erfahren; aber bei ihrer

heutigen Einrichtung sind auch sie nicht im Stande, Auskunft darüber zu geben, ob die Zahlen der Hebammen richtig sind. Auf den Standesämtern laufen nämlich aus dem ganzen Standesamtsbezirk die Meldungen der Geburten ein, und an der Bedienung dieser Geburten sind oft nicht nur die Hebammen des betreffenden Standesamtsbezirks, sondern auch die benachbarter Standesamtsbezirke desselben Kreises und benachbarter Kreise betheiligt; über die Hebammen aber, welche entbunden haben, wird auf den Standesämtern keine Eintragung gemacht!

Glaubt man wirklich aus der Differenz der bei dem Standesamte gemeldeten und der von den Hebammen in ihre Tagebücher eingetragenen Geburten einen Schluss auf die etwa ohne Hülfe von Hebammen erfolgten Entbindungen machen zu können? Welch' ein Fehlschluss würde dies sein!

Und nun nehme man einmal das Aktenheft zur Hand und sehe die vielen Schreiben und Rückfragen, die vielen Berichtigungen durch, die der Kreisarzt mit seiner einen Hand schreiben und wieder schreiben und veranlassen musste, um schliesslich ein recht fragliches Resultat sich ergeben zu sehen! Ein verwirrtes Knäuel von Verkettungen und Verknotungen, ein Durcheinander von Hebammen, Geburten, Standesbeamten uud Kreisen! Der Versuch, dieses Knäuel zu entwirren, musste aufgegeben werden, da die Bürgermeister selbst sich ausser Stande sehen, den Irrgängen in dem Durcheinander nachzugehen. Zweieinhalb Monate haben diese Nachforschungen für den Kreis Mörs in Anspruch genommen, der 82500 Einwohner, 42 Hebammen und jährlich 3500 Geburten hat. Zu den Schwierigkeiten kommen noch im Kreise Mörs sehr unbequeme Verkehrsverhältnisse, welche manchen Hebammen die Reise zum Kreisarzt ohne Uebernachtung nicht möglich machen.

Man fragt unwillkürlich: Ist die Beantwortung der Frage, ob überhaupt und wie viele Frauen ohne Hebammen entbunden wurden, eine solche Mühe und Last, einen solchen Aufwand von Zeit und Kraft wohl werth? Oder ist die Beantwortung nicht besser zu entbehren?

Wollte man aber darauf bestehen, so müssten mindestens jedes Vierteljahr die Hebammenlisten mit den Büchern des Standesamts auf ihre Richtigkeit von Fall zu Fall, von Name zu Name verglichen werden, um die nothwendige Grundlage, die Identität von Personen und Ereignissen, für die statistische Wahrheit zu gewinnen. Eine solche wechselseitige Kontrolle von Hebammen und Standesamt, eine solche doppelte Buchführung könnte nur beiden Theilen nützen; sie entspräche den natürlichen Beziehungen zu einander und wäre in Wahrheit eine organische Einrichtung, während das bisherige Verfahren wenigstens auf Seiten der Hebammen, gelind gesagt, dem Zufall ausgesetzt ist.

Der Standesbeamte müsste ausserdem den Namen der Hebamme bei jedem einzelnen Geburtsfall notiren, in die Hebammen-Tagebücher aber einen Vermerk ihrer Richtigkeit eintragen. Am Jahresschlusse müssten die Bürgermeisterämter die Uebersichten

der Standesämter über die Zahl der Lebend- und Todtgeborenen, sowie die Zahl der von den mit Namen zu nennenden Hebammen bedienten Geburten dem Kreisarzt zusenden. Dann würde dieser die Hebammen mit ihren Listen zitiren und aus letzteren die nöthigen Auszüge machen. Ein umständliches und mit vieler Arbeit verbundenes Verfahren, aber gleichwohl das einzige, was zum Ziele führen würde, dessen Schwerpunkt aber in der an sich nothwendigen wechselseitigen Kontrolle von Hebammen und Standesamt liegt.

Nun erst könnte der Kreisarzt an die Bearbeitung der Zusammenstellung gehen, welche in erster Reihe dem Kreisarzt, dem öffentlichen Leben dienen sollte. Hier drängt sich aber wieder die Frage auf, ob das entworfene Formular den Bedürfnissen des Lebens genügt? Ich muss diese Frage verneinen. Ich vermisse die Auskunft über die von der Hebamme bedienten Fehlgeburten, über das Schicksal der Frauen, die einen Abort erlitten, ob sie während oder nach der Fehlgeburt erkrankten oder starben, sowie darüber, — was aber erst die auf Grund der Zusammenstellung mögliche Nachforschung ergeben kann — ob die Hebamme ihre Schuldigkeit gethan, nichts versäumt u. s. w. — kurz, wie sie sich verhalten hat. Das sind doch Fragen von grosser Wichtigkeit! Gerade die Bedienung von Fehlgeburten zeigt, ob die Hebamme tüchtig, zuverlässig und gewissenhaft ist. Und da sollte der Kreisarzt im Unklaren bleiben, wenn es sich um so ernste Dinge wie Fehlgeburten handelt?

Das Formular müsste daher nach dieser Richtung um einige Spalten erweitert werden.

Selbstredend haben die Hebammen die Fehlgeburten in ihre Tagebücher einzutragen, aber die Standesämter würden diese Eintragungen nicht kontrolliren können, da Todtgeburten vor dem siebenten Monat nicht in das Sterberegister eingeschrieben werden. Immerhin aber würden die Hebammen in dem Bewusstsein, unter Kontrolle des Standesamtes und des Kreisarztes zu stehen, wohl sich scheuen, Eintragungen zu unterlassen, über welche eventuell der Kreisarzt noch Nachfrage bei dem Standesamt halten könnte, da die Sterbefälle unter den Frauen in das Sterberegister eingetragen werden.

Es wäre sehr erwünscht, wenn die Herren Kollegen auch ihre Ansicht zur Sache äusserten.

Entwurf eines Gesetzes, betreffend die den Medizinalbeamten für amtliche Verrichtungen zu gewährenden Vergütungen.

Vom Herausgeber.

Der dem Abgeordnetenhause jetzt von Neuem vorgelegte Gesetzentwurf über die den Medizinalbeamten zu gewährenden amtlichen Vergütungen, dem diesmal auch der vorläufige Entwurf des Tarifs beigefügt ist, hat folgenden Wortlaut:

„§. 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 Gebühren.

§. 3.[1]) Für die Thätigkeit als gerichtliche Sachverständige (Gerichtsärzte steht den Kreisärzten ein Anspruch auf Gebühren zu.[2])

§. 4. Die Kreisärzte erhalten aus der Staatskasse, in den Fällen des §. 2 von den Betheiligten Tagegelder und Reisekosten nach Massgabe der für Staatsbeamte geltenden allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen.[3])

Die Tagegelder und Reisekosten in gerichtlichen Angelegenheiten (§. 3) werden durch Königliche Verordnung festgesetzt.[4])

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.[5])

§. 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. In den Fällen der §§. 2 und 3 werden Tagegelder nur insoweit gezahlt, als sie die Gebühren für die auf der Reise vorgenommenen amtlichen Verrichtungen übersteigen. Den vollbesoldeten Kreisärzten verbleibt bei der Abführung ihrer Gebühren an die Staatskasse (§. 3 Abs. 3 dss Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w., vom 16. September 1899, G. S. S. 172) ein Betrag, welcher dem ausser Ansatz gebliebenen Tagegeldersatze gleich kommt.

§. 7. Der Tarif für die den Kreisärzten in Gemässheit der §§. 2 und 3 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.

In dem Tarife kann auch bestimmt werden, dass bei einzelnen Arten von Verrichtungen Gebühren nicht zu erheben sind.

Der Tarif ist durch die Gesetzsammlung bekannt zu machen.

§. 8. Werden in den Fällen, in welchen der Tarif einen Mindest- und Höchstsatz vorsieht, Bedenken gegen die Angemessenheit des geforderten Betrages erhoben, so entscheidet, soweit nicht für gewisse Verrichtungen ein

---

[1]) Früher §. 4.

[2]) Frühere Fassung: „erhalten die Kreisärzte eine besondere Gebühr".

[3]) Statt des früheren §. 3, der wie folgt lautete: „In den Fällen der §§. 1 und 2 stehen den Kreisärzten Tagegelder und Reisekosten nach Massgabe der für Staatsbeamte geltenden allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen zu."

[4]) Früher §. 4 Abs. 2.

[5]) Früher §. 3 Abs. 2.

Anderes bestimmt ist, der Regierungspräsident, innerhalb des der Zuständigkeit des Polizeipräsidenten von Berlin unterstellten Bezirks dieser endgültig.

§. 9. Als Kreisärzte im Sinne dieses Gesetzes gelten auch die Kreisassistenzärzte.

§. 10. Werden andere Aerzte, beamtete oder nicht beamtete, zu einer der in den §§. 1, 2 und 3 bezeichneten Verrichtungen amtlich aufgefordert, so erhalten sie in Ermangelung anderweitiger Verabredung Gebühren in Gemässheit der §§. 2 und 3, sowie dieselben Tagegelder, Reisekosten und Fuhrkosten, welche den Kreisärzten in Gemässheit der §§. 4 bis 6 zustehen, sofern sie nicht in Folge ihrer Amtsstellung zur unentgeltlichen Besorgung des Geschäfts verpflichtet sind oder Anspruch auf höhere Sätze haben.

§. 11. 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.

§. 12. Dieses Gesetz tritt mit dem Tage der Verkündigung in Kraft.

Die Bestimmungen des Gesetzes vom 9. März 1872 (G. S. S. 265) und der Verordnung vom 17. September 1876 G. S. S. 411) 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 §. 8 dieses Gesetzes findet auch in diesem Falle Anwendung.

Vorläufiger Entwurf eines Tarifs für die Gebühren der Medizinalbeamten.

Auf Grund des §. 7 des Gesetzes, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten vom . . . . . 1902 (G. S. S. . .) setze ich im Einvernehmen mit dem Finanzminister, dem Justizminister und dem Minister des Innern hierdurch Folgendes fest:

Allgemeine Bestimmungen.

§. 1. Den Kreisärzten stehen für gerichtsärztliche Verrichtungen (§. 3 des Gesetzes vom . . . . . 1902 G. S. S. . .) Gebühren nach Massgabe der Bestimmungen unter A, für die übrigen amtlichen Verrichtungen (§. 2 a. a. O.) nach Massgabe der Bestimmungen unter B des nachstehenden Tarifs zu.

§. 2. Die Höhe der Gebühr ist, sofern der Tarif einen Mindest- und Höchstbetrag vorsieht, innerhalb der festgesetzten Grenzen nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles, insbesondere nach der Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung, sowie dem Zeitaufwande zu berechnen.

Wird mehr als der Mindestsatz einer Gebühr beansprucht, so ist dies in der Gebührenrechnung unter Angabe der für die Verrichtung aufgewendeten Zeit und Arbeitsleistung näher zu begründen.

Soweit die Festsetzung der Gebühren durch das Gericht erfolgt, ist dieses befugt, den Regierungspräsidenten (Polizeipräsidenten in Berlin, vergl. §. 8 a. a. O.) um eine gutachtliche Aeusserung zu ersuchen.

Bei besonders schwierigen und umfangreichen Verrichtungen darf die Höchstgebühr mit Genehmigung des Regierungspräsidenten (Polizeipräsidenten in Berlin) überschritten werden.

§. 3. Verrichtungen, für welche der Tarif Gebührensätze nicht auswirft, sind nach Massgabe der Sätze, die für ähnliche Leistungen in dem Tarife gewährt werden, zu vergüten.

§. 4. Der gegenwärtige Gebührentarif tritt zugleich mit dem Gesetze, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten, vom . . . . . 1902 (G. S. S. . .) in Kraft.

A. Gebühren für gerichtsärztliche Verrichtungen (§. 3 a. a. O.)

Lfd. Ziff.	Bezeichnung der Amtsverrichtung	Gebühr in Mark
	I. Abwartung eines Termins.	
1.	Abwartung eines Termins bis zur Dauer von zwei Stunden, einschliesslich der während des Termins ausgeführten Untersuchungen und erstatteten mündlichen Gutachten	6
	Jede angefangene halbe Stunde mehr	1
	Als Anfang des Termins gilt die Zeit, zu welcher geladen ist, als Endpunkt die Zeit der Entlassung.	
	Unterbrechungen der Verhandlungen und Beurlaubungen des Medizinalbeamten werden in der Terminsdauer mit eingerechnet; dies gilt jedoch bei einer Unterbrechung oder Beurlaubung, welche auf mehr als zwei Stunden bestimmt wird, dann nicht, wenn der Medizinalbeamte an seinem Wohnorte vernommen wird oder wenn seine Rückreise durch die Unterbrechung oder Beurlaubung nicht verzögert wird.	
	Die Gebühr ist für jeden Verhandlungstag besonders zu berechnen.	
	Ist der Medizinalbeamte in mehreren Terminen an demselben Tage beschäftigt gewesen, so darf eine mehrfache Berechnung derselben Zeit nicht stattfinden.	
2.	Untersuchung behufs Vorbereitung eines in einem Termine zu erstatteten Gutachtens:	
	a) wenn die Untersuchung in der Wohnung des Medizinalbeamten oder, falls dieser Anstaltsarzt ist, in der Anstalt stattfindet	3
	b) wenn die Untersuchung ausserhalb der Wohnung oder Anstalt stattfindet	5
	Hat sich der Medizinalbeamte in dem Falle zu b an Ort und Stelle begeben und kann die Untersuchung ohne sein Verschulden nicht stattfinden, so ist eine Gebühr von . . in Ansatz zu bringen.	3
	Mehr als drei Untersuchungen dürfen nur mit Zustimmung der ersuchenden Behörde berechnet werden.	
3.	Für eine Akteneinsicht ausserhalb des Termins	1,50—6
	II. Leichenbesichtigungen, Leichenöffnung.	
4.	Für die Mitwirkung bei einer richterlichen Leichenschau, die sonstige Besichtigung einer Leiche oder die Besichtigung von Leichentheilen oder einer Leibesfrucht	8
	Wird die Besichtigung mehrerer Leichen, Leichentheile, oder Leibesfrüchte bei derselben Gelegenheit vorgenommen, so darf die Gesammtgebühr für jeden Tag 30 Mark nicht übersteigen.	
5.	Für eine Leichenöffnung	24
6.	Für die Sektion von Leichentheilen, sowie für die Oeffnung einer nicht lebensfähigen Leibesfrucht	12
7.	In den Gebühren zu 4—6 ist die Gebühr für den Termin und den zu Protokoll gegebenen Bericht einbegriffen.	
8.	Kann ausnahmsweise der Bericht über eine Besichtigung nicht sogleich in dem Termine zu Protokoll gegeben werden, so ist für ihn eine Gebühr von	4
	in dem Falle von 4 Abs. 2 höchstens eine Gebühr von . . ausserdem anzusetzen.	20
9.	Wird ein besonderer Bericht über die Leichenöffnung (Obduktionsbericht) ausdrücklich erfordert, so ist ausser der Gebühr zu 5 und 6 die Gebühr zu 11 Abs. 1 anzusetzen.	

Lfd. Ziff.	Verzeichniss der Amtsverrichtung	Gebühr in Mark
	III. Schriftliche Gutachten, Untersuchungen	
10.	Ausstellung eines Befundscheines oder Ertheilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachtliche Ausführung . . .	3
11.	Schriftliches, ausführliches, wissenschaftlich begründetes Gutachten, insbesondere über den körperlichen oder geistigen Zustand einer Person oder über eine Sache	10—30
	Sind mehrere Medizinalbeamte zu einem Obduktionsberichte oder Gutachten aufgefordert worden, so erhält in dem Falle der gemeinschaftlichen Erstattung jede eine innerhalb der Mindest- und Höchstsätze nach der Mühewaltung des Einzelnen zu bemessene Gebühr.	
12.	Untersuchung eines Nahrungs- und Genussmittels, sowie Gebrauchsgegenstandes, eines Arzneistoffes, Geheimmittels und dergleichen nebst kurzer gutachtlicher Aeusserung	3—10
13.	Untersuchung, mikroskopische, physikalische, einschliesslich einer kurzen gutachtlichen Aeusserung und des verbrauchten Materials an Farbstoffen und dergleichen	6—20
14.	Untersuchung, bakteriologische, chemische, einschliesslich des Gutachtens	12—75
	Die verwendeten Reagentien, Nährböden, verbrauchten Apparate, Auslagen für Benutzung eines besonderen Lokals, sowie sonstige nothwendige Unkosten sind neben der Gebühr zu vergüten.	
15.	Ausser der Gebühr zu 11 erhält der Medizinalbeamte im Falle der Wahrnehmung eines Termins die zu 1 bestimmte Gebühr, dagegen sind die zu 2 und 3 bestimmten Gebühren in den Gebühren zu 11—13 mit einbegriffen.	
	Erfordert ein schriftliches, ausführliches, wissenschaftlich begründetes Gutachten eine Untersuchung der in 12 und 13 bezeichneten Art oder wird in den Fällen zu 12 und 13 nachträglich ein schriftliches, ausführliches und wissenschaftlich begründetes Gutachten erfordert, so kommen die Gebühren zu 11, sowie zu 12 und 13 neben einander in Ansatz. Erfordert die Untersuchung zu 14 einen vorgängigen Besuch oder eine vorgängige Besichtigung, so treten die Gebühren zu 2 hinzu.	
	IV. Schreibgebühren.	
16.	Schreibgebühren sind, sofern der Medizinalbeamte sich zur Reinschrift der Berichte und Gutachten fremder Hülfe bedient, nach Massgabe der für die Berechnung der gerichtlichen Schreibgebühren geltenden Bestimmungen zu bewilligen.	

B. Gebühren für sonstige amtliche Verrichtungen (§. 2 a. a. O.)

1.	Werden Verrichtungen der unter A 4—15 genannten Art in aussergerichtlichen Angelegenheiten vorgenommen, so kommen dieselben Gebühren wie für die gerichtsärztlichen Verrichtungen in Anwendung.	
2.	Besichtigung einer Wohnung, eines Gebäudes, einer Wasserversorgungsstelle, einer gewerblichen Anlage, eines verdächtigen oder verseuchten Schiffes, einer Privatkranken-, Entbindungs- oder Irrenanstalt und dergleichen, einschliesslich einer kurzen gutachtlichen Aeusserung	4—30
3.	In dem Verfahren bei der Errichtung genehmigungspflichtiger Anlagen können für eine Prüfung der Unterlagen ohne vor-	

Lfd. Ziff.	Bezeichnung der Amtsverrichtung.	Gebühr in Mark
	herige Ortsbesichtigung sowie für die Angabe des Prüfungsergebnisses Gebühren nicht gefordert werden.	
4.	Besichtigung eines Begräbnissplatzes oder eines für dessen Anlegung oder Erweiterung in Aussicht genommenen Grundstückes einschliesslich des vorgeschriebenen Gutachtens . .	15—25
5.	Gutachten über Geisteskranke, Blinde, Epileptische, Idioten, Taubstumme zwecks Aufnahme in eine Anstalt	6—25
6.	Ausstellung eines Leichentransportscheines ohne Besichtigung der Leiche	3
	mit Besichtigung der Leiche	10
	In die Sätze zu 2, 4, 5 und 6 Abs. 2 ist die Gebühr für vorgängige Besuche mit eingerechnet.	
7.	Besichtigung einer Mineralwasserfabrik, Drogenhandlung, Gifthandlung, Arzneimittelhandlung	3—10
8.	Zulassungszeugniss zur Erlernung der Apothekerkunst . . .	6
9.	Befähigungszeugniss zur Verwaltung einer Krankenhausapotheke für Mitglieder von Krankenpflegegenossenschaften	6
	Der mitprüfende pharmazeutische Kommissar erhält die gleiche Gebühr.	
10.	Befähigungszeugniss zur Aufnahme in eine Hebammenlehranstalt	3
11.	Befähigungszeugniss als Desinfektor und Leichenschauer . .	6
12.	Prüfungszeugniss als Heilgehülfe, Krankenpfleger und Masseur .	10
13.	Befähigungszeugniss als Trichinenschauer oder Fleischbeschauer .	6
	Die Sätze zu 9—13 schliessen die Prüfungsgebühr mit ein.	
14.	Nachprüfung der zu 11—13 genannten Personen, für jede . .	3
15.	Schriftliches Zeugniss über die Aufsichts- und Erwerbsfähigkeit einer Person im Falle einer Militärreklamation	6
	Werden für dieselbe Reklamation mehrere Angehörige bei derselben Gelegenheit untersucht und begutachtet, für jedes folgende Zeugniss	3
16.	Schriftliches Gesundheitszeugniss behufs Eintrittes in den öffentlichen Dienst (als Bureau-, Steuer-, Post-, Telegraphen-, Eisenbahn-, Bankbeamter, Lehrer, Lehrerin, Gendarm, Schutzmann, Lootse u. s. w.)	3
17.	Schriftliches Gesundheitszeugniss behufs Aufnahme in ein Seminar, eine Präparandenanstalt und dergl.	3
18.	Schriftliches Gesundheitszeugniss für einen Arbeiter (Arbeiterin) behufs Beschäftigung in gewissen gewerblichen Betrieben .	1
19.	Schriftliches Zeugniss behufs Begründung von Gesuchen wegen Unterstützung, Urlaub, Ablehnung von Ehrenämtern, Nichterscheinens vor Gericht, Aufschiebens der Strafvollstreckung und dergl.	3
	Im Falle einer besonders eingehenden Untersuchung oder wissenschaftlichen Begründung des Gutachtens tritt die Gebühr von A 11 ein.	
20.	Wegen der Schreibgebühren gelten die unter A 16 getroffenen Bestimmungen.	

Die Nothwendigkeit einer Abänderung der bisherigen gesetzlichen Bestimmungen vom 9. März 1872 über die den Medizinalbeamten für die Besorgung gerichtsärztlicher, medizinal- und sanitätspolizeilicher Geschäfte zu gewährenden Vergütungen sowie die einzelnen Bestimmungen des vorliegenden Gesetzentwurfs sind von dem Verfasser bereits im Vorjahre bei der ersten Vor-

lage desselben ausführlich besprochen (s. Nr. 5, der Zeitschrift, 1901, S 166—175), so dass auf diese Ausführungen hier Bezug genommen werden und sich die heutige Besprechung hauptsächlich auf den diesmal beigefügten Tarif und die wenigen Abänderungen beschränken kann, von denen eigentlich nur die in §. 6 neu getroffene Bestimmung von Bedeutung ist, wonach der Kreisarzt ebenso wie bisher bei auswärtigen Dienstgeschäften, die Wahl hat, Gebühren oder Tagegelder zu berechnen, während er nach dem früheren Entwurf neben Gebühren auch Anspruch auf Tagegelder haben sollte. Die Begründung sagt hierzu:

„Nach dem Gesetze vom 9. März 1872 hat der Medizinalbeamte, welcher auf Dienstreisen gebührenpflichtige Verrichtungen vornimmt, keinen Anspruch auf Gebühren und Tagegelder, sondern nur die Wahl zwischen beiden in der Weise, dass, wenn er Gebühren beansprucht, er für den Tag, an welchem das Geschäft vorgenommen wird, keine Tagegelder erhält (vergl. §. 5 des Gesetzes vom 9. März 1872 in der Fassung der Verordnung vom 17. September 1876, G. S. S. 411). Bei dem Ausschlusse der Kombinirung von Gebühren und Tagegeldern belässt es auch der vorliegende Entwurf mit der Massgabe, dass Tagegelder nur insoweit gezahlt werden, als sie die Gebühren für die auf der Reise vorgenommenen Verrichtungen übersteigen (vergl. §. 6 Satz 1 des Entwurfs). Sind umgekehrt die Gebühren höher als die Tagegelder, so gelangt der nach den §§. 2 und 3 zustehende volle Gebührensatz zur Auszahlung. Da bei dieser Regelung die Gebühren in den Vordergrund treten, so bietet es keine Schwierigkeit, bei der Festsetzung des pensionsfähigen Diensteinkommens der nicht vollbesoldeten Kreisärzte auch für die mit Dienstreisen verknüpften Verrichtungen die Gebühren zu berücksichtigen.

Die im Satz 2 ausgesprochene Beschränkung der Gebührenabführung ist eine Konsequenz des Anspruchs der vollbesoldeten Kreisärzte, dass ihnen unter allen Umständen der gesetzliche Tagegeldersatz ungeschmälert verbleiben muss."

Wir haben bereits bei der vorjährigen Besprechung des ersten Entwurfs bezweifelt, dass die damalige Vorschrift die Zustimmung des Landtages erhalten würde, da sie nicht nur eine wesentliche Mehrbelastung der betheiligten Kreise, insbesondere der Gemeinden, sondern auch einen vollständigen Bruch mit den bisherigen Grundsätzen bedeutet. Ist auch jetzt noch eine finanzielle Besserstellung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte, die bei jener Bestimmung besonders in Betracht kommen, durchaus erwünscht, so erscheint es doch anderseits bedenklich, diese auf Kosten der Gemeinden und des Publikums zu bewirken. Dies würde nur dazu beitragen, dass z. B. die Gemeinden noch mehr als bisher die Heranziehung des Kreisarztes der Kosten wegen unterlassen werden, zum Nachtheil des öffentlichen Wohles sowohl, als der Kreisärzte selbst. Deshalb kann man sich nur damit einverstanden erklären, dass jene frühere Bestimmung jetzt wieder fallen gelassen ist.

Ausser dieser wichtigen Aenderung bringt §. 7 noch zwei neue Zusätze, von denen der eine die Bekanntmachung des Tarifs in der Gesetzsammlung vorschreibt, damit über dessen Gesetzeskraft jeder Zweifel gehoben wird, während nach dem anderen „im Tarife auch bestimmt werden kann, dass bei einzelnen Verrichtungen Gebühren nicht zu heben sind." Diese Bestimmung erscheint uns nicht ganz unbedenklich, denn

man darf nicht vergessen, dass der Tarif nach §. 7 durch den zuständigen Minister festgesetzt werden soll und demgemäss auch jeder Zeit von ihm abgeändert werden kann. An sich betrachten wir dies allerdings als einen Vorzug, dass in dem Gesetze selbst alle Einzelsätze fortgelassen sind, da, wie wir dies bereits früher betont haben, sich beim praktischen Gebrauche nicht selten die Nothwendigkeit von Abänderungen oder Ergänzungen solcher Einzelsätze herausstellt, der weit schneller durch ministerielle Anweisung genügt werden kann, als wenn jedesmal die Gesetzesklinke in die Hand genommen werden muss. Im Abgeordnetenhause scheint man anderer Ansicht zu sein und auch den Tarif durch Gesetz feststellen zu wollen. Wir würden dies aus obigem Grunde bedauern, halten es aber gerade mit Rücksicht hierauf für nothwendig, dass der neue Abs. 2 des §. 7 gestrichen und die Möglichkeit beseitigt wird, dass gebührenpflichtige Verrichtungen späterhin einmal als solche in den Tarif eingestellt werden könnten, für die keine Gebühren mehr zu erheben sind.

Die von uns früher gegen die Fassung des §. 1 erhobenen Bedenken sind durch einen neuen Zusatz in der Begründung zwar gemildert, aber nicht gehoben. Der Zusatz lautet:

„Der Grundsatz des §. 1 gilt auch für die im ortspolizeilichen Interesse vorgenommenen Verrichtungen in den Städten mit Königlicher Polizeiverwaltung, so dass hier die Kreisärzte für solche Verrichtungen nichts zu beanspruchen haben (vergl. Gesetz, betreffend die Kosten Königlicher Polizeiverwaltungen in Stadtgemeinden, vom 20. April 1892, G. S. S. 87). Zur Beseitigung von Unbilligkeiten ist jedoch in Aussicht genommen, den Kreisärzten in solchen Städten, in welchen die Verrichtungen ortspolizeilicher Natur einen grösseren Umfang haben, angemessene pensionsfähige persönliche Besoldungszulagen zu gewähren. Das Gleiche gilt für die Landgemeinden der Provinz Hannover, wo ähnliche Verhältnisse vorliegen."

Damit ist nur die allerdings sehr wichtige Frage entschieden, dass in den Städten mit Königlicher Polizeiverwaltung und in denjenigen Kreisen (z. B. in der Provinz Hannover), wo der Staat die Kosten der Ortspolizei zu tragen hat, die Kreisärzte eine angemessene pensionsfähige persönliche Besoldungszulage erhalten sollen. Aber auch hier ist wieder die unhaltbare Einschränkung getroffen, „wenn die Verrichtungen ortspolizeilicher Natur einen grösseren Umfang" haben, während den betreffenden Kreisärzten doch eine derartige Besoldungszulage in der Durchschnittshöhe der für die Verrichtungen erwachsenden Gebühren zustehen sollte, gleichgültig, ob die Verrichtungen einen grösseren oder geringeren Umfang haben.

Wir müssen aber nach wie vor die Fassung, wonach die Kreisärzte für alle amtlichen Verrichtungen, „deren Kosten der Staatskasse zur Last fallen, keine weitere Vergütung erhalten", nicht als eine einwandsfreie bezeichnen, und werden darin bestärkt durch den in Folge eines Monitums der Oberrechnungskammer getroffenen Ministerial-Erlass vom 23. Juli 1900, wonach Gebühren in Unfallsachen, bei denen der Staat Träger der Berufsgenossenschaft ist, als solche anzusehen

sind, für deren Honorirung das Gesetz vom 9. März 1872 Anwendung findet, und zwar nicht nur für beamtete, sondern nach dem Min.-Erlass vom 8. Januar 1902 auch für nicht beamtete Aerzte. Die Oberrechnungskammer hatte aber früher — auch dem Verfasser gegenüber — die gegentheilige Entscheidung getroffen und ausdrücklich erklärt, dass die Gebühren für derartige Gutachten nach der ärztlichen Gebührenordnung zu berechnen seien. Ist man aber jetzt schon soweit gekommen, dass für die Honorirung von derartigen, eine amtsärztliche Thätigkeit nicht darstellende Gutachten die Gebührentaxe für beamtete Aerzte Anwendung findet, lediglich, weil sie von „einer Behörde" einge fordert und „aus der Staatskasse honorirt werden", dann würde es bei der künftigen Fassung des §. 1 nur einen ganz kleinen Schritt weiter bedeuten, wenn jene Gutachten, „weil ihre Kosten der Staatskasse zur Last fallen", als gebührenfreie amtliche Verrichtungen angesehen werden. Auch die Begründung zu §. 1 würde gegen eine derartige, die Kreisärzte in ausserordentlicher Weise schädigende Auffassung gar kein Hinderniss sein; denn hier wird nur ausgeführt, dass „unter den Einzelverrichtungen, die dem Kreisarzte als staatlichen Gesundheitsbeamten des Kreises obliegen," nicht Geschäfte zu verstehen sind, welche von ihm in Form eines staatsseitig übertragenen Nebenamtes besorgt werden, z. B. die Geschäfte als Bahnarzt, Gefängnissarzt u. s. w. Nicht die Frage, „aus welcher Kasse die Kosten bezahlt werden", kann massgebend dafür sein, ob eine Verrichtung gebührenpflichtig ist oder nicht, sondern lediglich die Frage, in wessen Interesse jene erfolgt ist; deshalb sollte im §. 1 dem bestehenden Rechtszustande und konform zu §. 2 statt „amtliche Verrichtungen, deren Kosten der Staatskasse zur Last fallen", gesagt werden: „amtliche Verrichtungen im allgemeinen Interesse". Der Begriff im „allgemeinen staatlichen Interesse" hat sich gerade in den letzten Jahren durch wiederholte höchsgerichtliche Entscheidungen soweit geklärt, dass eine Meinungsverschiedenheit darüber kaum noch aufkommen kann und demgemäss die vorgeschlagene Fassung weit einwandsfreier als diejenige des Entwurfs sein dürfte.

Betreffs der Höhe der Tagegelder und Reisekosten (§. 4) sollte kein Unterschied gemacht werden, je nachdem der Kreisarzt in gerichtsärztlichen oder amtsärztlichen Geschäften thätig ist, sondern ihm ein für alle Mal die seiner Amtstellung entsprechenden höheren Sätze gewährt werden. Bleibt der jetzige Unterschied bestehen, so würde dies eine wesentliche Benachtheiligung, insbesondere der nicht vollbesoldeten, auf ärztliche Praxis angewiesenen Kreisärzte gegenüber den vollbesoldeten Gewerbe-, Kreisbau- u. s. w. Inspektoren sein, die als gerichtsärztliche Sachverständige die ihrer Amtsstellung entsprechend höheren Tagegelder (von 12 bezw. 15 Mark) und Reisekosten (60 Pf. statt 50 Pf. für 1 Kilometer Landweg) erhalten, ebenso wie die vollbesoldeten Regierungs- und Medizinalräthe, die als gerichtliche Sachverständige nach § 10 des Entwurfs ebenfalls Anspruch auf jene höheren Sätze haben.

Um jeden Irrthum auszuschliessen, dürfte es sich weiterhin empfehlen, im §. 9 zu sagen:

„Als Kreisärzte im Sinne dieses Gesetzes gelten auch die besonderen Gerichtsärzte und Kreisassistenzärzte".

Betreffs der dem pharmazeutischen Kommissar bei Apothekenbesichtigungen an seinem Wohnorte zu gewährende Entschädigung empfiehlt es sich, diese ein für alle Mal auf 12 Mark, dem vollen Tagegeld entsprechend festzusetzen; auch die Gebühr für verbrauchte Reagentien sollte den in dieser Hinsicht gesteigerten Anforderungen entsprechend erhöht werden.

Was nun den Tarif anbetrifft, so ist dieser mit Recht so ausführlich gehalten, dass wohl sämmtliche amtliche Verrichtungen darin berücksichtigt sind; ein grosser Vorzug gegen das Gesetz vom 9. März 1872, das in dieser Beziehung erhebliche Lücken aufwies. Auch der Unzulänglichkeit der bisherigen Gebührensätze ist vielfach, namentlich für Leichenbesichtigungen und Leichenöffnungen, wissenschaftlichen Gutachten u. s. w. Rechnung getragen, aber keineswegs in dem Maasse, wie nach der in der Begründung zum Ausdruck gebrachten Anerkennung, dass jene Gebührensätze weder dem heutigen Geldwerthe, noch dem Umfange und der Schwierigkeit der gesteigerten Mühewaltung entsprnchen, erwarten durfte; denn gerade bei den am häufigsten vorkommenden Amtsverrichtungen sind die Gebühren nicht nur nicht erhöht, sondern sogar erniedrigt und vor allem niedriger als in der ärztlichen Gebührenordnung vom 15. Juni 1896. Wir halten aber in Uebereinstimmung mit dem Abg. Dr. Ruegenberg (s. S. 236) den Wunsch der Medizinalbenamten, dass die Gebührensätze des Tarifs nicht unter diejenigen der ärztlichen Gebührenordnung heruntergehen sollte, für durchaus berechtigt, „da die Leistungen eines beamteten Arztes nicht geringer taxirt werden können, als die eines Privatarztes in demselben Falle." Ein Unterschied in dieser Hinsicht ist ansserdem um so weniger gerechtfertigt, als der Tarif auch für die von nicht beamteten Aerzten geleisteten amts- und gerichtsärztlichen Verrichtungen massgebend sein soll und sich jener Unterschied schon in der kurzen Zeit, nach Inkrafttreten der ärztlichen Gebührenordnung für die betheiligten Aerzte, beamtete und nicht beamtete in der nachtheiligsten Weise bemerkbar gemacht hat. Werden dem, Tarif die Sätze der ärztlichen Gebührenordnung zu Grunde gelegt, dann entspricht dies nicht nur der Billigkeit, sondern es fällt auch das Bedenken fort, dass der nicht vollbesoldete Kreisarzt für sein immerhin mässig bemessenes Gehalt durch möglichst hohe Gebühren schadlos gehalten werden und der Staatskasse aus den überwiesenen Gebühren der vollbesoldeten Kreisärzte eine erhebliche Einnahme erwachsen sollte; denn jene Sätze, namentlich die hier hauptsächlich in Betracht kommenden Mindestsätze, sind allgemein als durchaus angemessene und insbesondere auch nicht als zu hohe anerkannt.

Weiterhin empfiehlt es sich, für alle häufig wiederkehrenden und ihrer Natur nach gleichartigen amtlichen Verrichtungen noch

mehr feste Gebühren ohne Spielraum vorzusehen. Auf diese Weise wird eine gleichmässige Berechnung der Gebühren sichergestellt; eine solche ist aber nicht nur im Interesse des Publikums und der Gemeinden, sondern auch im Interesse der Staatskasse und vor allem im Interesse der nicht vollbesolldeten Kreisärzte nothwendig, da bei diesen die Gebühren für amtliche Verrichtungen pensionsfähig sind.

Eine grössere Spezifikation der Gebühren mit festen Sätzen dürfte auch auf keine grossen Schwierigkeiten stossen. Sie hat allerdings den Nachtheil, dass die Gebühr vielleicht in manchem Falle der Mühewaltung nicht genau entspricht; man darf aber hierbei nicht vergessen, dass der höhere Aufwand von Zeit und Mühewaltung in dem einen Falle durch den geringeren in dem anderen wieder ausgeglichen wird, und somit bei richtiger Abmessung und Festsetzung der Durchschnittsgebühr jener Nachtheil gegenüber den sonstigen Vorzügen fester Gebührensätze nicht in's Gewicht fällt.

Mit den allgemeinen Bestimmungen zu dem Tarif-Entwurf kann man sich nur einverstanden erklären; in Bezug auf die einzelnen Gebührensätze erscheint jedoch mit Rücksicht auf die vorstehenden Ausführungen bei folgenden eine Abänderung wünschenswerth:

a. Bei Abwartung eines Termins (A I, Nr. 1) ist die Gebühr für jede angefangene halbe Stunde nur auf 1 Mark festgesetzt, während der Mindestsatz der ärztlichen Gebührenordnung 1,50 Mark beträgt; derselbe sollte deshalb auch hier angenommen werden.

b. Der Höchstsatz für eine Akteneinsicht (A I, Nr. 3) ist auf 6 Mark festgesetzt; wie häufig sind aber die Akten so voluminös, dass man Tage zur ihrer Durchsicht gebraucht. Es empfiehlt sich daher die Honorirung dieser Thätigkeit lediglich nach dem Zeitaufwand (1,50 M. für jede angefangene halbe Stunde zu bemessen.

c. Bei der Positionen A III, Nr. 10 (Befundschein), fehlt der Zusatz „einschliesslich der Untersuchung in der Wohnung des Medizinalbeamten".

d. Die Bestimmung in A III, Nr. 15 bedarf der Erweiteruug dahin, dass nicht nur bei der Untersuchung zu 14, sondern auch bei etwaigen Vorbesuchen zu Nr. 10, 11, 12 und 13 die Gebühren zu 2 hinzutreten. Die in Abs. 1 dieser Position getroffene Bestimmung, dass bei der Gebühr für Gutachten die Gebühren für Aktendurchsicht und sogar für Vorbesuche mit einbegriffen sein sollen, ist namentlich mit Rücksicht auf die letzteren eine wesentliche Verschlechterung gegenüber den bisherigen Vorschriften, wonach die Vorbesuche besonders berechnet wurden. Würden z. B. bei Begutachtungeines Geisteskranken u. s. w. 6 Vorbesuche erforderlich sein, wofür dem Medizinalbeamten nach A I, Nr. 2 b je 5 Mark, also 30 Mark zustehen, so würde er für das abzugebende wissenschaftliche Gutachten und die dazu etwa erforderliche Akteneinsicht selbst bei der Höchstgebühr von 30 Mark keine Entschädigung

erhalten. Auch die Gebühr für Akteneinsicht müsste in solchen Fällen besonders berechnet werden.

e. Bei Position B. Nr. 2 und 7 bleiben die Mindestsätze hinter denjenigen für die Terminsgebühr (6 M.) zurück. Eine Besichtigung ist aber immer als ein Termin aufzufassen; deshalb sollte sie auch in gleicher Weise wie dieser abgegolten und der Mindestsatz auf 6 Mark festgesetzt werden. Bisher ist auch in solchen Fällen, z. B. bei Besichtigungen von Drogenhandlungen, Mineralwasserfabriken, Wohnungen u. s. w. eine Gebühr von 6 Mark liquidirt; der jetzt vorgesehene Mindestsatz von 4 bezw. 3 Mark würde somit eine wesentliche Verschlechterung bedeuten und sich sogar niedriger stellen, als die in Pos. A, Nr. 2b vorgesehene Gebühr für einen Besuch (5 M.), obwohl in jener Gebühr ein solcher bei derartigen Geschäften an Wohnorten einbegriffen ist.

f. Pos. B. Nr. 3 bestimmt, dass in dem Verfahren bei der Errichtung genehmigungspflichtiger Anlagen für die Prüfung der Unterlagen und die Angabe des Prüfungsergebnisses Gebühren nicht gefordert werden können; wenn nun aber der Medizinalbeamte ein ausführliches Gutachten abgeben muss, soll das auch kostenfrei sein? Wir bezweifeln, dass dies beabsichtigt ist; dann muss es aber auch im Tarif zum Ausdruck gebracht werden.

g. Für die Untersuchung und Begutachtung von Geisteskranken, Epileptischen und Idioten behufs Aufnahme in eine Irrenanstalt empfiehlt es sich, eine feste Gebühr von 12 Mark, für die Begutachtung von Blinden und Taubstummen dagegen, die in der Regel weniger Arbeit erfordert, eine solche von 9 Mark vorzusehen, statt der in B. Nr. 5 eingestellten schwankenden Gebühr von 6—25 Mark.

h. Die Gebühr von 3 Mark (s. B. Nr. 10 des Tarifs) für Untersuchung und Prüfung von Personen behufs Aufnahme in eine Hebammenlehranstalt inkl. des darüber auszustellenden Zeugnisses steht mit der Mühewaltung absolut nicht in Einklang und bedeutet gegenüber dem bisherigen allgemein üblichen Gebührensatze (6 M.) eine Verschlechterung um 100 %. Es empfiehlt sich daher, diesen auch künftig beizubehalten.

i. Die Prüfung der Desinfektoren und Leichenschauer, der Trichinenschauer und Fleischbeschauer macht mindestens die gleiche Arbeit wie die der Heilgehülfen und Masseure u. s. w; die Personen rekrutiren sich ausserdem aus den gleichen Bevölkerungsklassen, es liegt daher kein Grund vor, bei jenen eine geringere Gebühr (6 M.), als bei diesen (10 M.) festzusetzen; zumal die Gebühr von 10 M. gegenüber der Mühewaltung als eine sehr mässige bezeichnet werden muss.

k. Die Untersuchung und Begutachtung von Militärreklamanten (B. Nr. 15) betreffs ihrer Aufsichts- und Erwerbsfähigkeit gehört erfahrungsgemäss zu den meist viel Zeit und Arbeit beanspruchenden Thätigkeit, da hier nur zu oft mit Vortäuschung oder wenigstens Uebertreibung gerechnet werden muss. Ausserdem wird von den zuständigen Behörden eine ausführliche Begründung verlangt. Deshalb sollte auch hier die Gebühr we-

nigstens auf 9 Mark (statt 6 M.) festgesetzt werden. Handelt es sich um bedürftige Personen, so kann ja der Staat ebenso wie bisher die Kosten übernehmen.

l. Betreffs der Gebühr für Ausstellung von Gesundheitszeugnissen behufs Eintritts in den öffentlichen Dienst oder Aufnahme in ein Seminar u. s. w. (B. Nr. 16, 17 u. 19) gilt das vorher unter h Gesagte; auch hier ist eine Erhöhung der Gebühr auf mindestens 6 Mark angezeigt.

m. Entsprechend der ärztlichen Gebührenordnung vom 15. Mai 1896, B. Nr. 24a wird die in B. Nr. 18 vorgesehene Gebühr von 1 Mark (schriftliche Gesundheitszeugnisse für Arbeiter behufs Beschäftigung in gewerblichen Betrieben) auf 2 Mark zu erhöhen sein.

n. Bei Position B. Nr. 7 fehlt der Zusatz „einschliesslich des vorgängigen Besuches, bei den Pos. B. Nr. 15 u. 19 der Zusatz: „einschliesslich der Untersuchung in der Wohnung der Medizinalbeamten; ist eine Untersuchung erforderlich, so tritt die Gebühr für diese (A. II, Nr. 2b) hinzu".

Hoffentlich finden diese Wünsche bei der weiteren Berathung des Gesetzes im Landtage und bei der späteren und gültigen Festsetzung des Tarifs Berücksichtigung! Jedenfalls ist es dringend erwünscht, dass das Gesetz noch in dieser Session des Landtages zur Verabschiedung gelangt.

Die Berathung des preussischen Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat vom 18. und 19. März d. J.

Vom Herausgeber.

Wie nicht anders zu erwarten stand, gelangte bei den diesjährigen Verhandlungen des Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat hauptsächlich die Durchführung des Kreisarztgesetzes zur Erörterung. Ebenso wie der Berichterstatter — Abg. Winkler — erkannten fast alle übrigen Redner, insbesondere die Abg. Dr. Ruegenberg, Dr. Martens, v. Loebell und v. Savigny mit Recht die den Wünschen des Abgeordnetenhauses wie den Wünschen der betheiligtsn Kreise entsprechenden Ausführung des Gesetzes an und zollten namentlich der von dem jetzigen Personaldezernenten Geh. Ob.-Med.-Rath Schmidtmann ausgearbeiteten „übersichtlichen, lichtvollen und ausführlichen" Dentschrift vollen und wohlverdienten Beifall. Es kam in den Verhandlungen so recht die Befriedigung über das Reformwerk zu Tage, die auch nicht durch die Ausführungen des Abg. Dr. Langerhans gestört wurden, der die Nothwendigkeit der Abtrennung der Medizinal-Abtheilung vom Kultusministerium damit zu begründen versuchte, dass dem Kreisarzte unter den jetzigen Verhältnissen zu wenig Initiative zustände. Die Zurückweisung dieses völlig unberechtigten Angriffes war für den Herrn Minister sehr leicht; er brauchte nur auf die betreffenden Bestimmungen des Kreisarztgesetzes und der Dienstanweisung hinzuweisen. Im

Uebrigen betonte er die Schwierigkeiten einer solchen Abtrennung, die allerdings mit Rücksicht auf dieUeberlastung des Kultusministeriums als erstrebenwerth anzusehen sei. Jedenfalls scheint dieselbe bei dem jetzigen Stande der Angelegenheit nicht so bald zu erwarten zu sein; wenn sie aber von mancher Seite, z. B. von dem Abg. Freih. v. Zedlitz besonders deshalb befürwortet wird, damit die Forderungen der öffentlichen Gesundheitspflege und deren Vertreter vom Minister des Innern im Interesse der Gemeinden gehörig in Schranken gehalten werden, dann könnte man vom gesundheitlichen Standpunkte aus etwas stutzig werden.

Dass die neugeschaffene Organisation unseres Medizinalwesens noch des weiteren Ausbaues bedarf, ist bereits in der Denkschrift anerkannt; die Abg. Dr. Ruegenberg und Dr. Martens halten diesen Ausbau namentlich in der Mehrbeschaffung vollbesoldeter Kreisarztstellen für nothwendig, während der Vertreter der konservativen Partei, v. Loebell vorläufig noch immer den Standpunkt einnimmt, dass jene die Ausnahme, die nicht vollbesoldeten Stellen die Regel bilden sollen. Mit der Zeit wird auch die konservative Partei diesen Standpunkt fallen lassen, je mehr namentlich in den östlichen Provinzen die Landräthe durch die Erfahrung zu der Ueberzeugung kommen, dass die früher gehegten Bedenken und Befürchtungen gegen den übereifrigen vollbesoldeten Gesundheitsbeamten sich als hinfällig erwiesen haben. In dieser Beziehung betrachten wir es als ein überaus günstiges Prognostikum, dass bei den diesjährigen Verhandlungen gerade von konservativer Seite auch nicht eine einzige Klage über etwaige Uebergriffe der im Vergleich zu früher mit weit mehr Machtbefugnissen ausgestatteten Kreisärzte laut geworden ist. Es geht daraus am besten hervor, dass dieselben, einmal in den Sattel gehoben, doch besser reiten können, als man ihnen zugetraut hat. Wir haben allerdings stets diese Ansicht vertreten; es freut uns deshalb um so mehr, dass sich diese als zutreffend erwiesen hat. Nicht minder freuen wir uns aber, dass von Seiten einzelner Abgeordneter, namentlich von den Abg. Dr. Ruegenberg und Dr. Martens trotz aller Anerkennung der hervorragenden Leistungen der Medizinalverwaltung doch auch diejenigen Punkte zur Sprache gebracht sind, die noch einer Abhülfe sobald als möglich bedürfen. Das sind in erster Linie die Pensionirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte und die ungenügende Höhe der diesen gewährten Dienstaufwandsgelder, die theilweise Anrechnung der Dienstzeit als Kreiswundarzt bei Verleihung des Titels „Medizinalrath“ — wenigstens für die Uebergangszeit — und die häufigere Zuziehung der Medizinalbeamten zu den Fortbildungskursen sowie die dauernde Einrichtung derselben. Die Medizinalbeamten zollen dafür den betreffenden Abgeordneten einen besonderen Dank. Hoffentlich finden deren Vorschläge in dieser Beziehung, denen wir uns in allen Punkten anschliessen können, bei der Staatsregierung eine wohlwollende

Aufnahme und entsprechende Berücksichtigung; dieselbe würde dadurch die betheiligten Kreise zu grossem Danke verpflichten.

Den erfreulichsten Punkt der Verhandlungen bildete zweifellos die von allen Seiten ohne Rücksicht der Parteien warm befürwortete Besserstellung der auf Wartegeld gestellten Medizinalbeamten, besonders der Kreisphysiker, sowie das von der Staatsregierung in dieser Beziehung gezeigte Entgegenkommen. Als beste und der Billigkeit sowohl, als allen berechtigten Wünschen am meisten entsprechende Lösung dieser Frage halten wir die von dem Abg. Dr. Martens vorgeschlagene Festsetzung eines angemessenen Mindest-Ruhegehaltes, ohne Unterschied, ob Jemand bedürftig ist oder nicht, und drüber hinausgehend persönliche Zulagen für besonders der Unterstützung Bedürftige. Hoffentlich findet eine dementsprechende für die dritte Lesung in Aussicht gestellte Resolution die Zustimmung des Landtages und der Staatsregierung, damit der „Flecken auf einem sonst so schönen Bilde" beseitigt wird, wie der Abg. Winkler bemerkte, der sich nicht nur in diesem Jahre, sondern vor Allem auch im vorigen Jahre durch seine Thätigkeit als Berichterstatter um die sachgemässe Klarstellung der einschlägigen Verhältnisse und damit um die Durchführung der Reorganisation unseres Medizinalwesens hoch verdient gemacht hat.

Betreffs der übrigen Punkte, die bei den diesjährigen Verhandlungen zur Sprache gebracht sind — Stellung der Gerichtsärzte, obligatorische Leichenschau, Hebammenwesen, Kurpfuscherei, ärztliche Ehrengerichte und Umlagerecht der Aerztekammern, praktisches Jahr und Fortbildungskurse für die Aerzte, Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung, Krebsforschung u. s. w. — verweisen wir auf den nachstehenden stenographischen Bericht, bei dessen Wiedergabe die einzelnen Reden thunlichst nach den berührten Gegenständen geordnet sind.

1. Durchführung des Kreisarztgesetzes; Besserstellung der zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten; Abtrennung der Medizinalabtheilung vom Kultusministerium und Ueberweisung derselben an das Ministerium des Innern. Obligatorische Leichenschau. Verleihung der Apothekenkonzessionen. Hebammenwesen.[1])

Abg. Winckler (kons.), Berichterstatter, erwähnt zunächst, dass in der Kommission die Frage des Umlagerechts der Aerztekammern gegenüber den Aerzten, die gar keine Privatpraxis betreiben, zur Sprache gekommen und auch die rage erörtert sei, ob von denselben die Einkommen der Aerzte aus anderen Quellen wie aus der ärztlichen Praxis als beitragepflichtig herangezogen werden dürfe. Von dem Vertreter der Königlichen Staatsregierung sei hierauf erklärt: „Meistens w rde eine Kopfsteuer im Betrage von 4—20 Mark, je verschieden nach den einzelnen Kammerbezirken, erhoben. In Berlin bestände eine Kopfsteuer von 10 Mark, und daneben würden noch 5 % von der Staatseinkommensteuer erhoben. Es sei zweifelhaft, ob die Berliner Aerztekammer zur Festsetzung eines solchen gemischten Beitragsfusses berechtigt wäre. Da jeder Arzt wahlberechtigt sei, gleichgültig, ob er eine Praxis ausübe oder nicht, so müsse auch jeder zur Ausübung der Praxis Berechtigte zu Kammerbeiträgen herangezogen werden. Der Kultusminister

[1]) Von einzelnen Rednern sind hierbei gleichzeitig ärztliche Ehrengerichte, Umlagerecht der Aerztekammern, sowie die Untersuchungsanstalt für Wasserversorgung u. s. w. berührt; die eigentliche Debatte darüber folgt später unter 3 und 4.

wünsche jedoch, dass diejenigen Aerzte, die keine Praxis trieben, geringere Beiträge als die übrigen zu entrichten hätten. Die Oberpräsidenten, welche die Umlagebeschlüsse zu genehmigen hätten, sollen dahin verständigt werden."

Redner geht hierauf zur Besprechung der Ausführung des Kreisarztgesetzes auf Grund der vom Abgeordnetenhause vorgelegten Denkschrift (s. Nr. 5 der Zeitschrift, S. 137) über und bemerkt, dass die Kommission aus den Mittheilungen derselben die Ueberzeugung gewonnen habe, die Ausführung sei in einer durchaus zweckmässigen und dem Sinne des Gesetzes entsprechenden Weise erfolgt; jedenfalls sei man der Staatsregierung grossen Dank schuldig für die überaus klare, umsichtige und eingehende Darstellung, welche die gesammten Zwecke und die ganze Ausführung des Gesetzes in der vorliegenden Denkschrift gefunden habe. Betreffs der Massnahmen zur Hebung der wissenschaftlichen und praktischen Leistungsfähigkeit der staatlichen Gesundheitsbeamten seien zwei Anregungen in der Kommission laut geworden und zwar in Bezug auf die Heranziehung der Kreisärzte zu Fortbildungskursen, und anderseits auf die Entsendung einiger befähigter Kreisärzte in das Ausland zum Studium der dortigen sanitären Verhältnisse. Betreffs dieser Anregungen habe der Vertreter der Regierung folgende Erklärung abgegeben:

„In früheren Jahren sind Staatsmittel zur Fortbildung der Medizinalbeamten nur aus Anlass bestimmter Aufgaben zur Verfügung gestellt worden. So wurden während der Choleraepidemie dreitägige Cholerakurse für Medizinalbeamte im hiesigen Institut für Infektionskrankheiten eingerichtet, an denen jedoch nur 1 bis 3 Medizinalbeamte aus jedem Regierungsbezirk theilnahmen. Nach Verlauf der Choleraepidemie wurden jährlich 20000 M. zur Abhaltung hygienisch-bakteriologischer Kurse in den hygienischen Instituten der Universitäten bereitgestellt, und zu diesen der Reihe nach sämmtliche Medizinalbeamte herangezogen. Nach Beendigung dieser Kurse wurde eine gleiche Summe jährlich auf die Abhaltung von Kursen in gerichtlicher Psychiatrie verwendet. Obwohl an diesen noch nicht alle Medizinalbeamte theilgenommen hatten, wurden sie im vorigen Jahre nicht fortgesetzt mit Rücksicht auf die Durchführung der Medizinalreform. Nachdem diese nunmehr zum vorläufigen Abschluss gelangt ist, sollen nunmehr Kurse eingeführt werden, welche sich nicht auf ein einzelnes Wissensgebiet, sondern auf die sämmtlichen Gebiete erstrecken, welche für die Dienstthätigkeit des Kreisarztes von Wichtigkeit sind, nämlich auf Hygiene, gerichtliche Medizin, Psychiatrie und — etwas ganz Neues — Medizinalverwaltung und Gesetzeskunde. Die Kurse sollen je 3 Wochen dauern, und es ist ein eingehender Stundenplan aufgestellt worden, bei Innehaltung dessen die Medizinalbeamten die Zeit hindurch voll beschäftigt sein und Gelegenheit haben werden, ihr Wissen und Können auf diesen Wissensgebieten in ausreichender Weise aufzufrischen. Für die Dauer der Kurse erhalten die Beamten Tagegelder und Reisekosten.

Die in dem Entwurf für den Staatshaushaltsetat eingestellten 26000 M. reichen nur für 50 Medizinalbeamte aus. Es sollen für sie zunächst zwei Kurse zu je 25 Theilnehmern und zwar in Berlin veranstaltet werden, weil nur hier ein zur Ertheilung des Unterrichts in gerichtlicher Medizin ausreichendes Institut, das Königliche Institut für Staatsarzneikunde, vorhanden ist. Die Unterweisung in der Hygiene, hauptsächlich Seuchenbekämpfung, soll im Institut für Infektionskrankheiten durch Geheimrath Prof. Dr. Koch und dessen Assistenten, diejenige in Psychiatrie theils in der Psychiatrischen Klinik der Charité durch Geheimrath Prof. Dr. Jolly, theils in der Städtischen Irrenanstalt Herzberge bei Lichtenberg durch deren Direktor, Geheimrath Prof. Dr. Moeli, stattfinden. Ueber Medizinalverwaltung werden die technischen Räthe der Medizinalabtheilung vortragen. Mit den Kursen sollen Exkursionen und Besichtigungen hygienisch bemerkenswerther Einrichtungen und Anlagen, z. B. des Wasserwerkes, der Kanalisation und der Rieselfelder, des Hygiene Museums u. s. w. verbunden werden. Von dem Ausfall dieser Kurse wird es abhängen, ob und in welcher Ausdehnung dieser Versuch in den nächsten Jahren wiederholt werden wird. Als eine dauernde Einrichtung sind nämlich die Kurse zunächst nicht in Aussicht genommen.

Die Nothwendigkeit einer regelmässigen Fortbildung der Medizinalbeamten hat sich übrigens im Grossherzogthum Hessen herausgestellt, wo jeder Medizinalbeamte alle drei Jahre zu einem 14tägigen Kursus in Hygiene, pathologischer Anatomie und Psychiatrie an der Universität Giessen herangezogen

wird. Auch in Oesterreich wird alljährlich ein Theil der Medizinalbeamten zu Kursen herangezogen. Bekannt sind die ausgezeichneten Erfahrungen, welche die Armee und die Marine mit den Fortbildungskursen für ihre Aerzte gemacht haben.

Ausser durch Kurse sucht der Minister die Medizinalbeamten auch anderweitig zu fördern. So hat er aus bereiten Fonds die Mittel flüssig gemacht, um einen jüngeren Medizinalbeamten auf ein Jahr an das hiesige Institut für Infektionskrankheiten entsenden zu können. Auch hat er gelegentlich wissenschaftlicher Kongresse in den letzten beiden Jahren mehrere Medizinalbeamte nach grösseren Städten im Auslande, z. B. im Jahre 1900 gelegentlich der Weltausstellung nach Paris geschickt. Ueberhaupt hat er das lebhafteste Bestreben, das Wissen und Können der Medizinalbeamten im Interesse einer sachgemässen Erledigung ihrer wichtigen staatlichen Anfgaben nach jeder Richtung hin zu fördern und zu vertiefen."

Nachdem Redner sodann bemerkt hat, dass die Dienstanweisung für die Kreisärzte zu irgend welchen Bedenken in der Kommission keinen Anlass gegeben habe und dass jetzt ein besonderes „Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten" neu geschaffen und im Kultusministerium herausgegeben werde, geht er auf die Besoldungs- und Pensionsverhältnisse der Kreisärzte über. Vollbesoldete Kreisärzte sind jetzt 18 in den Etat eingestellt; über ihre Besoldung bestehe keine Meinungsverschiedenheit. Auch die Besoldung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte nach dem Individualsystem in Verbindung mit dem System aufsteigender Besoldungen sei von der Kommission als etwas sehr Willkommenes begrüsst worden; das System entspreche sowohl den bei den Berathungen im Abgeordnetenhause zum Ausdruck gebrachten Wünschen, als den berechtigten Wünschen der Kreisärzte und den Bedürfnissen der Verwaltung, die Angesichts der ausserordentlichen Verschiedenheiten in den einzelnen Kreisarztbezirken bis zu einem gewissen Grade auf eine differentielle Behandlung hinsichtlich der Besoldung entscheidenden Werth legen müsse.

Redner berichtet hierauf weiter, dass von der Befugniss, Stadtärzten kreisärztliche Obliegenheiten zu übertragen, nur in 4 Städten, nämlich Altona, Düsseldorf, Osnabrück und Dortmund, Gebrauch gemacht sei, und dem Wunsche einzelner Kreise betreffs Anstellung von Kreisärzten die Staatsregierung durch Neuschaffung derartiger Stellen für die Kreise Meppen, Hümmling und Daun Rechnung getragen habe.

Zum Schluss kommt er auf die Lage der zur Disposition gestellten bisherigen Kreisphysiker zu sprechen. Im vorigen Jahre sei bereits eine hierauf bezügliche Petition der Königlichen Staatsregierung zur Erwägung überwiesen; diese habe nun, um nach Möglichkeit alle Härten der Uebergangsbestimmungen im Sinne der damals zum Ausdruck gekommenen Wünsche des Abgeordnetenhauses zu mildern, 50 000 M. als besonderen Fonds in den Etat eingestellt und erklärt: sie glaube, in der Lage zu sein, mit dieser Summe allen billigen Ansprüchen der zur Verfügung gestellten Beamten gerecht zu werden. In den Kommissionsverhandlungen sei gesagt, dass die weniger günstige Lage der zur Disposition gestellten Kreisphysiker hauptsächlich mit auf die durch das Kreisarztgesetz eingeführte enge Begrenzung des Begriffes der Gebühren zurückzuführen wäre; denn dieser Begriff sei so eingeschränkt, dass thatsächlich das sich hiernach ergebende Wartegeld geringer geworden sei, als man wohl zunächst gedacht habe. Ausserdem sei hauptsächlich bemängelt, dass die als nothwendig anerkannte Besserstellung der zur Disposition gestellten Kreisphysiker in der Form der Unterstützungen stattfinden sollte, von der man annahm, dass sie eine mehr oder weniger willkürliche oder schwankende sein könne. Dieser Befürchtung sei von seiten der Vertreter der Königlichen Staatsregierung zum Theil durch die Erklärung begegnet worden, dass eine Prüfung der Verhältnisse der einzelnen in Betracht kommenden Personen nur einmalig stattfinden und ihnen nach dieser Prüfung ein dauernder fester Zuschuss gewährt werden solle, sodass es sich nicht um eine von Jahr zu Jahr in Frage gestellte Unterstützung handele. Bei der Berathung über diesen Gegenstand habe die Kommission die eingereichten, gleichlautenden Petitionen mit berücksichtigt, in denen die Bitte ausgesprochen wird, zur Milderung der Nothlage der auf Wartegeld gestellten Kreisphysikern 100 000 M. zu bewilligen, damit der Herr Kultusminister in den Stand gesetzt werde, die Wartegelder zu erhöhen und

in humaner Weise den §. 15 des Kreisarztgesetzes auszuführen. Ausser dieser gleichlautenden Petition seien noch zwei weitere Petitionen eingegangen von den Kreisphysikern Dr. Paffrath in Wiesbaden und Dr. Wallichs in Altona, die gleichfalls eine Remedur des §. 15 des Kreisarztgesetzes erbitten, unter Darlegung der persönlichen und sonstigen Verhältnisse. In der Kommission sei man nun allgemein der Meinung gewesen, dass es dringend erwünscht sei, dass hier dasjenige geschehe, was als billig angesehen werden müsse. Gerade bei einem Gesetze, mit dessen ganzer Ausführung allgemeine Zufriedenheit herrsche, insbesondere auch in den Kreisen der betheiligten Beamten dürfe kein Flecken auf einem sonst so schönen Bilde erscheinen, und desshalb auch die Wartegeldfrage den allseitigen Wünschen entsprechend geregelt werden. Die Kommission schlage deshalb vor, die Petitionen der Regierung zur Erwägung zu überweisen und gleichzeitig die Bereitwilligkeit auszusprechen, die in den Etat eingestellten 50000 M. entsprechend zu erhöhen, falls sie zur Erfüllung ihres Zweckes nicht ausreichen sollten.

Abg. Dr. **Ruegenberg** (Ctr.) schliesst sich gern dem Danke des Herrn Referenten für die lichtvolle, übersichtliche und ausführliche Denkschrift über die Ausführung des Kreisarztgesetzes an und stimmt auch den Schlussworten des Verfassers der Denkschrift bei, dass die Zeit, in welcher ein derartiges Reformwerk abschliessend beurtheilt werden kann, noch immer eine zu kurze ist und die für ein erschöpfendes Urtheil nothwendigen Erfahrungen noch nicht in ausreichender Weise gesammelt sein können. Er begrüsst es sodann mit Freuden, dass auch der diesjährige Etat einige Verbesserungen auf diesem Gebiet bringe, z. B. eine wenn auch nur geringe Vermehrung der vollbesoldeten Kreisarztstellen, die hoffentlich recht bald, durch die Macht der Verhältnisse gezwungen, ein beschleunigtes Tempo einschlagen werde. Durch die Revisionen, die seitens einer Anzahl von Regierungsmedizinalräthen bei den Kreisärzten ihres Bezirks vorgenommen sind, hat sich schon jetzt ergeben, dass ein Theil derselben fast keine Privatpraxis mehr hat und dass diese bei den übrigen immer mehr schwindet, weil der grösste Theil ihrer Zeit durch Amtsgeschäfte absorbirt wird, so dass zur regelmässigen Abwartung von Privatpatienten kaum mehr Musse bleibt. Dieser Zustand wird sich in Zukunft noch verschärfen, und der Kreisarzt sich immer mehr nach der Seite des Sanitätsbeamten auswachsen, ohne dass deshalb zu befürchten sei, dass er, losgelöst von der Praxis, nun einseitig zum Büreaukraten sich ausbilden würde; denn die auch dem vollbesoldeten Kreisarzt erlaubte konsultative Praxis, seine Stellung als Polizei-, Krankenkassen-, Krankenhaus-, Impf-, Vertrauensarzt u. s. w. werde für einen genügenden Kontakt mit den Bedürfnissen und Verhältnissen des täglichen Lebens und für deren Verständniss sorgen. In der Uebergangszeit mögen bei der Menge der neuen Aufgaben vielleicht hier und da eine gewisse Polypragmasie aus Uebereifer seitens einzelner Medizinalbeamten, vielleicht auch kleine Uebergriffe vorkommen, bei gegenseitigem guten Willen werden dieselben sich aber in Zukunft leicht vermeiden lassen. Gegenüber den früher im Hause geäusserten Bedenken, dass, wenn dem Kreisarzt eine zu grosse Initiative gegeben würde, dieser schliesslich in jeden Topf hineingucken werde, will Redner bemerken, dass es auch manche übelriechende Töpfe giebt, die je eher, je besser auszuräumen im allgemeinen Interesse ist. Er will dabei nur an die Zustände in manchen Krankenhäusern, an die Ventilations-, Abort- und Beleuchtungsverhältnisse in manchen Schulen erinnern. Das Verhältniss zwischen den Kreisärzten und den Behörden wie auch dem Publikum wird sich zu einem guten ausgestalten, wenngleich — wie überall — es immer von dem persönlichen Takt des einzelnen Beamten abhängen wird, wie sich seine Stellung gestaltet. Redner betont, dass nach den ihm gemachten Mittheilungen schon manche Gesundheitskommissionen sich über die gemeinschaftlichen Berathungen mit den Kreisärzten befriedigt geäussert haben und offen anerkennen, dass ihnen durch dieselben doch über manche Sachen ein anderes Licht aufgesteckt sei.

Im Anschluss an die in den Etat eingestellte neue ausserordentliche Professur für gerichtliche Medizin in Marburg hebt er dann hervor, dass die Professoren ihrer Aufgabe auf diesem Gebiete nur gerecht werden können, wenn sie geeignete Räume, in denen sie arbeiten und ihre Demonstrationen machen können, und das nöthige Material haben. Beides sei aber wenigstens bei einzelnen dieser Herren nicht der Fall. In Halle stehe z. B. dem betreffenden

Professor überhaupt kein Raum zur Verfügung und in Breslau habe er nur durch die Güte des Anatomen wenigstens ein Zimmer erhalten. Noch schlimmer sei der Mangel an Leichenmaterial! Wenn die Professoren für gerichtliche Medizin auch gleichzeitig Gerichtsärzte sind, so ist doch kein Richter verpflichtet, zu den gerichtlichen Sektionen Fremde, seien es nun Studenten oder sonst wen, zuzulassen. Ebenso wenig sind die Kliniker verpflichtet, jenen Leichen zu überlassen. Redner bittet deshalb den Kultusminister, mit dem Herrn Justizminister betreffs der Zulassung der Studirenden zu den gerichtlichen Sektionen in Verbindung zu treten und anderseits auch die Kliniker anzuweisen, in Bezug auf Ueberlassung von Leichen den gerichtlich-medizinischen Instituten gegenüber möglichst Entgegenkommen zu zeigen.

Mit Rücksicht auf den im Etat vorgesehenen Betrag von 6000 Mark als Beihülfe für Fortbildungskurse der praktischen Aerzte wünscht Redner, dass die Königliche Staatsregierung dieser Einrichtung auch weiter ihr Augenmerk schenke und durch Unterstützung dieselbe fördere. Er bemerkt sodann, dass, wenn auch die Befriedigung der Kreisärzte über die Neuordnung der Dinge im Grossen und Ganzen eine fast allgemeine ist, diese doch noch einzelne Wünsche geäussert werden, die so zu sagen Gemeingut der Gesammtheit seien und die er deshalb zur Sprache bringen und befürworten will. Der erste betrifft die Pensionirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte, die in vielen Fällen als eine zu geringe anzusehen ist und von einer Anzahl Zufälligkeiten abhängt, die nicht in der Macht des Einzelnen liegen. Bei der jetzigen Ordnung der Dinge liegt die Gefahr vor, dass die Regierung sich ebenso wie früher öfters genöthigt sehen könnte, alte, verdiente Beamte, die aber nicht mehr fähig sind, ganz und voll die Pflichten ihres Amtes zu erfüllen, lediglich deshalb nicht zu pensioniren, weil sie diese nicht in ihren alten Tagen einer bedrängten wirthschaftlichen Lage überantworten will. Man müsse deshalb erwägen, ob man nicht in Zukunft die nicht vollbesoldeten Kreisärzte nach den Sätzen der gleichaltrigen vollbesoldeten pensionirt. Es sei dies keineswegs unbillig; denn der Umfang der amtlichen Geschäfte bei den nicht vollbesoldeten ist in einer grossen Zahl von Fällen mindestens ein eben so grosser wie bei sehr vielen vollbesoldeten Kreisärzten.

Auch ein anderer Wunsch der Kreisärzte, dass bei dem neuen Gebührengesetze die Sätze nicht unter die Minimalsätze der ärztlichen Taxe heruntergehen, ist nach Ansicht des Redners berechtigt; da die Leistungen eines Beamten doch nicht geringer taxirt werden können, als die eines Privatarztes in demselben Falle. Man könnte zwar einwenden, dass die Kreisärzte ein höheres Gehalt bezögen und dafür auch mehr leisten könnten, ihre amtlichen Geschäfte haben aber einen solchen Umfang angenommen, dass sie nicht allein diese Gehaltserhöhung kompensiren, sondern auch die Gelegenheit zum Nebenerwerb immer mehr unmöglich machen.

Der dritte Punkt betrifft die Dienstaufwandsgelder der nicht vollbesoldeten Kreisärzte. Dieselben sollen im Durchschnitt 250, höchstens 750 M. betragen. Die in der Denkschrift für diese niedrigere Normirung gegebene Begründung, dass erstens der Umfang der Geschäfte ein kleinerer sei und dass zweitens diese Herren schon ihrer Privatpraxis wegen gewisse Vorrichtungen nöthig haben, z. B. Sprechzimmer, widerlegt sich aber dadurch, dass auch bei den nicht vollbesoldeten Kreisärzten durch die stetig wachsende Zunahme der Amtsgeschäfte das Sprechzimmer zum Arbeitszimmer und das Wartezimmer zum Schreibzimmer wird. Selbst aus kleineren Bezirken ist dem Redner mitgetheilt, dass die Kreisärzte durchschnittlich 2 bis 3 Stunden einen Sekretär zu beschäftigen haben, der doch sein besonderes Zimmer haben muss. Dazu kommen die Kosten nicht nur für Papier, Beleuchtung und Heizung, sondern auch für chemische Utensilien, Färbeflüssigkeiten, Nährböden und die Instandhaltung dieser Sachen. Wenn man alles dies zusammenrechnet, so muss man sagen, dass die Kosten mit 250 Mark und darunter nicht zu bestreiten sind und demzufolge eine Erhöhung des Durchschnittssatzes auf mindestens 500 M. nicht zu umgehen ist. Redner bittet deshalb die Königliche Staatsregierung, bis zum nächsten Jahre eine Feststellung über die wirklichen gehabten Auslagen für Dienstaufwand machen zu lassen. Ebenso bittet er, betreffs der Pensionirung bis zum nächsten Jahre eine Equête zu veranstalten und deren Ergebniss in einer Denkschrift oder sonstwie dem Abgeordnetenhause mitzutheilen.

Ein weiterer Punkt ist die Titelfrage. Nach der Königlichen Verordnung vom 19. Juni 1901 sollen die Kreisärzte, die 12 Jahre im Dienst waren, Seiner Majestät vorgeschlagen werden können zur Verleihung des Titels als Medizinalrath. Nun ist aber eine nicht kleine Anzahl von Herren, die, bevor sie zum Kreisarzt ernannt worden sind, 10, 12, 15 Jahre Kreiswundarzt waren. Viel jüngere Kollegen, die zufällig gleich Kreisarzt geworden sind, werden daher, wenn nicht eine Aenderung darin eintritt, unter Umständen 4, 6, 8 Jahre früher den Titel als Medizinalrath erhalten, als ihre älteren Kollegen, die viel länger im Amte waren. Es ist dies nicht bloss eine Zurücksetzung für die Betreffenden selbst, sondern es ist auch eine Herabsetzung gegenüber dem Publikum, wenn ein viel jüngerer Kreisarzt den Titel bekommt und ein benachbarter viel älterer nicht; denn das Publikum weiss die Gründe dafür nicht.

Durch die Neuordnung sind ferner in Berlin und Vororten neu kreirte, nicht vollbesoldete Kreisärzte angestellt. Diese Herren beziehen ein Gehalt von 2550 bis 2700 Mark und haben an Gebühren nach Ausweis ihrer Bücher jährlich 900 bis 1000 Mark, also im Ganzen ein pensionsfähiges Einkommen von 3250 bis 3700 Mark. Privatpraxis zu erlangen ist für sie bei der Ueberfüllung von Berlin mit Aerzten wohl vollständig ausgeschlossen; gerichtsärztliche Gebühren haben sie nicht, weil in Berlin besondere Gerichtsärzte angestellt sind; pensionsfähige Zulagen sind ihnen ebenfalls nicht gewährt worden. Für eine Masse der von ihnen ausgeführten amtlichen Verrichtungen im ortspolizeilichen Interesse bekommen sie, da man sie als Nachfolger der früheren Bezirksphysici ansieht, gleichfalls keine Gebühren, nur in einzelnen Fällen für Fuhrlohnauslagen 1,50 Mark. Auch Nebenämter haben sie nicht oder doch nur in ganz geringem Umfange. Am liebsten würden diese Herren ihre Stellen in vollbesoldete umgewandelt sehen und nach den Nummern ihres Journals fehlt es an Beschäftigung für einen vollbesoldeten Beamten schon jetzt nicht. Geht dies nicht, müsste man ihnen, wie z. B. den Gerichtsärzten, eine pensionsfähige Zulage in der entsprechenden Höhe geben. Redner bittet deshalb die Königliche Staatsregierung, diesen Kreisärzten in der einen oder anderen Weise unter die Arme zu greifen, damit sie ihres Amtes auch mit Freuden walten können.

Zum Schluss will er nicht unterlassen, über die neue Untersuchungs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerungsbeseitigung einige Worte zu sprechen. Die Abgeordneten, die vor einigen Tagen unter Führung des Leiters der Anstalt, Geh. Ob.-Med.-Raths Dr. Schmidtmann, dieselbe besichtigt haben, sind erstaunt und überrascht gewesen über das, was in diesem Institut in so kurzer Zeit mit verhältnissmässig geringen Mitteln und in für diese Zwecke durchaus nicht eingerichteten Räumen geschaffen worden ist. Eine Anzahl tüchtiger Kräfte auf dem Gebiete der Chemie, Botanik, Zoologie, Biologie ist engangirt worden, und eine ganze Reihe von Aufgaben aus den betreffenden Gebieten, sowohl im allgemeinen Staatsinteresse wie auch im Auftrag von Kommunen und Privaten, in Angriff genommen und theilweise schon gelöst. Auch die berathende und begutachtende Thätigkeit — sowohl für staatliche wie private Unternehmungen — bildet einen nicht unwesentlichen Antheil des Arbeitsprogramms, so dass mit Sicherheit anzunehmen ist, dass die Anstalt, die Redner als den ersten Schritt zur Errichtung einer Landeszentraluntersuchungsanstalt betrachtet, sich zum Segen für das öffentliche Wohl ausbilden werde. Im Namen seiner politischen Freunde bittet Redner, die Summe von 51400 Mark auf 100000 Mark im nächsten Etat zu erhöhen, um dieses Institut in den Stand zu setzen, seinen Aufgaben voll und ganz gerecht zu werden.

Abg. Dr. Martens (nat.-lib.) kann dem Lobe, das der vorgelegten Denkschrift über die Ausführung des Kreisarztgesetzes ertheilt worden ist, nur zustimmen. Die Denkschrift habe zur Förderung und Abkürzung der Verhandlungen in der Budgetkommission wesentlich beigetragen und werde auch die Verhandlungen im Hause wesentlich erleichtern; sie sei allerdings nicht in allen Dingen lückenlos, und liefere auch den Beweis, dass die Stellung der Kreisärzte noch besser hätte ausgestaltet werden können. In Uebereinstimmung mit dem Abg. Dr. Ruegenberg ist auch Redner der Meinung, dass die Kreisärzte mehr und mehr nur mit dem Sanitätsdienst zu thun haben werden, und immer mehr nicht vollbesoldete Stellen zu vollbesoldeten gemacht werden. Betreffs der Pensionirung der nicht vollbesoldeten Kreisärte betont er ebenfalls, dass eine Aenderung in dieser Beziehung noth-

wendig sei. Durch den von dem Vorredner gemachten Vorschlag, die nicht vollbesoldeten Kreisärzte ganz wie vollbesoldete von gleichen Dienstjahren zu behandeln, werde allen Beschwerden abgeholfen; ob dies jedoch möglich sei könne er nicht beurtheilen. Jedenfalls bestehen für die Pensionirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte gewisse Härten; denn ausser dem Diensteinkommen sind auch die Gebühren aus den 3 letzten Jahren massgebend; diese können sich aber bei einer Theilung des Kreises oder bei Einrichtung einer Gerichtsarztstelle oder anderer Ursachen gerade in den letzten 3 Jahren vermindert haben, so dass ein Kreisarzt in späteren Jahren eine geringere Pension erhält, als er in früheren Jahren bekommen haben würde.

Auch bezüglich des Dienstaufwandes der nicht vollbesoldeten Kreisärzte ist Redner mit dem Vorredner vollständig einverstanden und wünscht auch, dass die Regierung einmal eine Enquête darüber anstellt, wie hoch der wirkliche Dienstaufwand dieser Beamten ist, um beurtheilen zu können, ob die jetzt gewährte Zulage von durchschnittlich 250 Mark ausreicht. Die missliche Lage der Berliner Aerzte wird auch von der Staatsregierung anerkannt werden müssen. In den Verhandlungen der Budgetkommission habe der Dirigent der Medizinalabtheilung bereits erklärt, die Umwandlung dieser Stellen in vollbesoldete erwägen zu wollen; Redner bittet, diese Erklärung zur Beruhigung der betreffenden Aerzte zu wiederholen.

Er kommt hierauf auf den ihm am meisten am Herzen liegenden Punkt: das Wartegeld der zur Disposion gestellten Kreisärzte, zu sprechen. Die Kreiswundärzte, deren Thätigkeit als Sanitätsbeamte eine geringfügige war, könnten sich über die Höhe des ihnen gegebenen Wartegeldes nicht beklagen. Dagegen sind die Wartegelder für die alten Kreisphysiker ausserordentlich gering ausgefallen und jedenfalls geringer, als bei der Feststellung des §. 15 des Kreisarztgesetzes angenommen wurde. Der §. 15 des Kreisarztgesetzes besagt, dass das Wartegeld sich zusammensetzt aus dem vollen festen Gehalt und aus der Hälfte der im Durchschnitt der letzten fünf Jahre ihnen zugeflossenen Gebühren bis zu einem Maximalsatze von 2000 Mark. Es wäre vielleicht richtig gewesen, auch einen Minimalsatz einzuführen; es sei damals aber versäumt, obgleich das Haus und wahrscheinlich auch die Regierung der Festsetzung eines solchen nicht widerstrebt haben würde. Angenommen sei, dass die Gebühren auch bei den am wenigsten beschäftigten Kreisärzten sich auf mindestens 1500 bis 2000 Mark belaufen würden, so dass keiner weniger als 1500 bis 1800 Mark Wartegeld beziehen würde. Das Durchschnittswartegeld beträgt aber nur 1219 Mark und stellt noch lange nicht das Mindestwartegeld dar; es sind vielmehr manche Kreisphysiker, welche ein Wartegeld von weniger als 1000 Mark haben. Das Wartegeld der meisten schwankt zwischen 1000 bis 1100 Mark.

Zu Ungunsten der auf Wartegeld gesetzten Kreisphysiker hat sich hauptsächlich der Umstand geltend gemacht, dass die Gebühren, die das Abgeordnetenhaus angerechnet wissen wollte, und von denen auch die Kreisphysiker geglaubt haben, dass sie ihnen sämmtlich angerechnet würden, nur zu einem geringen Theil in Betracht gezogen worden sind. Der Herr Minister hat nämlich bestimmt, dass nur diejenigen Gebühren anzurechnen sind, welche ihnen für Verrichtungen zuflossen, die ausschliesslich von Medizinalbeamten besorgt werden, und damit fiel ein Theil der Gebühren, und zwar gerade zum Theil die einträglichsten, weg. Redner will durchaus nicht sagen, dass der Herr Minister mit der Aussonderung der Gebühren Unrecht gehabt hat; aber dadurch haben sich die Verhältnisse zu Ungunsten der Kreisphysiker in einer Weise verschoben, wie dies jedenfalls damals nicht beabsichtigt war. Nun kommt noch hinzu, dass die Kreisphysiker nicht wissen konnten, dass das Einkommen aus Gebühren während der letzten 5 Jahre ihrer Dienstzeit von Bedeutung sein könnte für die Festsetzung des Wartegeldes, und dass deswegen von den meisten überhaupt nicht ausreichend Buch geführt ist, und sie nicht im Stande gewesen sind, ihre Gebühreneinnahmen vollständig anzugeben. Ausserdem macht sich noch für diese Kreisphysiker ein anderer Umstand in unangenehmer Weise bemerkbar; mit dem Ausscheiden aus dem Kreisphysikat haben sie in den weitaus meisten Fällen auch diejenigen lohnenden Stellen verloren, die meistens nebenamtlich mit dem Kreisphysikat verbunden zu sein pflegen. Die meisten oder fast alle Kreisphysiker waren Impfärzte, und nun ist es ganz natürlich, dass die recht lohnenden Impfungen dem ausscheidenden Kreisphysiker ge-

nommen und dem neuen Kreisarzt übertragen sind. Sie hatten die Obergutachten zu erstatten in Unfallsachen, Invaliditätssachen u. s. w. Auch diese Thätigkeit ist ihnen genommen worden und auf die Kreisärzte übergegangen. Dass die meisten sehr alten Herren nicht mehr im Stande sind, sich noch eine Praxis zu erwerben, davon sind wohl alle überzeugt. Die Königliche Staatsregierung hat in sehr dankenswerther Weise, nachdem sie sich davon überzeugt hatte, dass die Höhe des Wartegeldes nicht ausreichend war, eine Summe von 50000 Mark eingestellt als Zuschuss für solche Aerzte, die in einer Nothlage sich befinden. Es ist nun in der Budgetkommission, um zu beweisen, dass diese Summe ausreichend ist, folgendermassen deduzirt worden: 86 Kreisphysiker sind verabschiedet; von diesen 86 Kreisphysikern sind schon 8 verstorben; es bleiben also nur noch 78. Von diesen 78 nachbleibenden sind 25 finanziell gut gestellte Leute. Folglich bleiben nur noch 50 übrig, und wenn unter diese die 50000 Mark gleichmässig vertheilt werden, so hat Jedermann eine Zulage von ungefähr 1000 Mark. Redner hält diese Ausführung doch nicht für ganz richtig. Wenn anerkannt wird, dass diesen alten verdienten Staatsbeamten ein ausreichendes Wartegeld gegeben werden muss, und dass das Wartegeld, welches sie zur Zeit haben, nicht ausreicht, sondern erhöht werden muss, dann muss die Bedürftigkeit nicht in Frage kommen, sondern dann muss eben allen, ob sie bedürftig sind oder nicht das erhöhte Wartegeld gegeben werden. (Sehr richtig!) Es soll das Wartegeld nicht als ein Almosen gegeben werden, sondern es muss durch Gesetz festgestellt werden, dass alle ausscheidenden Medizinalbeamten Anspruch auf ein Wartegeld und später auf eine Pension von einer bestimmten Höhe haben. Der Herr Ministerialdirektor hat zwar gesagt, die Zuschüsse könnten auf längere Zeit gegeben werden. Das ist allerdings eine Verbesserung; aber für die nach 4 Jahren festzusetzende Pension kommen diese Zuschüsse ebenso wenig in Anrechnung, wie für die Reliktenversorgung. Es kommt ausserdem noch hinzu, dass, wenn ein Fonds vorhanden ist, aus welchem Zuschüsse gewährt werden können, natürlich immer Unbescheidene sind, die sich vordrängen, und Bescheidene da sind, die sich zurückhalten, so dass oftmals derjenige, der am meisten fordert, auch am meisten erhält; denn allwissend können die Herren in der Zentralinstanz nicht sein, und so genau können sie nicht hineinschauen in die Vermögensverhältnisse der Einzelnen. Unter den Mitgliedern des Hauses dürfte darüber Uebereinstimmung herrschen, dass es nicht wünschenswerth ist, diese Gelder, die zur Verfügung gestellt sind, in der Weise zu verwenden, dass ein Zuschuss dem einzelnen Bedürftigen gegeben wird nach dem Ermessen der Königlichen Staatsregierung, sondern dass es sich empfehlen würde, allen gesetzlich ein Mindestwartegeld und von diesem Wartegeld abhängend, eine Mindestpension zuzugestehen. (Sehr richtig!) Redner hat versucht, mit Herren aus verschiedenen Fraktionen in dieser Beziehung eine Vereinbarung zu treffen, ist aber noch nicht zu einem Abschluss gekommen. Er stellt deshalb namens verschiedener Vertreter aus anderen Fraktionen für die dritte Lesung eine Resolution in Aussicht, die ausspricht, dass die Regierung uns eine Vorlage machen möge, wonach diesen zur Verfügung gestellten Kreisphysikern ein bestimmtes Mindestwartegeld gesetzlich gewährt und der §. 15 des Kreisarztgesetzes dementsprechend geändert wird. Er hofft, dass die Königliche Staatsregierung, die sich ja bemüht hat, in allen Punkten den Wünschen des Hauses entgegenzukommen, gerade bezüglich der Stellung der Kreisärzte auch in diesem Punkte einem Wunsche des Abgeordnetenhauses, der, wie ich annehme, die Zustimmung sämmtlicher Mitglieder finden wird, ihre Zustimmung nicht versagen wird.

Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. Förster: Die Festsetzung des Wartegeldes der zur Disposition gestellten Medizinalbeamten ist in Gemässheit der Vorschriften des Kreisarztgesetzes erfolgt. Es ist nun nicht zu leugnen, dass die Wartegeldfestsetzung für die Betheiligten zu ungünstigen Ergebnissen geführt hat, sodass ein Theil der Beamten in materielle Bedrängniss, man kann sagen, in eine gewisse Nothlage gerathen ist. Die Gründe hierfür sind einmal darin zu suchen, dass die Medizinalbeamten über die Gebühren vielfach kein Buch geführt haben, sodass sie nicht in der Lage waren, die liquidirten Gebühren mit Belegen zu versehen. Anderseits aber muss anerkannt werden, dass der Grund zum Theil auch in der beschränkten Anrechnungs-

fähigkeit der Gebühren zu suchen ist. Bei den Verhandlungen im vorigen Jahre ist die Frage eingehend erörtert, was unter dem Begriff „Gebühren" zu verstehen ist und eine Verständigung dahin erzielt, dass unter Gebühren nur Vergütungen für streng amtsärztliche Verrichtungen zu verstehen sind, die also zur alleinigen und ausschliesslichen Zuständigkeit des Kreisarztes gehören. Es scheiden mithin die Gebühren für Gutachten in Unfallsachen aus, insbesondere auch die Gebühren für gerichtsärztliche Thätigkeit, mit Ausnahme der Obduktionsgebühren. Die vorgenannten Gebühren können die vollbesoldeten Kreisärzte behalten, sie brauchen sie nicht an die Staatskasse abzuführen. Die Folge war, dass auch die „Gebühren" in §. 15 des Kreisarztgesetzes keinen anderen Begriff haben konnten als die Gebühren in §. 3, sodass es ausgeschlossen ist, dass andere Gebühren bei der Festsetzung des Wartegeldes berücksichtigt werden konnten. Um die Schwierigkeiten, deren Vorhandensein nicht zu leugnen ist, zu beseitigen und den Beamten so weit wie möglich zu helfen, sind bereits ausseretatsmässige Unterstützungen bewilligt in ziemlich erheblichen Beträgen, je nach Lage der Verhältnisse bis zu 600 und 900 M., in einzelnen Fällen bis zu 1200 M. Um aber für diesen Zweck einen etatsmässigen Fonds zur Verfügung zu haben, ist in den Etat die Summe von 50000 M. eingestellt. Nun sind von verschiedenen Stellen Zweifel erhoben worden, ob diese Summe in der That für diese Zwecke auch ausreichen würde. Demgegenüber kann Redner erklären, dass bei diesem Beihilfefonds von 50 000 M. nur die Kreisphysiker, nicht die Kreiswundärzte in Betracht kommen, denn diese sind überhaupt nicht durch die Zurdispositionsstellung in Bedrängniss gerathen, sie haben dadurch eher gewonnen als verloren. Von den 86 zur Verfügung gestellten Kreisphysikern bleiben, nachdem 10 davon gestorben sind, noch 76 übrig; unter diesen 76 sind aber mindestens 26, die sich in guten Verhältnissen befinden und einer Beihilfe nicht bedürftig sind; es bleiben demnach noch 50 Kreisphysiker zu unterstützen, so dass sich bei dem Betrage von 50 000 M. eine Durchschnittsbeihilfe von 1000 M. ergiebt. Wird zu diesem Durchschnitt noch der Durchschnitt des festgesetzten Wartegeldes, der nach der Denkschrift sich auf 1219 M. beläuft, gewonnen, so ergiebt sich ein Gesammtbetrag von 2200 bis 2300 M., der jedenfalls eine ganz stattliche, respektable Inaktivitätsversorgung für einen Beamten darstellt, der zu der Zeit, als er noch im Dienste war, vom Staate überhaupt nur 900 M. bezogen hat. (Sehr richtig! rechts.) Es besteht weiter die Absicht, die Beihülfe nicht als eine einmalige, nicht als eine ausserordentliche, sondern als eine laufende Unterstützung in der Weise zu gewähren, dass sie gleich für eine ganze Reihe von Jahren bewilligt wird, sodass die Beamten nicht nöthig haben, jedes Jahr um die Beihilfe einzukommen. Dieses Verfahren ist geeignet, den Charakter der Unterstützung in den Hintergrund zu drängen und bei den Betreffenden die Empfindung nicht aufkommen zu lassen, als wenn sie Almosenempfänger des Staates wären.

Betreffs der von dem Abg. Ruegenberg ausgesprochenen Wünschen in Bezug auf die Pensionirung und Dienstaufwandsgelder der nicht vollbesoldeten Kreisärzte möchte Redner dringend warnen, schon jetzt in eine Aenderung der über diese beiden im vergangenen Jahre nach langwierigen Verhandlungen festgestellten Grundlagen einzutreten. Gerade in diesen Punkten müssen erst weitere Erfahrungen gesammelt und abgewartet werden, ob die getroffene Regelung zu praktischen Unzuträglichkeiten führen wird.

Die bezüglich des Gebührengesetzes für die Medizinalbeamten vorgebrachten Wünsche werden bei der demnächstigen Berathung dieses Gesetztes des Näheren erörtert werden können.

Betreffs der ebenfalls von dem Abg. Dr. Ruegenberg betonten Titelfrage ist richtig, dass bei der Berechnung des zwölfjährigen Dienstalters die Zeit als früherer Kreiswundarzt nicht in Anrechnung kommt; dies ist darin begründet, dass die Stellung eines Kreiswundarztes nicht als gleichwerthig zu erachten ist mit der Stellung des Kreisphysikus. Die Dienstobliegenheiten des Kreiswundarztes beschränkten sich darauf, dass er verpflichtet war, bei den Obduktionen die Rolle des zweiten medizinischen Sachverständigen zu übernehmen, und bei einer etwaigen Behinderung des Kreisarztes diesen zu vertreten. Weiter hatte er dienstlich nichts zu thun. Es war eine Dienstellung, die eigentlich eines festen, fass-

baren, konkreten Inhaltes entbehrte; deshalb war es auch nicht gerechtfertigt, dieselben mit der eines Kreisphysikus gleichzustellen.

Was sodann die Kreisärzte in Berlin betrifft, so ist von den beiden Vorrednern gesagt worden, dass sie zu wenig Einnahmen hätten, und dass hier eine Aenderung dringend geboten sei. Bei Einführung des Kreisarztgesetzes sind in Berlin drei neue Kreisarztstellen gegründet und mit Medizinalbeamten aus der Provinz besetzt, die sich zu diesen Stellen gemeldet haben. Wenn die Herren nun jetzt nach 3/4 Jahren noch nicht die Einnahme haben, deren sich die übrigen Kreisärzte hier erfreuen, so wird das auf den äusseren Umstand zurückzuführen sein, dass sie sich noch in der Uebergangszeit befinden, womit gewisse Schwierigkeiten verbunden sind, die durch die weitere Entwicklung beseitigt werden dürften. Das amtliche Einkommen dieser drei bezw. vier Herren — denn Rixdorf kommt auch hinzu — wird aber festgestellt werden und wenn sich wirklich ergeben sollte, dass eine Besserung nicht eintritt und auch nicht in Aussicht steht, so wird eine Aenderung in Erwägung genommen, die voraussichtlich schon im nächten Etat zum Ausdruck gebracht werden wird.

Abg. Dr. **Langerhans** (freis. Volksp.) ist im Ganzen mit der Einrichtung, welche die Regierung in Bezug auf die Besoldung der Kreisärzte getroffen hat, einverstanden, vorausgesetzt, dass die Einnahme von Gebühren so gross ist, dass sie das allerdings sehr kleine Gehalt in ausreichender Weise ergänzt. Wenn nun auch der Kreisarzt ein sehr tüchtiger Mann in seiner Stelle ist, so fehlt ihm doch die Macht, er hat keine Initiative. Deshalb kommt Redner auf seine alte Forderung zurück: Abtrennung der Medizinalangelegenheiten vom Kultusministerium und Ueberweisung an das Ministerium des Innern. Alle Angelegenheiten, die zur Ausführung der hygienischen Massregeln u. s. w. führen sollen, sind polizeilicher Art und gehören ganz selbstverständlich zum Ministerium des Innern. Ausserdem wird den Aerzten das Vertrauen, dass die Sache schneller und besser vorwärts gehen wird, dadurch genommen, dass an der Spitze der Medizinalabtheilung des Ministeriums ein Jurist steht. Jahrzehnte seien vergangen, ohne dass die Medizinalabtheilung etwas geleistet habe. Es fehlen noch jetzt Untersuchungsämter zur Untersuchung von Nahrungsmitteln, Bakterien u. s. w., desgleichen sei die obligatorische Leichenschau noch nicht durchgeführt, obwohl über ihre Nothwendigkeit keine Meinungsverschiedenheit besteht. Bei allen möglichen Einrichtungen, z. B. bei der Verbrennung von Todten, wird immer entgegengehalten, dass diese nicht auszuführen seien, ehe nicht obligatorische Leichenschau eingeführt sei; dann sollte man sie doch in Preussen einführen, ebenso wie sie beinahe in ganz Deutschland eingeführt ist. Es heisst, dass ihre Einführung theuer sei, dass ein Arzt dabei sein müsse u. s. w. In Hessen-Nassau gebe es viele Orte, wo die Leichenschau nicht von Aerzten, sondern von Laien ausgeübt werde, denen man die erforderlichen Kenntnisse, um den Tod und die Todesursachen festzustellen, leicht beibringen könne (?). Ebenso wichtig sei die Sorge für die Hebammen, die mehr lernen und in einigen Gegenden vom Staate unterhalten werden müssten. Alle derartige, für die Erhaltung der öffentlichen Gesundheit so nothwendigen Sachen seien vollständig vernachlässigt und zwar nach Ansicht des Redners lediglich deshalb, weil die Medizinalangelegenheiten nicht in der rechten Hand sind. Dieselben gehören einzig und allein zur Polizei, also zum Ministerium des Innern und der Vorsitzende der Medizinalabtheilung müsse ein Arzt sein, wo solle denn sonst das wirkliche Verständniss für derartige Dinge herkommen? Das kann man doch nicht anlernen. Es muss ein Mann sein, der von früh auf gesundheitliche und hygienische Studien getrieben hat.

Auch das Gesetz über die die Ehrengerichte ist nach zwei Richtungen hin unhaltbar: Erstens ist die Kompetenz des Gesetzes gar nicht bestimmt; es ist eine einfache Lynchjustiz, jeder kann bei dem Ehrengericht angezeigt werden, und dieses Ehrengericht, das auch mit Juristen reichlich versehen ist, wird dann vorgehen, mag angezeigt werden, was da will, wobei Redner ein Beispiel anführt. Ausserdem hat man, vertrauend auf die noble Gesinnung der Aerzte, den Aerztekammern erlaubt, willkürlich Steuern auszuschreiben. Es werden demgemäss recht verschieden Steuern erhoben. In Hessen-Nassau z. B. werden von jedem Arzt 5 Mark jährlich erhoben, in der Mark Brandenburg und Berlin ein Präzipualbeitrag von 10 Mark, und dann von allen denjenigen Aerzten, die über 5000 Mark Einnahmen haben, noch 5 %. Da kommen

doch recht schöne Summen zusammen, und diese Summen verlocken nun auch zu sehr grossen Ausgaben. In dieser Beziehung müssen feste Normen geschaffen werden, damit den Aerzten dies nicht frei überlassen ist.

Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten Dr. Studt: Den von Abg. Dr. Langerhans für die Abtrennung der Medizinalabtheilung vom Kultusministerium und ihre Ueberweisung an das Ministerium des Innern angeführten Gründen kann ich nicht beitreten, sondern muss mich vielmehr entschieden dagegen wenden.

In Folge der Vielseitigkeit und des ausserordentlich grossen Umfangs meines Ressorts ist eine Erleichterung an sich wohl wünschenswerth, aber nicht so einfach, wie es der Herr Abgeordnete dargestellt hat. Ich habe schon vor 2 Jahren die Ehre gehabt, hier im Hause zu erklären, dass, wenn eine Abtrennung der Medizinalabtheilung vom Kultusministerium in Aussicht genommen werden sollte, ich bereit wäre, in entsprechende Verhandlungen einzutreten. Derartige Verhandlungen haben inzwischen stattgefunden und die Ueberweisung der Medizinalabtheilung an das Ressort des Ministeriums des Innern zum Gegenstande gehabt. Sie haben indessen in Folge der in der Person des Herrn Ressortchefs des Ministeriums des Innern eingetretenen Veränderung einstweilen abgebrochen werden müssen. Die bisherigen Verhandlungen, die unter Umständen wieder aufgenommen werden können, haben zu dem Ergebnisse geführt, dass es nicht leicht, vielmehr mit den grössten Schwierigkeiten verbunden ist, eine vollständige Trennung der Medizinalabtheilung vom Kultusministerium herbeizuführen. Bei einer solchen Trennung müsste nicht blos die Medizinalpolizei, sondern auch eine grössere Zahl von Instituten, die mit ihr in unmittelbarem Zusammenhange stehen, dem Ministerium des Innern mit überwiesen werden. Dies stösst auf schwerwiegende Bedenken, weil eine scharfe und sachgemässe Unterscheidung zwischen diesen letzteren Instituten und solchen wissenschaftlichen Anstalten, die als nothwendige Attribute der Universitätsverwaltung unbedingt bei dieser bleiben müssen, sich nicht wohl machen lässt. Es würde vielmehr unumgänglich sein, eine Reihe neuer, lediglich vom Ministerium des Innern abhängiger Institute einzurichten. In dem Umstand, dass eine scharfe Grenzlinie hinsichtlich dieser Institute sich nicht finden lässt, liegt zugleich der hauptsächlichste Grund, weshalb die bisherigen Verhandlungen sich in die Länge gezogen haben. Ob und zu welcher Zeit sie wieder aufgenommen werden können, darüber vermag ich im Augenblick keine Auskunft zu geben. Aber dessen können Sie versichert sein, m. H., dass, so lange ich die Ehre habe, an der Spitze der Medizinalverwaltung des preussischen Staates zu stehen, ich es als eine meiner vornehmsten Aufgaben betrachten werde, in vollem Umfange denjenigen Anforderungen gerecht zu werden, die an die Medizinalverwaltung zu stellen sind. Ich glaube auch nicht, dass bei dem bisherigen Zustand und bei den bisherigen Ressortverhältnissen die Interessen der Medizinalpolizei so gelitten und vor allen Dingen die Zustände sich so misslich gestaltet haben, wie es der Herr Abg. Langerhans behauptet hat. Er hat hierbei einen Ausdruck gebraucht, der, wenn ich mich nicht irre, lautete: die Medizinalangelegenheiten seien vollständig vernachlässigt. Ich will annehmen, dass er gesagt hat, „vernachlässigt gewesen“ und glaube auch aus seinen übrigen Aeusserungen das Anerkenntniss entnehmen zu können, dass sich in der neuesten Zeit die Zustände gebessert hätten.

Das Urtheil aber, welches er ausgesprochen hat, ist auch für die Vergangenheit meiner Ansicht nach viel zu scharf. Sie werden auch der früheren Medizinalverwaltung das Anerkenntniss nicht vorenthalten können, dass die sämmtlichen betheiligten Herren nach Kräften bemüht gewesen sind, ihre Aufgaben zu erfüllen, und dass das sanitätspolizeiliche Interesse des Landes dadurch nicht beeinträchtigt worden ist. Ich brauche blos die energische und wirksame Bekämpfung der Cholera in den Jahren 1892 bis 1894 zu erwähnen. Ich darf ferner an die verschiedenen Massnahmen erinnern, welche die wissenschaftlichen Aufgaben der Medizinalverwaltung betreffen und auch in früherer Zeit die allererfreulichsten Ergebnisse geliefert haben. Wenn neuerdings, obwohl die Medizinalverwaltung noch zu dem Kultusressort gehört, namentlich auf legislativem Gebiete hier Arbeiten geleistet worden sind, die allgemeine Anerkennung gefunden haben, so glaube ich auch daraus schon den Schluss ziehen zu dürfen, dass die Medizinalverwaltung bei dem Kultusministerium einstweilen nicht schlecht aufgehoben ist.

Die Wurzel alles Uebels ist nach der Auffassung des Herrn Abg. Dr. Langerhans die mangelnde Gelegenheit zu einer Initiative des Kreisarztes. Ich glaube, der Herr Abgeordnete hat sich das Kreisarztgesetz doch nicht genau genug angesehen, sonst würde er schon im §. 6 desselben alle die Vorbedingungen gefunden haben, die eine ganz energische Initiative des Kreisarztes ermöglichen. Ich gestatte mir, den Herrn Abgeordneten auch noch auf das neue Reichs-Seuchengesetz zu verweisen, in welchem gerade einer kräftigen Initiative der beamteten Aerzte der allerweiteste Spielraum gegeben ist. Die Herren werden sich aus den Verhandlungen über die Entstehung des Reichs-Seuchengesetzes erinnern, dass auf diese für seine Durchführung so wichtige Initiative ein besonderes Gewicht gelegt worden ist.

Der Herr Abgeordnete ist dann auf das ganze Gesetz wegen der ärztlichen Ehrengerichte gekommen. Es ist ja bekannt, dass der Herr Abgeordnete und einige seiner Gesinnungsgenossen dem Zustandekommen dieses Gesetzes den nachdrücklichsten Widerstand entgegengesetzt haben. Auf der anderen Seite darf ich aber hervorheben, dass das Gesetz auf den ausdrücklichen Wunsch der überwiegenden Mehrheit der Vertretungen des ärztlichen Standes, nämlich der Aerztekammern, eingebracht ist und in den weitesten Kreisen des Aerztestandes grosse Sympathie gefunden hat. Dass die Ausführung des Gesetzes in einzelnen Fällen mangelhaft gewesen ist, das mag ja sein. In dem einen oder anderen Falle kommen bei solchen Neuorganisationen Missgriffe vor, denen durch das Gesetz selbst nicht unbedingt vorgebeugt werden kann. Das System des Gesetzes an sich ist aber bisher nicht angefochten worden, und ich glaube auch, dass die Kritik, die der Herr Abgeordnete an demselben und seiner bisherigen Ausführung geübt hat, jedenfalls in diesem Masse nicht begründet ist.

Was die obligatorische Leichenschau anlangt, m. H., so ist das ein Gegenstand, der schon wiederholt hier zur Sprache gebracht worden ist. Sie ist seitens der preussischen Behörden überall da eingeführt, wo sie sich als durchführbar erwiesen hat. Aber dass wir uns nach der Decke strecken müssen und dass wir nicht ohne ganz übermässige finanzielle Opfer allgemein die obligatorische Leichenschau in allen Landestheilen der preussischen Monarchie einzuführen in der Lage sind, das ist dem Herrn Abgeordneten selbst ja sehr wohl bekannt. Ich beschränke mich auf die Hinweise, dass einerseits der Bundesrath sich gegen eine allgemeine gesetzliche Einführung der obligatorischen Leichenschau erklärt hat, und dass anderseits noch in neuerer Zeit den preussischen Regierungspräsidenten empfohlen worden ist, überall da, wo die Voraussetzungen der Durchführbarkeit gegeben sind, mit entsprechenden Polizeiverordnungen vorzugehen. In der Allgemeinheit, wie sie der Herr Abgeordnete wünscht, diese zum Theil sehr kostspieligen Massnahmen durchzuführen, kann ich meinerseits nicht in Aussicht stellen.

Was die Fürsorge für das Hebammenwesen anlangt, so befinden sich die entsprechenden Massnahmen noch in der Vorbereitung. Ich hoffe, dass es im Laufe der Zeit gelingen wird, auch in diesen Verhältnissen eine Besserung herbeizuführen.

Ich schliesse meine Ausführungen mit dem Wunsche, dass der Herr Abgeordnete bei seiner Kritik der bestehenden Zustände einen etwas objektiveren Massstab anlegen möge. Ich bedauere namentlich, dass die frühere Wirksamkeit der Medizinalverwaltung von ihm in einer Weise ungünstig geschildert worden ist, die in weiten Kreisen der Bevölkerung zu missverständlichen und ungerechtfertigten Auffassungen Anlass geben kann.

Abg. v. Hagen (Ctr.) ist der Ansicht, dass das Institut besonderer Gerichtsärzte im Allgemeinen nur dankbar zu begrüssen ist, und, soweit seine persönliche Erfahrung beim Landgericht Hannover geht, sich auch ausgezeichnet bewährt. Damit aber die Einrichtung für ihre Zwecke immer besser dienstbar gemacht wird, ist es von grosser Wichtigkeit, dass den Gerichtsärzten auch alle diejenigen Personen zur Untersuchung bezw. zur längeren Beobachtung zugeführt werden, die der ärztlichen Aufmerksamkeit bedürfen; denn nur dann wird es ihnen möglich sein, auf allen die sie speziell betreffenden Gebieten Erfahrungen zu sammeln und demnächst in den gerichtlichen Verhandlungen ein sicheres Urtheil abzugeben. In dieser Beziehung ist aber bisher noch zweierlei zu vermissen. Einmal muss das Verhältniss der Gerichtsärzte zur

Kriminalpolizei so gestaltet werden, dass auch die Kriminalpolizei von vornherein den Gerichtsarzt bei allen Vergehen und Verbrechen zuzieht, bei denen eine ärztliche Untersuchung erforderlich ist. Wird der Kreisarzt von Anfang an unter Uebergehung des Gerichtsarztes zugezogen, so wird dieser auch zu der gerichtlichen Verhandlung als Sachzerständiger hinzugezogen und der eigentliche besondere Gerichtsarzt bei Seite gesetzt. Fordert aber das Gericht oder die Staatsanwaltschaft in einem späteren Stadium derselben Angelegenheit den Gerichtsarzt zur Begutachtung auf, so liegt sehr leicht die Gefahr vor, dass dieser, weil inzwischen zu viel Zeit vergangen ist, die Sache nicht mehr so beurtheilen kann, als wenn er von Anfang an zugezogen ist. Redner bezeichnet es weiterhin für nothwendig, dass den Gerichtsärzten auch die Gefängnissarztstellen zugewiesen werden, insbesondere weil sie dadurch eine genaue Kenntniss der Gefangenen sowohl der Untersuchungs-, wie der Strafgefangenen erlangen und schon bald wissen, mit wem sie es zu thun haben. Es komme bekanntlich häufig vor, dass Angeklagte sich damit entschuldigen, sie seien zur Zeit der ihnen zur Last gelegten That nicht zurechnungsfähig gewesen. Wenn nun der Gerichtsarzt Gelegenheit gehabt hat, einen solchen schon während der Untersuchungshaft zu behandeln, so wird er eher im Stande sein, den Einwand richtig zu würdigen, als wenn er erst in der Verhandlung damit bekannt wird. Ausserdem können leicht Konflikte zwischen dem Gefängnissarzte und dem Gerichtsarzte entstehen, wenn beide Stellen getrennt gehalten sind; der eine kann, wie es schon vorgekommen ist, jemand für gesund bezw. haftfähig erklären, während der andere ihn für geisteskrank bezw. nicht haftfähig erklärt. Es kann vorkommen, dass, wenn der Gerichtsarzt im Gefängniss sich etwa über bestimmte Thatsachen durch Untersuchung an den einzelnen Gefangenen überzeugen will, der Gefängnissarzt als der allein zuständige Arzt des Gefängnisses ihm die nöthigen Auskünfte verweigert; denn er ist jedenfalls nicht verpflichtet, den Gerichtsarzt zuzulassen. Alle solche Möglichkeiten werden vermieden, wenn der Gerichtsarzt auch die Stelle des Gefängnissarztes erhält. Gleichzeitig würde den Gerichtsärzten auch dadurch, dass die Gefängnissarztstellen mit den Gerichtsarztstellen verbunden würden, eine materielle Hilfe in ihrer Stellung zu theil werden, die nach Ansicht des Redners dringend nothwendig ist. Nach seinen Informationen sind bisher die Gerichtsärzte in Beuthen, Magdeburg, Liegnitz, Elberfeld [1]), Hannover, Altona [1]), Bochum, Halle [1]) und Frankfurt a. M. also ungefähr zwei Drittel der Gesammtzahl nicht als Gefängnissärzte angestellt. Die Gerichtsärzte müssten ausserdem den Kreisärzten auch in der Beziehung gleichgestellt werden, dass die Gebühren für die amtlichen Gutachten, die im Auftrage der Behörden für Private angefertigt werden, ihnen ebenso wie den Kreisärzten als pensionsfähiges Einkommen gerechnet werden. Die etwaige Einrede, dass die Gerichtsärzte eine persönliche Stellenzulage bekommen, ist nicht stichhaltig. Der Kreisarzt hat vielfach Fixa seitens der Polizei oder seitens der Kommunen, die der Gerichtsarzt nicht hat. Der Gerichtsarzt kann noch weniger als der Kreisarzt Privatpraxis nebenher üben, weil er entweder in seinem Dienst ausserhalb beschäftigt ist oder sehr häufig — fast täglich — in den Gerichtssitzungen sich aufzuhalten hat, dadurch also vollständig verhindert wird, seiner Privatpraxis nachzugehen. Redner ersucht die Medizinalverwaltung, thunlichst dahin wirken zu wollen, dass die Kriminalbehörde in denjenigen Fällen auf den Gerichtsarzt gleich greift, in denen er vermuthlich demnächst vor Gericht thätig sein muss, und dass bei den anderen Ressorts, der Justizverwaltung und dem Ministerium des Innern, darauf hingewirkt wird, den Gerichtsärzten die Stellung der Gefängnissärzte möglichst bald zu übertragen, wo sie diese noch nicht haben.

Abg. v. Loebell (kons.) kann wenigstens z. Z. eine Abtrennung der Medizinalabtheilung vom Kultusministerium nicht befürworten, obwohl sehr gewichtige, auch von seinem politischen Freunden anerkannte Gründe dafür sprechen; aber die vom Herrn Minister hervorgehobenen Bedenken verdienten nicht minder volle Beachtung. Jedenfalls liegt die Entscheidung darüber zunächst im Ministerium und in den betheiligten Ressorts. Vor allem kann aber Redner nicht der ungemein scharfen Kritik des Abg. Dr. Langerhans über die Medizinalverwaltung beipflichten, wonach diese bisher die Interessen

[1]) Dieselben sind inzwischen Gerichtsarzt geworden.

des Sanitätswesens und der Sanitätspolizei vollständig vernachlässigt habe, so dass das ganze Medizinalwesen wenigstens Jahrzehnte lang in einem gewissen Stadium der Versumpfung sich befunden habe. Allerdings hätte früher noch mehr geschehen können, aber eine so herbe Kritik sei auch für die Vergangenheit nicht berechtigt und im jetzigen Moment besonders unangebracht, wo ein Reformwerk zu einem glänzenden Abschluss gebracht sei. Von allen Seiten muss anerkannt werden, dass die Ausführung des Kreisarztgesetzes vollständig im Sinne des Gesetzes selbst und auch im Sinne aller der Wünsche erfolgt ist, die im Hause geltend gemacht worden sind. Man habe daher allen Grund, der Medizinalverwaltung dafür die vollste Anerkennung auszusprechen und ihr dankbar zu sein. Das gewisse Härten bei der Ausführung eines solchen Reformwerks immerhin unausbleiblich sind, liegt in der Natur der Sache. Diese Härten sind aber verschwindend gegenüber den grossen Vorzügen, welche die Reform für alle betheiligten Kreise hat. Das sprechendste Zeugniss dafür ist, dass die Ausführung dieses Gesetzes auch von den Betheiligten fast durchweg, fast einstimmig anerkannt worden ist. Namens seiner politischen Freunde wünscht Redner ebenfalls, dass dort, wo gegenüber den früheren zur Disposition gestellten Kreisphysikern noch Härten vorliegen, diese so viel als möglich gemildert werden; er ist jedoch der Ansicht, dass der von der Staatsregierung vorgeschlagene Weg hierzu der richtige ist, und dass die Hoffnung begründet ist, dass mit den in den Etat eingestellten 50000 Mark die vorhandenen Nothstände im vollsten Umfange durch Zuwendungen beseitigt werden können, die nicht den Charakter eines Almosens, sondern den Charakter einer der Beschädigten zukommenden Beihilfe haben und zwar in einer Höhe, die sie vor Nahrungssorgen vollständig schützt. Sollte sich herausstellen, dass diese 50000 M. nicht reichen, so wird die Medizinalverwaltung sicherlich bereit sein, eine Neuforderung in den nächsten Etat zu stellen, und in dieser Beziehung auch bei der Finanzverwaltung, die bei dem ganzen Reformwerk vollständig das Ihrige gethan hat, keinen Widerstand finden. Dem Wunsche, man möchte doch möglichst überall vollbesoldete Kreisärzte schaffen, können die politischen Freunde des Redners nicht beistimmen; dieselben sind nach wie vor der Ansicht, dass die nicht vollbesoldeten Kreisärzte die Regel bilden sollen, die vollbesoldeten nur die Ausnahme. Sie erkennen an, dass in manchen, namentlich städtischen Bezirken, vollbesoldete Kreisärzte sein müssen; aber es muss die Ausnahme bleiben, und hierbei möge es die Medizinalverwaltung belassen.

Redner erwähnt sodann einen Fall aus der Provinz Hannover, wo eine Stadt, die keinen eigenen Stadtarzt angestellt hat, den pensionirten früheren Kreisphysikus als ihren Stadtphysikus gewissermassen erklärt und ihm eine ganze Reihe von Geschäften übertragen hat, die zu dem Geschäftsbezirke eines Kreisarztes gehören, unter anderen die Untersuchung von Geisteskranken, Idioten, Epileptischen und dergl. Dadurch gehen einmal dem zuständigen Kreisarzt Einnahmen verloren, zweitens wird aber auch das Publikum irregeführt. Es kommt sehr häufig vor, dass Briefe, die eigentlich an den Kreisarzt gehen müssten, an den Stadtphysikus gehen, lange Zeit liegen bleiben und in Folge dessen die geschäftliche Abwickelung dadurch ungünstig beeinflusst wird. Es sei deshalb zu überlegen, ob wirklich eine Stadt noch das Recht haben soll, einen früheren Kreisphysikus noch als ihren Stadtphysikus zu bezeichnen. Sollte dies wirklich erlaubt sein, so müsste Vorsorge getroffen werden, dass dadurch dem zuständigen Kreisarzt nicht Einnahmen, auf die er Anspruch hat, entzogen werden. Redner bittet die Königliche Staatsregierung, hierauf ihr Augenmerk zu richten, den Fall ihrerseits festzustellen und eine Erklärung eventuell noch bei der dritten Lesung darüber abzugeben, ob hier einzuschreiten ist. Er bespricht zum Schluss noch eine andere ebenfalls die Provinz Hannover berührende Frage: die Heranziehung der Aerzte und Medizinalbeamten zur Zahlung eines Bürgerrechtsgeldes auf Grund der hannoverschen Städteordnung vem 24. Juni 1858 und zwar im Betrage von 150—180 Mark. Der §. 28 dieser Städteordnung bestimmt, dass zum Erwerb des Bürgerrechts auch diejenigen verbunden sein sollen, welche behufs der selbstständigen Ausübung einer Kunst oder Wissenschaft oder eines bürgerlichen Gewerbes sich dauernd dort niederlassen. Nach der stehenden Rechtsprechung der Bezirksausschüsse und des Oberverwaltungsgerichts soll diese Bestimmung auch nach Erlass der Gewerbeordnung auf die Aerzte noch Anwendung finden. Dass das Bürgerrechtsgeld aber auch von den

Medizinalbeamten erhoben wird, ist ein auf die Dauer unhaltbarer Zustand. Hier handelt es sich doch nicht um einen freiwilligen Amtssitz, den Jemand sich wählt, sondern um einen ihm dienstlich zugewiesenen Wohnsitz, und da müssten die Befreiungen vom Bürgerrechtsgeld, die für die Beamtenkategorien überhaupt Anwendung finden, auch auf die Medizinalbeamten unbedingt angewandt werden. Bei dem früheren Physikat war der Wohnsitz allerdings mehr ein freiwilliger, man bewarb sich um ein bestimmtes Physikat, blieb bei demselben und wurde nicht versetzt. Jetzt aber, wo auch die Versetzung der Kreisärzte eingeführt ist, müsste von der Forderung des Bürgerrechtsgeldes Abstand genommen werden. Redner bittet, diese Frage auch reiflich zu prüfen und, wenn die Forderung der Städte in Hannover thatsächlich eine gesetzlich begründete ist, zu erwägen, ob sich hier nicht eine gesetzliche Aenderung der Bestimmung der hannoverschen Städteordnung empfiehlt.

Geh. Ob.-Med.-Rath Dr. **Schmidtmann**: Die von dem Abg. v. **Hagen** angeführten Gründe für eine Erweiterung der Thätigkeit der **besonderen Gerichtsärzte** durch Zuziehung bei kriminalpolizeilichen Ermittelungen und durch Uebertragung von Gefängnissarztstellen können im Wesentlichen als zutreffend angesehen werden. In der Denkschrift ist aber gerade bezüglich der Gerichtsärzte ausgeführt, dass die weitere Ausgestaltung in diesem Punkte vorgesehen ist und dass bereits nach der Richtung Schritte eingeleitet sind, um die noch empfundene Lücke auszufüllen. Die Medizinalverwaltung hat in der That bereits die Regelung nach der Richtung in Aussicht genommen, dass auf Grund der Erfahrungen und nach Anhörung von Sachverständigen die Thätigkeit der besonderen Gerichtsärzte nach den vorbezeichneten Punkten geregelt werden soll, wobei die gegebenen dankenswerthen Anregungen des Herrn Abgeordneten gewiss ihre Berücksichtigung finden werden. Der geforderten materiellen Besserstellung der Gerichtsärzte gegenüber ist jedoch hervorzuheben, dass hier im Vergleich zu den Kreisärzten schon ein gewisser Ausgleich dadurch geschaffen ist, dass die Gerichtsärzte sämmtlich eine pensionsfähige Zulage von 1200 Mark erhalten.

Betreffs der von dem Abg. v. **Loebell** angeregten Frage, ob es recht wäre, dem **Stadtphysikus** nach der neuen Ordnung durch das Kreisarztgesetz ferner seinen Titel zu belassen, bezw. einem derartigen Arzt einen solchen Titel beizulegen, werden seitens der Medizinalverwaltung ebenso wie bezüglich der **Bürgergelderhebung** bei den Medizinalbeamten nähere Feststellungen gemacht und dann wird auf deren Grund an eine Regelung der Angelegenheit herangetreten werden.

Abg. **Kaute** bittet, die Zusammenlegung der Kreise Hünfeld und Hersfeld zu einem Kreisarztbezirk wieder rückgängig zu machen, da diese namentlich im Kreise Hünfeld bereits zu lebhaften Klagen geführt und zu einer von den Bürgermeistern sämmtlicher Ortschaften des Kreises unterschriebenen Petition um die Schaffung einer Kreisarztstelle im Kreise Hünfeld Veranlassung gegeben hat.

Redner kann auf Grund eigener Kenntniss der Verhältnisse behaupten, dass in den Kreisen Hünfeld und Hersfeld beim Ausbruch einer Epidemie dem in Hersfeld stationirten Kreisarzte eine volle und pflichtgemässe Erledigung seiner dienstlichen Geschäfte nicht möglich sein wird und zwar wegen der in Folge des gebirgigen Terrains vorhandenen schlechten Kommunikationsverhältnisse, die so ungünstig liegen, dass Einwohner aus dem Kreise Hünfeld zur Erledigung ihrer Geschäfte bei dem Kreisarzte in Hersfeld mehr als zwei Tage gebraucht haben. Es ist aber nicht allein die grosse Zeitversäumniss, es sind auch die Kosten für Reise und Verzehr, welche der durchweg armen Bevölkerung zur Last fallen. Redner wiederholt daher seine bereits im vorigen Jahre ausgesprochene Bitte, je eher, desto besser, im Kreise Hünfeld eine Kreisarztstelle oder, wenn sich dies als absolut unthunlich erweisen sollte, eine Kreisarztassistentenstelle zu errichten.

Geh. Ob.-Med.-Rath Dr. **Schmidtmann**: Die allgemeinen Grundsätze, welche die Staatsregierung bei der hier in Frage stehenden Zusammenlegung einzelner Kreise geleitet haben, sind im vorigen Jahre bereits eingehend besprorhen worden und haben die Billigung des Hauses gefunden. Die Zusammenlegung der Kreise Hersfeld und Hünfeld ist wesentlich in Folge der Kleinheit erfolgt, die befürchten lässt, dass ein Kreisarzt für jeden einzelnen Kreis eine angemessene Beschäftigung nicht haben werde. In der neuerdings von Kreis-

eingesessenen bei dem Herrn Minister eingereichten Petition ist aus den von dem Herrn Vorredner vorgebrachten Gründen um Trennung des Kreisarztbezirkes gebeten. Diese Petition sowohl, wie die persönlichen Anregungen des Herrn Abgeordneten haben den Herrn Minister veranlasst, den Herrn Regierungspräsidenten ernent zum Bericht über diese Angelegenheit aufzufordern; sobald dieser eingeht und sich die Angaben über die Unzuträglichkeiten bestätigen, wird es Pflicht der Medizinalverwaltung sein, zu erwägen, in welcher besten und raschesten Weise alsdann diese Unzuträglichkeiten gehoben werden können.

Abg. Dr. **Müller** (freis. Volksp.) bedauert, dass die Einführung einer allgemeinen obligatorischen Leichenschau zur Zeit nicht in den Absichten der Königlichen Staatsregierung liege. Die Erklärung des Herrn Ministers, dass sie in Preussen überall da eingeführt sei, wo sie sich als durchführbar erwiesen habe und dass der Bundesrath sich gegen eine allgemeine obligatorische Leichenschau erklärt habe, beweise doch an sich sehr wenig gegen die Nützlichkeit und Dringlichkeit einer solchen Massnahme, um so weniger, als bei der Berathung des Reichsseuchengesetzes in der Kommission und wohl auch im Plenum gerade die Vertreter Preussens es waren, welche der Aufnahme einer die allgemeine obligatorische Leichenschau erzwingenden Bestimmung in die Gesetzesvorlage widersprachen und nachdrücklich darauf hinwiesen, dass sich für Preussen, besonders für Ostelbien, grosse Schwierigkeiten aus der allgemeinen obligatorischen Leichenschau ergeben würden. Was die Durchführung der allerseits als segensreich erkannten Massnahme verhindert, das sind die rückständigen sanitären Verhältnisse Preussens. Die amtliche Statistik der Todesursachen in den deutschen Orten mit 15000 und mehr Einwohnern macht aber das Verlangen lebendig, doch mit der Zeit auch allgemein eine klare und feste Grundlage für die Beurtheilung der Sterblichkeitsverhältnisse in den verschiedenen Landestheilen zu gewinnen.

Auch das Hebammenwesen muss reformirt und wirksame Abhülfe gegen die schreienden Missstände geschaffen werden, unter denen z. B. die Bevölkerung im Taunus und Westerwald, namentlich des platten Landes, in Bezug auf Versorgung mit Hebammen zu leiden hat. Hinsichtlich des Kindbettfiebers liegen die Verhältnisse auf dem platten Lande noch viel ungünstiger als in den kleinen Städten, wo sie schon vielfach erbärmlich genug sind. Ausweislich des statistischen Jahrbuches für das Deutsche Reich sind von 100000 Einwohnern an Kindbettfieber gestorben in den deutschen Orten von 15000 Einwohnern und mehr 5,6 im Jahre 1895, 5,2 im Jahre 1896, 4,9 im Jahre 1897, 4,8 im Jahre 1898 und 5,4 im Jahre 1899. In Entbindungsanstalten, wo die Antisepsis genügend durchgeführt wird, sind dagegen diese Sterblichkeitsziffer weit geringer. Es liessen sich daher weit günstigere Ergebnisse erzielen, wenn im ganzen Lande darauf Bedacht genommen würde, Hebammen in einer dem Bedürfniss entsprechenden Anzahl anzustellen und jede einzelne anzuweisen, die Vorschriften der Antiseptik strenge zu beachten, zugleich aber auch ihnen die Mittel an die Hand zu geben, diese Desinfektionsmassnahmen kostenfrei durchzuführen. In verschiedenen Kreisen, auch im Osten, z. B. im Löwenberger Kreise, sind auf Kosten des Kreises die nöthigen Hilfsmittel zur Durchführung der Antisepsis beim Kindbettfieber bereitgestellt, und dies Vorgehen hat dort sehr segensreich gewirkt. Jedenfalls stehen von der Durchführung einer allgemeinen obligatorischen Leichenschau die wichtigsten Aufschlüsse in Bezug auf die Mängel unseres Sanitätswesens in ländlichen Distrikten zu erwarten, und gerade von diesem Gesichtspunkte aus sollten auch die Vertreter des platten Landes besonders nachdrücklich darauf hinwirken, dass die Leichenschau allgemein obligatorisch durchgeführt werde.

Redner bittet weiter um Auskunft, nach welchen Grundsätzen die Vergebung von Konzessionen an Apothekenanwärter erfolgt. In der Fachpresse wird behauptet, dass neuerlich im Osten an zwei Stellen Konzessionen mit Uebergehung dienstälterer Bewerber vergeben worden seien, an Anwärter, von denen der eine überhaupt erst sehr kurze Zeit praktisch thätig und der andere aus der Apothekerkarrière bereits vollständig ausgeschieden und längere Jahre nur noch im Weinhandel thätig gewesen sei. Ein solches Verfahren macht den Verdacht einer willkürlichen Günstlingswirthschaft rege, während doch für die Auswahl der Apothekenanwärter lediglich die Länge ihrer Dienstzeit und die wissenschaftliche und berufstechnische Qualifikation entscheidend sein müsste. Diese Gleichberechtigung sollte auch auf die Apo-

theker, welche eine Reihe von Jahren ausserhalb des Vaterlandes, ausserhalb des Reichsgebiets, in deutschen oder den deutschen gleichwerthigen Apotheken konditionirt haben, ausgedehnt werden. Wenn deutsche Apotheker als Kulturträger hinausgehen in die Fremde, wenn sie im Auslande fortdauernd die Verbindung mit dem heimischen Gewerbe auch im fremden Dienste jenseits der Meere aufrecht halten und deutsche Arbeit zu Ehren bringen, dann sollte man ihnen auch die Dienstzeit im Ausland in Apotheken nach deutschem System bei der Bewerbung um eine Konzession in Anrechnung bringen.

Betreffs des Ehrengerichtshofes für Aerzte erwähnt Redner, dass in Breslau gegen drei Aerzte eine Disziplinaruntersuchung eingeleitet worden sei, weil sie neun Jahre vor Inkrafttreten des Gesetzes über die ärztlichen Ehrengerichte eine Handlung begangen haben sollten, die sich angeblich mit der Standeswürde nicht vertrage. Auf die schriftliche Eingabe eines dieser Aerzte ist ihm der schriftliche Bescheid gekommen, dass der Ehrengerichtshof in „ständiger Rechtsprechung" dem Gesetze rückwirkende Kraft beilegt. Dies ist aber nach der Judikatur des Reichsgerichts, des preussischen Kammergerichts und Oberverwaltungsgerichts nur zulässig, wenn eine entsprechende Bestimmung in dem Gesetze selbst vorgesehen ist; deshalb sollte man es doch als selbstverständlich annehmen, dass auch der ärztliche Ehrengerichshof als höchste Instanz bei einer so wichtigen Entscheidung, wie über die Massregelung eines Arztes, von vornherein darauf verzichten müsse, dem Gesetze eine irgendwie rückwirkende Kraft zu imputiren. Redner bittet daher den Herrn Minister, seine Ansicht über diese eigenthümlichen, vorsintfluthlichen Rechtsanschauungen des ärztlichen Ehrengerichtshofes dem Hause bekannt zu geben.

Abg. v. Savigny (Centr.) kann sich der Forderung, dass die Medizinalabtheilung vom Kultusministerium auf das Ministerium des Innern übergehe, nicht unbedingt anschliessen. Gerade in der letzten Zeit sind irgend welche äusserlichen Momente nicht hervorgetreten, welche die Behauptung gerechtfertigt erscheinen lassen, dass die Medizinalabtheilung unbedingt ihrer ganzen Natur nach zum Ministerium des Innern gehöre, um überhaupt in eine praktische, ausgiebige Wirksamkeit treten zu können. Im Gegentheil; die in den letzten Jahren vorgenommene und in der glücklichsten Weise durchgeführte Reform giebt den ausreichenden Beweis dafür, dass die Medizinalabtheilung dort, wo sie jetzt beaufsichtigt, geleitet und angeregt wird, vollständig an ihrem Platze ist, unter den gegenwärtigen Ressortverhältnissen vortrefflich fungirt. Der Abg. Dr. Langerhans führe als einen der hauptsächlichsten Gründe an, dass die Medizinalabtheilung ihrem ganzen inneren Gehalte nach wesentlich eine polizeiliche Aufgabe habe, eine Auffassung, die Redner nicht theilt, wenn er auch nicht verkennt, dass eine Reihe gesundheitspolizeilicher Aufgaben zu lösen ist, bei denen der Medizinalabtheilung und deren Organen draussen im Lande eine sachverständige und berathende Thätigkeit zufällt. Gerade bei der Berathung des Kreisarztgesetzes ist darauf hingewiesen, man möge den Kreisarzt nicht zu einem Polizeibeamten machen, man möge ihm durch die ihm zuzuweisende Berechtigung, unter Umständen polizeiliche Anordnungen selbstständig zu treffen, nicht den polizeilichen Charakter in dem Masse aufprägen, dass er dadurch der Bevölkerung gegenüber in die Kategorie der Polizeibehörden versetzt wird, welche, weil sie pflichtgemäss oft Diesem und Jenem mit Zwang entgegentreten müssen, vielfach nicht sehr beliebt sind. Der Kreisarzt soll gerade der Berather nicht allein der Behörden, sondern auch der Kreiseingesessenen sein; er soll ihr Vertrauter in vielen Angelegenheiten sein und durch diese Thätigkeit sich den Einfluss verschaffen, der es ihm ermöglicht, sein Amt voll und ganz, so wie es im Gesetze gedacht ist, auszufüllen. Redner muss sich daher dagegen aussprechen, wenn man den Versuch machen wollte, dem Kreisarzt wesentlich eine polizeiliche Stellung zuzuweisen. — Die Reform auf dem Gebiete der neuen Einrichtung des Kreisarztamtes, der Gesundheitskommission u. s. w., kann er nach seinen bisherigen Erfahrungen nur als förderliche, segensreiche und für die Zukunft viel versprechende bezeichnen. Das Verhältniss des Kreisarztes zu der Bevölkerung, des Kreisarztes zu den Behörden hat sich bis jetzt normal und richtig gestaltet. In der Dienstinstruktion, die in umfassender Weise die Gedanken des Gesetzes auszuführen versucht und dem Gesetze einen Inhalt zu geben gesucht hat, den es nach seinem einfachen Wortlaut nicht hat, ist dem

Kreisarzt ein Thätigkeitsrahmen gezogen, innerhalb dessen er wirklich Wohlthaten verbreiten und fördernd auf dem Gebiete des Gesundheitswesen wirken kann, so dass man höchstens zu dem Bedenken kommen kann: kann denn wirklich ein einzelner Mann mit normaler Begabung und normalen körperlichen und geistigen Kräften überhaupt eine so umfassende Aufgabe erledigen? Immerhin wird das dadurch dem Kreisarzte gesteckte Ziel ein derartig hohes sein, dass es ihn anregt zu einer ausserordentlichen Anspannung seiner Thätigkeit; und dies kann nur den Zwecken, die das Gesetz verfolgt, zu gute kommen. Zweckmässig wäre es allerdings gewesen, wenn in der Dienstinstruktion den Bedenken etwas mehr Rechnung getragen worden wäre, welche bei der Berathung des Kreisarztgesetzes dahin geäussert worden sind, dass man den in dem Gesetz bereits fundirten Dualismus zwischen dem Chef der Kreisverwaltung, dem Landrath, und dem Kreisarzte, der selbstständig neben ihn gestellt ist, noch mehr überbrückt und einen Weg gefunden hätte, um Kollisionen auf diesem Gebiete noch mehr hintanzuhalten. Die Dienstinstruktion hält diese Scheidung, diese selbstständige Stellung des Kreisarztes neben dem Landrath in einem Masse aufrecht, dass es nach wie vor darauf ankommen wird, dass diese beiden Persönlichkeiten in ruhiger und taktvoller Weise ihre Stellung auffassen. Wo etwa diese persönlichen Momente, die dazu beitragen, eine solche Auffassung der Stellung zu sichern, ausscheiden, werden Kollisionen unausbleiblich sein. Es muss die Zukunft lehren, in wie weit diese Befürchtungen sich rechtfertigen. Insbesondere ist die Bestimmung der Anweisung, wonach der Kreisarzt in vielen Fällen einseitig und selbstständig mit den Ortspolizeibehörden, also mit den dem Landrathe unterstellten Behörden, verkehren kann, insofern bedenklich, als dadurch die Einheitlichkeit der Verwaltung und des Vorgehens auch auf diesem Gebiete Schaden leiden kann. Es sind zwar gewisse Einschränkungen gemacht, indem dies nur in Ausnahmefällen oder in Nothfällen geschehen soll; nach der Wortfassung wird jedoch derjenige Lokalbeamte, der überhaupt die Neigung dazu hat, unter Umgehung seiner nächst vorgesetzten Instanz möglichst selbstständig in seinem kleineren Bezirke vorzugehen, immerhin eine Entschuldigung dafür finden, wenn er die Einheitlichkeit des Vorgehens durchbricht, indem er sich mit dem Kreisarzte in direkte Verbindung setzt. Denn über „Gefahr im Verzuge" und derartige unbestimmte Begriffe lässt sich immer Streit führen. Die Praxis wird zeigen, ob daraus Unzuträglichkeiten erwachsen.

Der Kreisarzt ist angewiesen, bei der Besichtigung der Ortschaften auch auf die Wohnungsfrage Rücksicht zu nehmen, und nach vielen Richtungen hin Prüfungen anzustellen und darüber Bericht zu erstatten, Anregungen zu geben und dergleichen mehr. Dabei ist ihm sehr hinderlich, dass er weder selbstständig noch auch mit den Ortspolizeibehörden berechtigt ist, in Privatwohnungen einzutreten, und die doch sehr wichtigen Beobachtungen, wie dort die Familienwohnung im einzelnen gestaltet ist, anzustellen. Denn ohne solche Beobachtungen, ohne ein solches Eindringen in die Wohnungen ist es nicht möglich, über die soziale Wirkung der Wohnungsverhältnisse ein wirklich richtiges Bild zu gewinnen. Hierbei ist bis jetzt der Kreisarzt und sind erst recht die Gesundheitskommissionen, insoweit sie ihre Thätigkeit auch auf diese Seite der Sache erstrecken, sowie die Ortspolizeibehörden — abgesehen von bestimmten Ausnahmefällen — durchaus auf den guten Willen des Wohnungsbesitzers, des Hauseigenthümers angewiesen. Im Grossen und Ganzen wird ein Entgegenkommen auf diesem Gebiete geübt; es ist aber für einen Beamten, der eine ihm auferlegte Aufgabe lösen soll, immerhin im höchsten Masse peinlich, wenn er dabei bittend vorzugehen und nicht einen festen Rechtsgrundsatz unter den Füssen hat. Deshalb ist es angezeigt, wenn bei Gelegenheit der Prüfung der Frage, ob nicht für den Wohnungsinspektor eine rechtliche Unterlage für Wohnungsbesichtigung geschaffen werden soll, diese Frage für alle diejenigen Beamtenkategorien geprüft und einer Lösung entgegengeführt wird, die in gleicher Weise dabei interessirt sind und unter Umständen Besichtigungen solcher Wohnstätten und abgeschlossener Räume vornehmen müssen, wenn sie ihrer Aufgabe gerecht werden wollen.

Redner bittet dann weiter, dass man namentlich für die ersten Jahre der Wirksamkeit des Kreisarztgesetzes gestatten möge, dass die Kreisärzte durch häufigere Reisen in ihre Bezirke sich so schell als möglich einen Ueberblick verschaffen über die ihnen zugewiesenen Wirkungskreise. Es ist von der

grössen Wichtigkeit, und es genügt nicht, dass der Kreisarzt ein einzelnes Mal an den Ort zur Lösung einer speziellen Aufgabe hingeschickt wird, sondern die generelle Revision, die ihm auch durch die Dienstinstruktion, vielleicht sogar in etwas sehr detaillirtem Masse, aufgetragen ist, muss er einmal wenigstens vorgenommen haben, um bei Gutachten, wie sie ihm auferlegt werden, eine Grundlage für ein sachverständiges Urtheil zu gewinnen. Jetzt ist der Kreisarzt angewiesen, nur eine bestimmte Auswahl von Orten in jedem Jahre zu treffen, welche er besichtigen will; es ist ihm dabei sogar ein vier- oder fünfjähriger Turnus auferlegt. Das ist aus Sparsamkeitsrücksichten geschehen, und diese Rücksichten sind in gewissem Umfange als vollständig berechtigt anzuerkennen; allein an diesem Platze scheint die Sparsamkeit schädlich zu wirken. Wenn ein Kreisarzt praktisch erst nach vier oder fünf Jahren wirklich eine umfassende Kenntniss seines Wirkungskreises erlangt hat, ist es viel zu spät; nach dem Inkrafttreten des Gesetzes muss ein schnellerer Turnus zugelassen werden, während man später die wiederholten Revisionen auf eine langjährige Frist vertheilen kann.

Redner möchte dann darüber Auskunft haben, warum der Kreisarzt in dem Fürstlich Wied'schen und in dem Fürstlich Solms-Braunfels'schen Mediatgebiet noch Physikus genannt wird und nicht den neuen Titel erhalten hat.[1]) Er bemängelt weiterhin, dass in den Kreisen Marburg und Kirchhain, also in zwei landräthlichen Kreisen, die nebeneinander liegen, kein Kreisarzt mehr angestellt werden soll, sondern dass die Funktionen des Kreisarztes in diesen Kreisen von einem ausserordentlichen Professor an der Marburger Universität im Nebenamt wahrgenommen werden sollen. Wenn es auch theoretisch nach dem Kreisarztgesetz feststeht, dass der nicht vollbesoldete Kreisarzt ein durch seine Thätigkeit als Beamter ausgefülltes Leben nicht haben soll, indem ihm zugelassen ist und von ihm erwartet wird, dass er auch noch Privatpraxis übt, so muss er doch sagen, dass nach der umfassenden Dienstinstruktion und nach den Erfahrungen, die auf Grund derselben gemacht worden sind, und nach dem Bedürfniss an Reformmassnahmen, welches jetzt thatsächlich auf diesem Gebiete durch die Verzögerung der Reform sich langjährig aufgespeichert hat, die Thätigkeit der auch nicht vollbesoldeten Kreisärzte eine so umfassende ist und sein muss, wenn sie ihr Amt ganz ausfüllen wollen, dass man sie als eine rein nebenamtliche, neben einem die volle Kraft eigentlich schon in Anspruch nehmenden Hauptamte mögliche doch kaum wird bezeichnen können. Redner versteht es deshalb nicht, wie ein ausserordentlicher Professor an der Universität Marburg, der doch durch Vorlesungen in ziemlichem Masse in Anspruch genommen ist, es fertig bekommen soll, nebenamtlich in zwei landräthlichen Kreisen die Funktionen eines Kreisarztes wahrzunehmen, der unter Umständen jeder Zeit für Requisitionen zur Verfügung stehen muss, der eine Unzahl von ihm auferlegten Dienstreisen in diesen beiden ziemlich ausgedehnten Kreisen machen muss. Dabei wird es für diesen im Nebenamt als Kreisarzt thätigen ausserordentlichen Professor sehr schwierig sein, sich zwischen den verschiedenen Behörden, denen er unterstellt ist, überhaupt zurecht zu finden. Er untersteht dem Regierungspräsidenten in disziplinarischer Hinsicht, hinsichtlich der Aufsicht, der Berichterstattung u. s. w., während er als ausserordentlicher Professor wieder ganz andere Autoritäten über sich hat; daneben soll er in zwei landräthlichen Kreisen sich auch wieder mit den dortigen Behörden in Beziehung setzen, mit ihnen verkehren und schliesslich in gewissem Sinne sich ihnen anpassen. Das sind Aufgaben, die für den einzelnen Mann, wenn er nicht eine ganz ausserordentliche Persönlichkeit ist, kaum zu lösen sind.[2])

Abg. Frhr. v. Zedlitz u. Neukirch (freikons.) hält im Gegensatz zu dem Vorredner eine Abtrennung der Medizinalverwaltung vom Kultusministerium und ihre Uebertragung auf das Ministerium des Innern für ausserordentlich erwünscht und hofft, dass die zur Zeit ab-

[1]) In Hohenzollern-Sigmaringen heissen die Kreisärzte auch noch wie bisher „Oberamtsärzte", obwohl das Gesetz nur „Kreisärzte" kennt und es z. B. in Hohenzollern auch Kreisschulinspektoren und nicht „Oberamtsschulinspektoren" giebt.

[2]) Redner berührt am Schluss seiner Rede noch die Kurpfuscherfrage dieser Theil wird später gebracht werden.

gebrochenen Verhandlungen über diese Ressortveränderung recht bald wieder aufgenommen und zu einem positiven Ergebniss geführt werden. Ein Mangel an Fürsorge für das Sanitätswesen, für die Gesundheitspflege seitens des Herrn Kultusministers ist allerdings zur Zeit nicht zu beklagen, im Gegentheil, gerade unter der Verwaltung des jetzigen Herrn Kultusministers wird diesem wichtigen Zweige seines Ressorts die nöthige und gebührende Fürsorge gewidmet und sind wesentliche Fortschritte auf diesem Gebiet zu verzeichnen. Wenn trotzdem wichtige, ja vielleicht wesentliche Massregeln auf dem Gebiete der Gesundheitspflege, wie die Leichenschau, die Kontrole der Nahrungsmittel nicht allgemein obligatorisch zur Durchführung gelangt sind, so ist dies auch keineswegs allein dem Umstande zuzuschreiben, dass die Medizinalverwaltung sich noch bei dem Kultusministerium befindet und nicht bereits dem Minister des Innern untersteht. Der Grund, warum solche nothwendigen und wesentlichen Massregeln der Gesundheitspflege sich nicht allgemein durchführen lassen, liegt darin, dass ein Theil der Monarchie, ein Theil der Träger solcher Aufgaben, die Gemeinden, nicht in dem Masse leistungsfähig sind, wie es für eine wirksame Durchführung solcher hygienischen Massregeln nothwendig sei. Es muss daher eine wesentliche Aufgabe des Staates sein, erst die nach dieser Richtung ungünstiger gestellten Ostmarken wirthschaftlich und kulturell zu heben, dass sie in dem kulturellen und wirthschaftlichen Niveau den anderen Theilen des Landes gleichwerthig und in der Lage sind wie diese, die an sie herantretenden Kulturaufgaben auch zu lösen. Diese Verschiedenheit in Bezug auf die Leistungsfähigkeit, welche zwischen den verschiedenen Theilen des Landes, zwischen den verschiedenen Kreisen der Bevölkerung besteht, ist in den letzten Jahrzehnten zweifellos noch wesentlich angewachsen durch den mächtigen Aufschwung von Industrie und Handel auf der einen Seite und den bedauerlichen Niedergang der Landwirthschaft auf der anderen Seite. (Sehr richtig!) Demzufolge ist es auch nicht möglich, das Mass der Anforderungen in Bezug auf die Gesundheitspflege, welche in den wirthschaftlich günstiger gestellten Gegenden und Orten zur Durchführung gelangt, auch in den wirthschaftlich minder leistungsfähigen Gegenden, vor Allem auf dem platten Lande und in den kleinen Städten, welche von der Landwirthschaft leben, durchzuführen. (Sehr richtig!) Wenn die Frage des Fortschritts auf dem Gebiete der Gesundheitspflege wesentlich auch von der Leistungsfähigkeit der Gemeinden, der Kreise, also derjenigen Kommunen abhängt, welche die Träger dieser Aufgaben sind, so wird man auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege, insbesondere auch der Gesundheitspflege, niemals den erwünschten Fortschritt erreichen, wenn sich nicht die Gemeinden und die sonstigen Träger dieser Aufgaben selbst freiwillig und verständnissvoll der Gesundheitspflege widmen. Dazu gehört aber vor allen Dingen, dass nicht mit Zwangsanforderungen an sie herangetreten wird, welche ihre Leistungsfähigkeit übersteigen, wie dies früher vielfach zum Schaden der Sache auf dem Gebiete des Volksschulwesens geschehen ist. Wird seitens der staatlichen Organe darauf gewirkt, auch Unerreichbares, auch solche Dinge durchzuführen, die mit den örtlichen Verhältnissen nicht stimmen, dann wird die freiwillige Thätigkeit der Gemeinden, ihre Geneigtheit, ihrerseits der Wohlfahrtspflege ihre volle Kraft zuzuwenden, in bedenklicher Weise lahmgelegt. Nun liegt es in der Natur der Sache, dass Beamte, welche bestimmte, spezielle Aufgaben haben, namentlich wenn sie Techniker sind, ihr ganzes Bestreben darauf richten, diese Aufgaben auch in der denkbar vollkommensten Weise zu lösen. Das ist nicht vom Uebel; darin liegt ein wesentlicher Hebel des Fortschritts, und es wäre überaus verkehrt, diese Triebkraft des Fortschritts ausschalten oder unwirksam machen zu wollen. Aber sie muss dahin regulirt werden, dass man im gegebenen Falle das, was an Vollendung erreichbar ist, auch nur wirklich anstrebt. Diese Regulirung kann aber nur dadurch erfolgen, dass man die Verwaltung in organischen Zusammenhang bringt mit denjenigen Organen der Staatsverwaltung, welche berufsmässig unser ganzes Gemeinwesen leiten und darüber zu wachen haben, dass an die Gemeinden keine Anforderungen gestellt werden, welche ihre Leistungsfähigkeit überschreiten. Das ist das Ministerium des Innern, welches an oberster Stelle die Gemeindeverwaltung überwacht und leitet und berufsmässig dafür zu sorgen hat, dass die Gesundheitspflege in engem Zusammenhang und in durchaus richtigem Verhältniss mit den Bedürfnissen der Gemeinden verwaltet und gepflegt wird. Ausserdem spricht auch ein anderer Umstand entschieden dafür, das Ministerium des Innern mit der Medizinalver-

waltung zu betrauen. Wenn dasselbe darüber zu wachen hat, dass die staatliche Einwirkung auf die Gesundheitspflege sich im Rahmen der Leistungsfähigkeit der Gemeinden und Kreise hält, so ist es anderseits auch seine Aufgabe, dafür zu sorgen, dass, wenn die Leistungsfähigkeit zu schwach ist, um das prästiren zu können, was im Interesse einer wirksamen Verhütung von Krankheiten, im Interesse der Gesundheitspflege geleistet werden muss, diese Leistungsfähigkeit durch das Eintreten grösserer, leistungsfähigerer Verbände, namentlich auch des Staates ergänzt wird. Deshalb ist es gerade im Interesse der Gesundheitspflege, im Interesse einer wirksamen Betheiligung der leistungsschwächeren Gemeinden an der Gesundheitspflege dringend geboten, dem Ministerium des Innern, dem die Fürsorge für die Gemeinden obliegt, auch die Medizinalverwaltung zu übertragen. Dazu kommt, dass die grossen Aufgaben, welche der Unterrichtsminister auf dem Gebiet des Volksschulwesens, auf dem Gebiet des höheren Unterrichtswesens gerade jetzt zu lösen hat, die volle Kraft des Ministers in dem Masse in Anspruch nehmen und diese nicht durch wirksame Fürsorge für die Medizinalverwaltung zersplittert werden darf. Redner erkennt an, dass eine Reihe von Schwierigkeiten bei dieser Ressortveränderung zu überwinden sind. Es giebt eine Reihe von Instituten, welche der Kultusminister nicht gern abgeben und der Minister des Innern gern haben möchte; da sind natürlich Meinungsverschiedenheiten verblieben, die sich nicht ohne Weiteres lösen lassen. Aber das Staatsministerium ist berufen, nach seiner Bestimmung derartige Meinungsverschiedenheiten zu entscheiden, und wird auch im vorliegenden Falle in der Lage sein, eine Entscheidung zu treffen. Hoffentlich werde der jetzige Abbruch der Verhandlungen nur eine Unterbrechung derselben sein und demnächst ihre Wiederaufnahme erfolgen, die dann zu dem Ziele führen wird, dass die Medizinalverwaltung sehr bald auf das Ministerium des Innern gerade im Interesse der Gesundheitspflege übergeht.

(Schluss folgt.)

Besprechungen.

Dr. med. H. U. Kobert, Volontärarzt am Freimaurerkrankenhause zu Hamburg: **Das Wirbelthierblut in mikrokristallographischer Hinsicht.** Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°; 118 Seiten. Preis: 5 Mark.

Der sehr eingehenden, mit zahlreichen Abbildungen versehenen Arbeit geht eine Vorrede voraus, geschrieben von des Verfassers Onkel, dem bekannten R. Kobert-Rostock. Die Vorrede besagt, dass die Arbeit den Aerzten, Apothekern und Gerichtschemikern die Kenntniss über die verschiedenen Kristallformen des Blutes und seiner Zersetzungsprodukte näher bringen und sie in den Darstellungsmethoden der Kristalle unterweisen soll. Für Kristallographen von Fach sei die Arbeit nicht geschrieben.

Verfasser bespricht nun die einzelnen Bestandtheile des Blutes und die aus ihnen gewonnenen Kristalle. Uns interessirt am meisten die Darstellung der Kristalle von Haematin und Haemin; hier werden 5 Methoden angeführt, von denen die Teichmann'sche den ersten Platz einnimmt. Verfasser hat die Erfahrung gemacht, dass zum Blutnachweise bei dieser Probe am besten sich die Salze der Jodwasserstoffsäure eignen.

Foetales Blut giebt gute Teichmann'sche Kristalle, sogar bei einem Hühnchen wurden schon am vierten Tage der Bebrütung charakteristische Teichmann'sche Kristalle erzielt. Es wurden auch verschiedene Haemole und das Haemogallol benutzt, um aus ihnen mit Erfolg Teichmann'sche Kristalle darzustellen, trotz der Anwesenheit von Eisen.

Die Arbeit ist für alle die, welche sich für die Frage der Blutkristalle interessiren, sehr lesenswerth. Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Dr. Ernst Heimann, Augenarzt in Berlin. **Internationale Sehprobentafel für Kinder.** Berlin 1901. Fischer's medizinische Buchhandlung (H. Kornfeld). Preis: 2 Mark.

Die Sehprobentafel, zusammenklappbar, enthält die schwarze Figur der

Hand mit ausgestrecktem Zeigefinger in den Grössen (entsprechend Snellen) von 60, 40, 30, 10, 6, 5. Ihr Vortheil soll darin bestehen, die Sehprüfungen bei Kindern auf das erdenklichste zu erleichtern, mehr noch, wie es bei der Snellen'schen Hakentafel und der Wolffberg'schen Kindertafel der Fall sei. Auch bei Analphabeten, Taubstummen und Naturvölkern sei sie geeigneter. Wer die Schwierigkeiten kennt, die die Prüfung der Sehfähigkeit der Kinder verursacht, wird die Idee als eine sehr glückliche bezeichnen müssen. Der Text ist in Deutsch, Französisch, Englisch und Russisch beigegeben.

Dr. Ohlemann-Wiesbaden.

Dr. von Ammon, Augenarzt in München: **Sehprobentafeln zur Bestimmung der Sehschärfe für die Ferne, besonders bei der ärztlichen Gutachterthätigkeit.** München 1901. J. F. Lehmann's Verlag. Erläuternder Text mit 6 lithographischen Tafeln.

Es handelt sich bei diesen Sehproben um objektive Prüfung der subjektiven Angaben eines zu Untersuchenden, also in erster Linie um objektiven Nachweis etwaiger Aggravation oder Simulation.

Dementsprechend ist der Sehprobentafel nach Snellen'scher Art eine ebensolche, aber in Spiegelschrift, zur Kontrolprüfung, beigegeben, über die der Text ausführliche Anweisung ertheilt. Die Hakentafeln (der Autor nennt sie Hackentafeln) sollen den Zweck haben, bei etwaigen Aggravanten den Grad der angeblichen Schwachsichtigkeit zu bestimmen, eine Fiktion, die um so leichter durchzuführen ist, da der Untersuchende ja nun nicht mehr zu „lesen" braucht. Da Manche dadurch auffallen, dass sie immer nur eine bestimmte Anzahl Reihen lesen, sind auf zwei Tafeln die Buchstabengrössen anders angeordnet: auf den ersten drei Tafeln Nr. 60, 36, 24, 18 u. s. w., auf den zwei folgenden Nr. 56, 34, 22, 16, 12 u. s. w.

Für „vorgerücktere" Aggravanten ist noch eine 6. Tafel vorhanden mit einzelnen Probeobjekten zu „Handproben".

Es ist kein Zweifel, dass diese Sehprobentafeln eine sehr wichtige Bereicherung unserer Prüfungsmittel bei der Ermittelung der wirklichen Sehfähigkeit Unfallverletzter bedeuten. Mit den Snellen'schen, Nieden'schen oder Schweigger'schen Sehproben reicht man nicht aus; die wiederholten Sehprüfungen sind in erster Linie daran schuld. Es kommt ferner hinzu, dass der zu Untersuchende in der Regel durch mehr oder weniger Hände geht und sich so eine recht bedeutende Routine aneignen kann, die die Ueberführung eines Aggravanten noch mehr erschwert. Man darf nie ausser Acht lassen, dass es durchaus nicht genügt, einen Aggravanten zu erkennen, sondern dass vom Arzt ein Stück Kriminalarbeit verlangt wird, die darin besteht, Uebertreibung, ja die ziffermässige Grösse derselben, so nachzuweisen, dass sie juristisch unanfechtbar ist; denn im juristischen Verfahren hat es der Gutachter mit dem Anwalt des Untersuchten zu thun.

So sind die Tafeln als ein Fortschritt anzusehen und werden sich daher auch viele Freunde erwerben.

Dr. Ohlemann-Wiesbaden.

Lehmann's medizinische Handatlanten, Bd. XXVII. Dr. phil. et med. **Wilh. Weygandt,** Privatdozent an der Universität Würzburg: **Atlas und Grundriss der Psychiatrie.** Mit 24 farbigen Tafeln nach Originalen von Maler Joh. Fink und über 200 Textabbildungen. München 1902. Preis: 16 Mark.

Die Bezeichnung des vorliegenden Werkes könnte die Meinung erwecken, dass es sich hier ausschliesslich um einen Atlas handele, ähnlich den in gleichem Verlage erschienenen; der Verfasser hat jedoch mit Recht dem Texte einen breiteren Raum gewährt und so ein originelles Lehrbuch von über 600 Seiten Umfang geschaffen, in dem das Hülfsmittel der bildlichen Darstellung in bisher nicht versuchtem Masse und, wie wir gleich sagen müssen, mit ganz ausserordentlichem Geschick zur Anwendung gekommen ist. Das Buch zerfällt in zwei Theile: einem allgemeinen, in dem mit grosser Klarheit und stets unter Anwendung der bildlichen Darstellung (z. B. Degenerationszeichen, Anstaltsbau, Haltungsstereotypien bei Katatonie, Entweichungs- und Selbstmordinstrumente) eine vortreffliche Einleitung in die Psychiatrie gegeben wird, und einem speziellen, in dem das gesammte Gebiet der Geistesstörungen eingehend abge-

handelt wird. In der Eintheilung des Materials schliesst sich Verfasser in der Hauptsache Kräpelin an, ohne hier wesentlich neue Gesichtspunkte zu bieten. Ein grosser Theil der beigegebenen Abbildungen verdient uneingeschränktes Lob, so sind die Typen der verschiedenen Formen der Paralyse, der Rückbildungsmelancholie, der Katatonie überaus lehrreich und charakteristisch erfasst, während andere naturgemäss weniger deutliche Bilder abgeben, wie die Paranoiker (S. 360 und 361). Besonderer Erwähnung bedarf das Kapitel über Kretinismus, in der eine Reihe seltener Formen zusammengestellt sind. Weniger glücklich erscheinen mir einige der farbigen Abbildungen, z. B. Tafel 12 (Paralytikergehirnrinde) oder Tafel 11 (Pachymeningitis hämorrhagica interna); das Gleiche gilt vielleicht auch für Tafel 21; dagegen sind die anatomischen Bilder ganz besonders zu loben. — Da das Werk nicht nur durch diese höchst lehrreiche bildliche Darstellung, sondern auch durch eine vortreffliche klinische Abhandlung über das gesammte Gebiet der Psychosen ein vollständiges Lehrbuch bildet, so wird man ihm gleich den übrigen Werken des Lehmann'schen Verlages, eine sehr günstige Aufnahme wünschen und voraussagen können.

Dr. Pollitz-Münster.

Tagesnachrichten.

Ernennung. Der bisherige Dirigent der Medizinalabtheilung Geh. Ober-Reg.-Rath im Kultusministerium Dr. Förster ist zum Ministerialdirektor und Wirkl. Geh. Oberregierungsrath mit dem Range der Räthe erster Klasse ernannt. Damit hat die Medizinalabtheilung wieder einen eigenen Ministerialdirektor erhalten, was in den betheiligten Kreisen sicherlich ebenso mit Freuden begrüsst werden wird, wie dass der bisherige Dirigent, der sich gerade bei den Vorarbeiten und der Durchführung des Kreisarztgesetzes grosse Verdienste um die Förderung des preussischen Medizinalwesens erworben hat, mit dieser Stellung betraut ist.

Der Bundesrath hat vor den Osterferien noch den Ausschussanträgen betreffend verschiedenen Entwürfen von **Ausführungsbestimmungen zu den Schlachtvieh- und Fleischbeschaugesetz** vom 8. Juni 1900 und von **Prüfungsvorschriften für Fleischbeschauer** seine Zustimmung ertheilt. Die Ausführungsbestimmungen sollen am 1. Januar 1903 in Kraft treten, vorausgesetzt, dass bis dahin sämmtliche Einzelstaaten mit den zu ihrer Durchführung erforderlichen Vorbereitungen u. s. w. fertig sind.

Dem Reichstage ist eine Eingabe zahlreicher Aerzte um Gestattung der **Verbrennung von Pestleichen** in Deutschland zugegangen. In der Eingabe heisst es: „Durch die Feststellungen der Aerzte und Hygieniker kann es als erwiesen gelten, dass gut angelegte und bewirthschaftete Friedhöfe eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit nicht darbieten. Es vergeht aber immerhin eine Zeit von mehreren Monaten, bis die fäulnissfähigen Bestandtheile der Leiche im Erdgraben völlig verschwunden sind. Diese Zeit wird man aus Rücksicht auf die öffentliche Gesundheit bei solchen Leichen möglichst abzukürzen suchen, welche grosse Mengen besonders gefährlicher Infektionsträger, z. B. derjenigen der Pest und der Cholera, beherbergen. In solchen Fällen scheint die Vernichtung der Leichen und damit zugleich der in ihnen enthaltenen Krankheitserreger durch Feuer dringend geboten."

Krebserreger. Nach einem vom Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Leyden in der letzten Sitzung des Komitees für Krebsforschung am 21. v. Mts. gehaltenen Vortrages über die Parasiten des Krebses ist dieser eine übertragbare, ansteckende Krankheit, bedingt durch parasitäre Organismen (Protozoen), die von dem Vortragenden gefunden sind und durch zahlreiche mikroskopische Präparate und Zeichnungen veranschaulicht wurden.

Am 14. d. M. wird im Plenarsitzungssaal des Reichstages die **Jahresversammlung des Deutschen Zentralkomitees für Lungenheilstätten** stattfinden. Auf die Tagesordnung sind folgende Thematen gestellt: 1. Länd-

liche Kolonien für Heilstätten-Entlassene (Referenten: Bürgermeister Künzer und Med.-Rath Prof. Dr. Wernicke in Posen); 2. Pflegepersonal in Lungenheilstätten (Referent: Generalarzt Dr. Schaper, ärztlicher Direktor der Königl. Charité in Berlin); 3. die Bedeutung der Verhütung von Staub-, Rauch- und Gasentwickelung für die Tuberkulosebekämpfung (Referent: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Rubner in Berlin). Den Ehrenvorsitz über das Zentralkomitee hat an Stelle des verstorbenen Reichskanzlers der jetzige Reichkanzler übernommen.

Der Geschäftsausschuss der vom 21.—27. September d. J. in Karlsbad stattfindenden 74. **Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte** theilt in seinem Einladungschreiben vom 1. März d. J. mit, dass in der medizinischen Hauptgruppe eine neue Abtheilung „Geschichte der Medizin" eingefügt sei und sich dadurch die Gesammtzahl der Abtheilungen auf 28 erhöht habe. Die allgemeinen Sitzungen der diesjährigen Tagung werden am 22. und 26. September abgehalten; es sollen in diesen Sitzungen Themata von allgemeinem Interesse behandelt werden. Für den 24. September ist eine Gesammtsitzung beider Hauptgruppen geplant, auf der verschiedene zu dem diesjährigen Versammlungsorte, der alten Thermenstadt Karlsbad, in Beziehung stehende Vorträge gehalten werden. Am Donnerstag, den 25. September, sind für jede der beiden Hauptgruppen gemeinsame Sitzungen vorgesehen. In der medizinischen Hauptgruppe soll die physiologische Albuminurie, in der naturwissenschaftlichen der Kreislauf des Stickstoffs von je zwei Referenten behandelt werden.

Die Vorstände der Abtheilung für gerichtliche Medizin (25) und Hygiene (nebst Bakteriologie und Tropenhygiene) bitten, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche die grössere Vorbereitungen erfordern — wenn möglich bis zum 15. Mai anmelden zu wollen. Die Anmeldung von Vorträgen in der Abtheilung für gerichtliche Medizin hat an den Oberbezirksarzt Dr. med. Josef Ritter von Hochberger; von solchen in der Abtheilung für Hygiene u. s. w. an Dr. Karl Steidl — beide in Karlsbad — zu erfolgen. 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 daher nicht übernommen werden. Die allgemeine Gruppirung der Verhandlungen soll so stattfinden, dass Zusammengehöriges thunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im Uebrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung massgebend.

Zur Vermittelung von Wohnungen zu ermässigten Preisen erbietet sich der Wohnungsausschuss (Adresse: Stadtrath Karlsbad, Wohnungsausschuss).

Die **II. internationale Konferenz für Prophylaxe der Syphilis und venerischen Krankheiten** wird vom 1.—6. September d. J. in Brüssel stattfinden. Deutsche Aerzte, die an derselben theilnehmen wollen, werden gebeten, dies den Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Neisser in Breslau, Fürstenstrasse 112, mitzutheilen.

Wegen unbefugter Abgabe von Opium und dadurch herbeigeführter fahrlässiger Körperverletzung sind am 9. März d. J. zwei Apotheker, welche nacheinander die Schlossapotheke in Celle verwalteten, von der Strafkammer des dortigen Landgerichts zu Geldbussen von 200 M. bezw. 75 M. verurtheilt. Der Verurtheilung lag der folgende Fall zu Grunde: Die junge Frau eines Geschäftsmannes wurde 1898 krank; der Hausarzt verordnete ihr gegen das Leiden 5 gr Chinatinktur und ebenso viel Opiumtinktur, täglich davon je zehn Tropfen zu nehmen. Heimlich hat sich nun die Frau das Mittel in der betreffenden Apotheke von 1898 bis Sommer 1901 über 2000 Mal (!!) machen lassen, bis endlich dem Provisor es zu viel wurde und er dem Ehemann die Sache bekannt gab, indem er ihm gleichzeitig die restirende Forderung von 1103 M. einsandte. Des Ehemann verweigerte die Zahlung; in der darauf erhobenen Zivilklage wurde die Apotheke mit ihrer Forderung abgewiesen und der Ehemann als nicht zahlungspflichtig anerkannt. Gegen die beiden Provisors

wurde die Anklage wegen unbefugter Abgabe von Opium und fahrlässiger Körperverletzung (die Frau war nervenkrank geworden und hatte eine Nervenheilanstalt aufsuchen müssen) erhoben. Nach der bestehenden Medizinalgesetzgebung sei eine Wiederholung dieser Medikamente ohne jedesmalige ärztliche Genehmigung nicht gestattet. In der Verhandlung gab die Frau an, dass ein unklarer Hang sie gezwungen habe, das Mittel immer wieder zu nehmen.

Der Fall ist wieder einmal ein recht schlagender Beweis dafür, wie sehr von Seiten der Apotheker mitunter gegen die Vorschriften über die Abgabe starkwirkender Stoffe gesündigt wird.

Die Pocken sind in London noch immer ziemlich stark verbreitet; in den 6 Wochen vom 1. Februar bis 10. März sind 287, 481, 421, 210, 287 und 143 Erkrankungen vorgekommen; die Gesammtzahl der Erkrankungen betrug seit dem 10. August 4938 (davon 470 aus den Vorstädten) mit 827 (69) Todesfällen. Auch in verschiedenen anderen Städten hat die Seuche eine grössere Ausbreitung gefunden, z. B. in Liverpool und besonders in Glasgow. Hier befanden sich am 17. März 209 Pockenkranke im Hospital; in der Woche vom 22. Februar bis 8. März waren 92, in den beiden Vorwochen vom 7.—21. Februar 146 neue Fälle zugegangen. Bis jetzt sind bei allen Erkrankungen in London 24,29 tödtlich verlaufen, bei den nicht Geimpften 50,52 %, bei den Geimpften dagegen nur 14,21 %. Trotzdem hat das Unterhaus einen Antrag auf Beseitigung der im Impfgesetz von 1898 aufgenommenen Gewissensklausel, die jedem Impfgegner gestattet, sich und seine Kinder dem Impfzwang zu entziehen, in zweiter Lesung in Uebereinstimmung mit der Regierung verworfen.

Pest. In Aegypten sind in den 6 Wochen vom 31. Januar bis 14. März 11, 8, 7, 12, 14 und 9 Erkrankungen mit 8, 10, 4, 7, 6 und 5 Todesfällen vorgekommen, davon 27 (24) in Tantah.

In Indien hat die Seuche namentlich in der Stadt Bombay erheblich zugenommen; es erkrankten bezw. starben an Pest in den Wochen vom 11. Januar bis 21. Februar in der Präsidentschaft Bombay: 5558 (4390), 6610 (4869), 5786 (4285), 7022 (5224), 5881 (4406) und 7512 (5366), in der Stadt Bombay: 119 (106), 358 (298), 477 (847), 663 (531), 788 (663) und 959 (701).

In Kapland sind vom 12. Januar bis 22. Februar nur noch drei vereinzelte Erkrankungen zur amtlichen Kenntniss gelangt; in Mauritius betrug die Zahl der Pesterkrankungen und Todesfälle vom 6. Dezember bis 9. Januar: 197 (114) und vom 10. Januar bis 7. Februar: 66 (45). In Brasilien scheint die Seuche jetzt erloschen zu sein; Rio de Janeiro ist am 17. März als pestfrei erklärt. In Formosa sind vom 1.—21. Januar d. J. noch 100 Erkrankungen mit 80 Todesfällen vorgekommen; die Gesammtzahl im Jahre 1901 betrug hier 4519 (3634).

Notiz.

Die Mitglieder des Deutschen und Preussischen Medizinalbeamtenvereins erhalten von jetzt ab die Zeitschrift für Medizinalbeamte direkt vom Verlag durch das Post-Zeitungsamt überwiesen und zwar frei von Bestellgeld, das vom Verlag bezahlt wird.

Adressänderungen sind stets dem Unterzeichneten zu melden; desgleichen wiederholte Unregelmässigkeiten; dagegen sind Reklamationen einzelner Nummern bei der zuständigen Postanstalt anzubringen; dieselben werden auf diese Weise am schnellsten erledigt.

Die Zahlung des Vereinsbeitrages hat nach wie vor an den Unterzeichneten und nicht an die Post zu erfolgen.

Minden, den 1. April 1902.

Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath,
Vorsitzender des Deutschen Medizinalbeamtenvereins und des Preuss. Medizinalbeamtenvereins.

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

15. Jahrg. 1902.

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,
H. B. Hofbuchhandlung.
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

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

Nr. 8. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats | 15. April.

Ueber einige wichtige Ergebnisse der bakteriologisohen Forschung des Jahres 1901, und deren Nutzanwendung für die öffentliche Gesundheitspflege.[1])

Von Physikus Dr. E. Pfeiffer-Hamburg.

1. Infektion und Infektionserreger.

Das Jahr 1901 hat wieder mit einer Reihe bedeutungsvoller Ergebnisse auf dem Gebiete der Bakteriologie geschlossen, in der Erkennung und Bekämpfung von Menschen- und Thierseuchen sind wir, Dank der Arbeiten vieler Forscher, manchen Schritt weiter gekommen, neue Theorien haben alte verdrängt, auch manch' glücklicher Zufall und dessen Nutzanwendung hat mit geholfen noch andere Infektionswege kennen zu lernen oder für bis jetzt nur vermuthete Infektionspforten bestimmte Unterlagen zu finden. Nur das eine grosse Gebiet, auf welches jährlich noch eine hohe Sterblichkeit- und Erkrankungsziffer fällt, nämlich Scharlach, Masern, Keuchhusten, Krebs, Pocken, ist noch zum grossen Theil als unerforschtes, den kommenden Jahren geblieben. Die Meinungen über die möglichen Krankheitserreger bei diesen Infektionen sind sehr getheilt, theils werden unsere Untersuchungsmethoden als nicht genügend zur Zeit angeschuldigt, theils vermuthet man als die Ursachen Keime, welche nicht auf den bis jetzt bekannten Nährböden wachsen. Auf letzterem Standpunkte steht z. B. auch

[1]) Es ist beabsichtigt, künftighin regelmässig derartige Sammelberichte zu bringen. Red.

Rahner[1]) in seiner Arbeit bei der Beurtheilung des Erregers des Keuchhustens. Auf Grund einer grossen Zahl von Vergleichungskulturen kommt er zu dem Schluss, dass ein sicherer Nachweis von Keuchhustenmikroben noch nicht einwandsfrei gelungen ist, und dass es nicht ausgeschlossen sei, dass der Pertussis ätiologisch vielleicht überhaupt gar keine Spaltpilzart zu Grunde liegt, sondern irgend ein anderes, etwa unter den kleinsten Protozoen zu suchendes Lebewesen. Ueber die Infektionserreger bei Scharlach, Masern und Krebs herrscht noch völlige Unklarheit. Bazillen aus Masernschuppen gezüchtet lassen noch keine Deutung als eventuelle Erreger zu. Die bei Krebs angeschuldigten Blastomyzeten, hauptsächlich von Seiten italienischer Forscher, haben im verflossenen Jahr immer mehr Widerspruch erfahren müssen, da es sich herausgestellt hat, dass Blastomyzeten gefunden wurden auch an Stellen wo kein Krebs vorhanden war. Vielleicht kommen wir jetzt auf der neu geschaffenen Basis durch das Zusammenarbeiten von Zoologen, Botanikern und Pathologen einer Lösung näher. Ueber Scharlachinfektion liegt eine Beobachtung von Schmidt[2]) vor, welche mahnt, bei Desinfektionsanordnungen nach Scharlach doch noch vorsichtiger zu sein, als wie wir es bisher zu thun gewohnt waren. Schmidt behandelte eine Wöchnerin, welche am dritten Tage nach der Entbindung an Scharlach erkrankte, nachdem sie am ersten Tage in das Bett ihres Mannes umgebettet war, welcher drei Monate vorher Scharlach gehabt hatte und beim nunmehrigen Nachschauen noch stellenweise Schuppung zeigte. Nicht nur die lange Ansteckungsmöglichkeit, auch die Inkubationszeit für die Wöchnerin war aussergewöhnlich. Die Infektionswege für Scharlach sind auch heute noch nicht klargelegt.

Auf dem gleichen Standpunkte stehen wir bei der Beurtheilung der Pockenerkrankungen. Ueber die Infektionsmöglichkeit bestehen nur Theorien; die Frage der Gestalt der Erreger, deren Fortpflanzung und Einreihung unter bestimmte bekannte Gattungen, hat einige Beantwortung erfahren durch die Arbeiten Funk's,[3]) Wasilewski's u. a. Betreffs der Einzelheiten muss auf die Arbeit selbst verwiesen werden, nur Funk's Schlussfolgerungen seien erwähnt. Er sagt, aus den Experimenten folgt, dass die Wirkung der Vaccine von einem Protozoon herrührt, wahrscheinlich einem Sporozoon, welches sich in allen wirksamen Lymphen vorfindet und beim Kalbe die charakteristischen Symptome der Vaccine erzeugt und den Thieren dauernde Immunität verleiht. Die Versuche Funk's sind nicht alle einwandsfrei und die gefundenen Bilder nicht immer so einfach zu deuten. Für diejenigen, welche sich einen genaueren Einblick verschaffen wollen, dient das der Arbeit beigegebene Literaturverzeichniss als Wegweiser zum spezielleren Studium.

Die Arbeiten über Influenza haben nicht wesentlich Neues

---

[1]) Archiv für Hygiene; XXXX. Bd., 1. H.
[2]) Münchener medizinische Wochenschrift; 1901, H. 11.
[3]) Centralblatt für Bakteriol. und Parasitenk.; XXIX. Bd., Nr. 24 u. 25.

gebracht. Für die Möglichkeit einer gelegentlichen Influenzaerkrankung auf dem Wege der Tonsillen, sprechen zwei von Kamen[1]) beschriebene Fälle mit Nachweis des Influenzabacillus von den Tonsillen bei Angina. Zu den bekannten Funden von Influenzabazillen in den Hirnhäuten bei Meningitis sind eine Reihe gleicher Beobachtungen hinzugetreten; sie beweisen immer wieder, dass dem Bilde einer Cerebrospinalmeningitis nicht immer der Meningococcus intrac. zu Grund zu liegen braucht. Ob es sich bei den Endemien von Cerebrospinalmeningitis in einigen kleinen Staaten Nordamerikas, auf welche sich die Angaben Jäger's[2]) beziehen, um den letzteren Erreger handelt, ist nicht angegeben.

Aehnliche Verhältnisse, dass verschiedene Ursachen gleiche Erscheinungen machen können, deutet Neufeld[3]) für Erisipel an. Durch eine Reihe von Thierversuchen angeregt, vertritt er die Ansicht, dass in gleicher Weise wie Streptokokken auch Pneumokokken Erysipele verursachen können.

Auf dem Gebiete der Tuberkulose sind wir in der glücklichen Lage, mit einem bestimmten, allgemein anerkannten Erreger rechnen zu können. Trotz der Thesen von R. Koch, dass sich die Rindertuberkulose von der Menschentuberkulose unterscheidet, und dass letztere nicht auf die Rinder übertragen werde, müssen wir doch vom gesundheits- und veterinärpolizeilichen Standpunkt aus, Fleisch und Milch tuberkulöser Thiere als gefährlich für den Genuss beurtheilen. Virchow,[4]) welcher über ein bedeutendes Sektionsmaterial Tuberkulöser verfügt, vertritt auch die Ansicht, dass Koch vielleicht etwas zu weit gegangen ist. Er berichtet unter Anderem über einen Fall von ausgebreiteter Bauchfelltuberkulose mit sehr starken Wucherungen, wie sie sonst bei Menschen nicht aufzutreten pflegen. Auf eine oder mehrere Bazillen im Fleisch oder in der Milch will er kein Gewicht legen, mehr auf die grossen Mengen, welche mit einem Male dem Körper durch die Nahrung einverleibt werden. Hüppe[5]) ist der gleichen Ansicht; das Haften des Rinderbacillus am Menschen und seine Anpassung an den neuen Wirth macht er abhängig von den Giften und Stoffwechselprodukten, welche der Bacillus ausscheidet und sich dadurch den Boden vorbereitet. Wir müssen doch mit der Möglichkeit der Uebertragung des Tuberkelbacillus vom Rind, wenn er auch bei Mensch und Thier bakterioskopisch kleine Formverschiedenheiten aufweist, rechnen. Es kann sich auch der Tuberkelbacillus, entsprechend dem neuen Wirth, in seiner Gestalt etwas ändern. Analoga dazu finden sich bei manchen anderen Krankheitserregern.

Bei den Versuchen, der Tuberkulose als Volkskrankheit wirksam entgegentreten zu können, müssen ausser den Ver-

[1]) Centralblatt für Bakteriologie; XXIX. Bd., Nr. 7.
[2]) Kongress für innere Medizin; Berlin 1901.
[3]) Zeitschrift für Hygiene; XXXVI. Bd., 1.
[4]) Berliner klinische Wochenschrift; 1901, Nr. 31.
[5]) Berliner klinische Wochenschrift; 1901, Nr. 34.

besserungen der Wohnungen, die Lebensmittel, welche die Infektion übertragen können, möglichst einwandsfrei zur Verfügung stehen. Vor Allem muss die Milchversorgung mit grösseren Vorsichtsmassregeln umgeben werden. L. Rabinowitsch[1]) beschäftigte sich eingehend mit der Frage der Infektiosität der Milch tuberkulöser Kühe. Sie redet der kombinirten klinischen, bakteriologischen und der Tuberkulin-Untersuchung sehr das Wort, um die bereits erkrankten Thiere von der Aufzucht und dem Milchgeschäft auszuschalten. Besonders das gehäufte Auftreten der Kälbertuberkulose gab ihr die Anregung, die Eutertuberkulose der Rinder durch Thierversuche früh zu erkennen, doch stiess sie dabei wiederholt auf negative Resultate. Nicht jede Eutertuberkulose giebt positiven Impferfolg, wenn auch die Tuberkulinprobe gelingt. Je nach dem histologischen Sitz der Erkrankung im Euter finden sich in der Milch Tuberkelbazillen oder Pseudotuberkelbazillen. Die wenigen Prozent der Rinder, welche auf Tuberkulin nicht reagiren und doch tuberkulös sind, produziren nach ihrer Ansicht so viel eigenes Tuberkulin und haben dasselbe im Organismus aufgespeichert, dass sie auf das injizirte Tuberkulin nicht mehr reagiren. Die Tuberkulinprobe solle auf die der Tuberkulose verdächtigen Thiere ausgedehnt werden. Nach des Referenten Ansicht ist jedes Rind tuberkuloseverdächtig, die Auswahl ist schwer zu treffen; denn besteht erst begründeter Verdacht, dann kommt man zu dem Resultat, dass sie nach der obigen Theorie schon zu viel Tuberkulin in sich aufgespeichert haben. Referent möchte ausserdem vorschlagen, sich die Erfahrungen der Fleischer und Viehhändler zu Nutzen zu machen, natürlich in Kombination mit dem Tuberkulin. Die Fleischer kennen ganz genau die Stallungen, in welchen es nur tuberkulöse Thiere giebt, und dort kaufen sie nicht. Ausgiebige Sanirung der Stallungen gehört zu den Vorschlägen von L. Rabinowitsch unbedingt dazu. Wenn auch alle Vorsichtsmassregeln in der Eliminirung der verdächtigen Thiere durchgeführt sind, so haben wir sicher schon viel erreicht, aber doch nicht genug. Immerhin können beim Milchgeschäft von einigen Thieren noch Milchquanten mit beträchtlichem Bazilleninhalt in den Handel kommen, welche, wenn die Milch nicht genügend gekocht genossen wird, leicht eine Infektion auslösen können. Welche hohen Hitzegrade nöthig sind, um sicher zu sein, dass alle Tuberkelbazillen abgetödtet werden, geben Barthel und Stenström auf Grund ihrer Versuche an. Sie fanden dass bei 80° die Tuberkelbazillen nicht immer sicher, bei 85° ziemlich sicher abgetödtet seien. Eine Erhitzung auf 100° macht auch das abgesonderte Toxin unschädlich. Bei stark veränderter, d. h. alkalischer Milch, blieb das Erhitzen 5 Minuten auf 80° ohne Wirkung. Milch von wenig vorgeschrittener Eutertuberkulose brauchte nur momentan auf 80° erhitzt zu werden.

In seinem Rapport an die Kommission für Tuberkulose-Prophylaxe macht Nocard[2]) zwei Vorschläge, welche viel für sich

[1]) Zeitschrift für Hygiene; XXXVII. Bd., H. 3.
[2]) Hygienische Rundschau; 1900, Nr. 17.

haben. Man solle in den Schulen zwei Schilder anbringen mit je der Aufschrift: „Nicht in die Stube spucken“ und „keine ungekochte Milch trinken“.

Für die Milch, welche ungekocht in den Handel kommt, und oft $^1/_2$ bis 1 Tag in den Milchhandlungen aufbewahrt wird, verlangt Park[1]) eine scharfe Kontrole von Seiten der Gesundheitsbehörden. Es sei nicht nur wichtig von Zeit zu Zeit die Verfälschungen zu kontroliren, auch Milch, welche über ein gewisses Maximum an Keimgehalt hinaus zum Verkauf gelangt, müsse vom Verkehr ausgeschlossen werden. Die von Park gefundenen Mittelzahlen schwanken zwischen 25000 und 5000000 Keimen. Eine derartige Forderung wird wohl aus verschiedenen Gründen schwer durchführbar sein. Anders verhält es sich aber mit der Kontrole über die Molkereien, welche die Milch aus einer Anzahl kleiner Milchwirthschaften sammeln. Sie bedeuten nach Schlegdendal[2]) und Obermüller[2]) eine überall und zu jeder Zeit zu befürchtende Gefährdung des öffentlichen Wohls. Nach ihrem Dafürhalten solle jede Molkerei für Pasteurisirung und Sterilisirung der Milch eingerichtet sein, das ganze Quantum Milch müsse abgekocht werden, und dürfe dieselbe aus verdächtigen Ställen oder bei verdächtigen Krankheitsfällen (z. B. Typhus in der Bauernfamilie), bei ihnen keine Abnahme finden. Die Milchgefässe sollen stets in der Molkerei gut gereinigt und dann keimfrei gemacht werden. Dazu möchte Referent noch hinzusetzen, das Personal in der Molkerei muss als absolut gesund befunden sein, wie es in einem Wiener Betrieb bereits eingeführt ist.

Wir sahen oben, dass die Tuberkelbazillen in der Milch mit absoluter Sicherheit erst bei 90° bis 100° abgetödtet werden, dass Bazillen bei gewisser selbstgeschaffener oder vielleicht vorhandener Disposition durch die Darmwand hindurchgehen können, aus den Erfahrungen am Krankenbett wissen wir, dass bei Darmerkrankungen und gleichzeitig bestehendem serösem Exudat, letzteres leichter vereitert, und ferner auch dass bei Magendarmerkrankungen eher Komplikationen eintreten können. Die Gährungserreger können theils durch ihre Giftigkeit, conf. Hüppe, theils durch ihre Fähigkeit, Speise pathol. zu zersetzen, dem Körper gefährlich werden. Weber[3]) fand, dass von 150 Flaschen sterilisirter Kindermilch aus 8 verschiedenen Milchwirthschaften, in keiner Probe die Milch keimfrei war; er fand auch in 2 Proben Bazillen, welche Thiere, intraperitoneal einverleibt, tödteten. Wenn Weber's Annahme zu Recht besteht, so zersetzt das Gift der Bakterien das Kasein der Milch in Fäulniss. Die Untersuchungen Bienstock's[4]) gehen noch weiter, indem er durch sie nachweist, dass pasteurisirte und sterilisirte Milch sich leichter

---

[1]) Centralblatt für Bakteriologie; XXIX. Bd., H. 10.

[2]) Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; 1900, H. 3, und Hygienische Rundschau; Nr. 17.

[3]) Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt.

[4]) Archiv für Hygiene; XXXIX. B., H. 4.

zersetzt, als ungekochte. Die Arbeit ist höchst lesenswerth, für die öffentliche Gesundheitspflege kommt der letzte Theil mehr in Betracht. Nach Bienstock werden durch das Kochen die in jeder Milch vorkommenden, den Gährungserregern antagonistisch wirkenden Keime abgetödtet, wodurch dann in der gekochten Milch die Zersetzung schneller vor sich gehen kann. Für die wichtigsten Fäulnissantagonisten hält er das Bacterium coli und Bacterium lact. aerogenes und nicht den Milchzuckergehalt. Es empfiehlt sich daher der sterilisirten Kindermilch, falls tadelloses Trinkwasser vorhanden ist, etwas von dem Wasser, welches stets Bact. coli enthält, zuzusetzen. Die weitere Begründung ist auch in der Arbeit niedergelegt.

Ob eine tuberkulöse Erkrankung durch die Nahrung oder durch Inhalation stattgehabt hat, wird sich in den seltensten Fällen nachweisen lassen. Interessant nach dieser Richtung hin sind die Friedmann'schen[1]) Veröffentlichungen. Von 91 Kindersektionen konnte histologisch und bakterioskopisch bei 22 Fällen Tonsillartuberkulose festgestellt werden. Friedmann nimmt eine Infektion sowohl durch die Nahrung, als auch durch das Sputum an, und von den Tonsillen geht dann auf dem Wege der Lymphbahnen die Infektion weiter zu den Drüsen, welche in allen positiven Fällen geschwellt oder bereits verkäst waren (für Einzelheiten sei auf das Original verwiesen). Wie die Infektion vor sich gegangen sein kann bei Erkrankung der Mesenterialdrüsen, ohne an der Durchtrittsstelle Veränderungen hervorzurufen, darüber ist z. Z. keine bestimmte Antwort zu geben.

Im Gegensatz zu anderen kommt Schott,[2]) welcher sich mit über letzten Punkt ähnlichen Untersuchungen befasst hat, zu dem Schluss, dass wir uns nicht berechtigt sehen zu der Annahme, dass pathogene oder nicht pathogene Bakterien durch die Wand des gesunden Magendarmkanals hindurchwandern können (conf. auch oben Bienstock).

Ein weiterer Infektionsweg für eine tuberkulöse Erkrankung, welchen wir bisher ohne positiven Anhalt vermutheten, scheint durch Friedmann's[3]) Infektionsversuche wesentlich klarer. Um den Nachweis zu liefern, dass ohne Vermittelung der Mutter Tuberkulose auf die Frucht übertragen werden kann, und dass, wenn mit Sperma Tuberkelbazillen auf das gesunde Mutterthier übertragen werden, die Föten den Keim einer Tuberkelbazilleninfektion erhalten, wurden Kaninchenweibchen direkt nach der Begattung Tuberkelbazillenaufschwemmungen, 1 bis 2 Tropfen, in die Scheide injizirt. Nach 8 Tagen wurden die Mutterthiere getödtet und in den Schnittpräparaten der Embryonen zeigten sich in der embryonalen Zellschicht, in der Zona pellucida und in der Keimblasenhöhle Tuberkelbazillen. Die Uterusschleimhaut und die Scheide waren frei. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen, jedoch

[1]) Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie; XXVIII. Bd., H. 1.
[2]) Centralblatt für Bakteriologie; XXIX. Bd., Nr. 7.
[3]) Deutsche medizinische Wochenschrift.

sind die bis jetzt veröffentlichten Ergebnisse sehr lehrreich und lassen in dieser Richtung noch manche Aufklärung erwarten.

Ueber Typhusbefunde in Milch und Wasser sind in den letzten Jahren ausgiebige Mittheilungen gemacht worden. Fischer[1]) und Flatau beschreiben eine Typhusepidemie in Schleswig, welche sie durch bestimmt nachgewiesene Typhusbazillen im Wasser eines Brunnens, aus welchem sämmtliche Erkrankte ihren Wasserbedarf bezogen hatten, auf ihren Ursprung sicherstellen konnten. In Anbetracht, dass der Nachweis von Typhusbazillen im Brunnenwasser mit dieser Beobachtung erst das vierte Mal gelungen ist, sei dieser Fall hier erwähnt.

Da über die Widerstandsfähigkeit von Typhus- und Cholerabazillen die Ansichten sehr differirten, unternahm Brehme[2]) eine nochmalige Prüfung, indem er die Kulturen abwechselnd bis zu 15° gefrieren liess und dann bis + 15° erwärmte. Dabei fand sich, dass Typhus bei fortdauerndem Frost in 140 Tagen noch nicht abgetödtet war, bei 40maligem Verbringen auf + 15° und — 15° hatten die Keime nach 32 Stunden ihre Lebensfähigkeit noch nicht eingebüsst. Cholerakeime waren nach 57 Tagen bei ununterbrochener Kälte bis zu 57° noch lebensfähig. Der Desinfektion des Harns bei Typhusbakterien durch Urotropin widmete Schumburg[3]) eine eingehende Studie. Auf die Anregung von Neufeld, welcher nach Urotropindarreichung die Typhusbakterien verschwinden sah, untersuchte Schumburg die Wirkung dieses Mittels auf Typhuskulturen und fand, dass Urotropin nur entwickelungshemmend, nicht abtödtend wirke. Brachte er die Kulturen in Bouillon, so trat wiederum volle Virulenz ein. Er räth daher die bewährte Sublimatdesinfektion beizubehalten. Im gleichen Sinne schlägt der Gesundheitsrath[4]) von Newyork in einem Zirkular vor, stets den Urinbehälter mit Karbolsäure beschickt im Krankenzimmer stehend zu halten.

Dass das Bact. coli unter gewissen Bedingungen einen virulenten Charakter annehmen kann, scheint aus einer Arbeit von Piorkowski[5]) und Jess[5]) hervorzugehen. Auf einem Gut in Westpreussen waren im Verlauf von 2 Jahren 26 Pferde gefallen. Eine eventuelle Vergiftung konnte nicht nachgewiesen werden. Auf Grund der Sektions- und Kulturbefunde sind die Verfasser der Ansicht, dass Bact. coli das Pferdesterben verursacht hatte. Ein Versuchspferd, welches mit den gewonnenen Bact. coli geimpft worden war, erlag nach wenigen Tagen der Infektion. Die Vermuthung geht dahin, dass das Wasser, welches zum Tränken der Pferde benutzt wurde, stark verunreinigt war, vielleicht auch das Futter, auf dessen Nährboden die Abgänge der anderen Pferde gefahren wurden.

Als den vermeintlichen Erreger der Ruhr beschreibt Lew-

[1]) Centralblatt für Bakteriologie; XXIX. Bd., Nr. 8.
[2]) Archiv für Hygiene; XXXX. Bd., H. 4.
[3]) Deutsche medizinische Wochenschrift; 1901, Nr. 9.
[4]) The Practitiones; 1902, February.
[5]) Centralblatt für Bakteriologie; XXIX. Bd., Nr. 7.

kowitz[1]) einen den Pneumococcus am nächsten stehenden, auf Menschenserum wachsenden Kapselbacillus, welcher, im Stuhle vorkommend, theilweise von Phagozyten umschlossen ist und in der Gestalt der Doppelkokken oder kurzer 4- bis 8gliederiger Ketten beobachtet wird. Er ist pathogen für Thiere, am meisten für Mäuse und seine Ueberimpfbarkeit dauert nur 1 bis 3 Tage. Unter schleimigem fadenziehenden Exsudat mit Kapselkokken erregt er lokale Entzündungen. Kruse[2]) kommt auf Grund seiner zahlreichen, sehr eingehenden Untersuchungen und Beobachtungen immer mehr zu der Ansicht, dass der von ihm bei Gelegenheit der Laarer Ruhrepidemie gefundene Bacillus der Erreger der epidemischen Ruhr in Deutschland sei. Vor Allem spricht für die Wahrheit von Kruse's Annahme die Agglutinationsfähigkeit des Serums von Patienten, welche Ruhr überstanden haben. Das Serum agglutinirte die Kruse'schen Bazillen noch bei einer Verdünnung von 50 bis 200. Durch eine zufällige Laboratoriumsinfektion seines Assistenten mit Ruhr trat das Auffallende zu Tage, dass dessen Serum die Bazillen agglutinirte, was es vorher, wo nur zum Vergleiche Versuche angestellt waren, nicht gethan hatte. Die von Flexner und Shiga beschriebenen Bazillen, welche sich in vielen Punkten mit denen von Kruse identifiziren lassen, hält er für Spielarten desselben Erregers. Die Dysenteriefälle in Irrenhäusern konnten nicht auf denselben Bacillus zurückgeführt werden. Auch ist Kruse der Ansicht, dass diese Form der Ruhr, welche er Pseudodysenterie nennt, als eine ruhrartige Erkrankung aufzufassen ist, aber wahrscheinlich auf nahe verwandte Bakterien zurückzuführen sei. Die Serumversuche sind noch nicht abgeschlossen; jedenfalls müsse man für energische Unschädlichmachung der Stuhlgänge Sorge tragen, da in ihnen die Gefahr für eine Weiterverbreitung der Seuche liegt.

Ueber Pest wissen wir bestimmt seit dem Nachweis von Kossel[3]) und Nocht,[3]) dass bei der Uebertragung die Ratten eine grosse Rolle spielen. Es würde zu weit führen, die zahlreichen, im letzten Jahre über diese Seuche erschienenen Arbeiten zu erwähnen; für die öffentliche Gesundheitspflege kommt ausser den nöthigen Absperrungsmassregeln vor Allem in Betracht die hohe Infektionsgefahr durch Pestleichen [Sata].[4]) Ratten mit Brot gefüttert, welches in Pestkulturen oder in Leichentheile von Pestratten getaucht war, verendeten in 2 bis 5 Tagen. Die Bazillen in der Leiche verändern bald ihre Form, doch finden sich oft noch nach 2 Wochen gut geformte und färbbare Pestbazillen, welche nach Sata's Vermuthung wohl noch starke Virulenz äussern können. Diese Thatsache stehe vielleicht in einem gewissen Zusammenhang mit der Hartnäckigkeit der Pestepidemien; anderseits zeigen auch die morphologisch bereits umgestalteten

[1]) Centralblatt für Bakteriologie; XXIX. Bd., 15. H.
[2]) Deutsche medizinische Wochenschrift; 1901, Nr. 23 und 24.
[3]) Centralblatt für Bakteriologie; XXX. Bd., H. 24, Referat.
[4]) Archiv für Hygiene; XXXIX. Bd., H. 1.

Bazillen noch lebhaftes Wachsthum auf den Nährböden. Die Bazillen waren noch 15 Tage nach dem Tode der Ratte virulent. Nach der Verendung wandern die Bazillen langsam hindurch nach der Oberfläche, auch rufen diejenigen, welche längere Zeit in der Leiche aufbewahrt werden, eine weit typischere Pest hervor, als die Bazillen, welche direkt nach dem Tode entnommen werden.

Aus der grossen Zahl der Arbeiten über Malaria seien hier nur die hauptsächlichsten Angaben aus Celli's[1]) ziemlich erschöpfender Publikation hervorgehoben, wobei der Disput über Anopheles und Culex ausser Acht gelassen wird. Celli stellt den Satz auf, wo Malariafieber sind, sind auch Anopheles, aber nicht umgekehrt. Alle stagnirenden Gewässer, hauptsächlich aber die mit Sumpfvegetation können Nester der Stechmücke sein. Die Seeen mit gleichmässigem Niveau bilden keine Ausnahme, sondern nur diejenigen, welche bis zu einem gewissen Grade fäulniss-, salz- oder schwefelhaltig sind. Die vorzugsweise von den Larven bewohnten Gewässer sind die Grundwässer, die an die Oberfläche kommen und da stagniren. Die Bewässerungskulturen brauchen den Umwohnern nicht zu schaden. Die Mazerationswässer der Textilpflanzen können vor und einige Zeit nach der Mazeration wie viele andere Gewässer Anopheleslarven enthalten. Ist jedoch die Mazeration erst im Gange, dann sterben sie ab. Bäume sind im Sommer wahre Mückennester. Die Prophylaxe hält er für sehr einfach. An der Hand einer Reihe sicher schon bekannter Abbildungen bespricht er die Schutzmassnahmen. Er fordert Schutz der Wohnungen (Gazefenster) und der unbekleideten Theile des Körpers. Falls letzteres nicht möglich ist, soll Euchinin gegeben werden. Bei Anwendung aller mechanischer und das Blut desinfizirender Mittel könne man auf ausgebreiteten Gebieten eine allgemeine Volksprophylaxe erreichen, d. h. die Malaria an Ortschaften gänzlich ausrotten.

Mit einer der Malaria ähnlichen Erkrankung bei den Rindern in Deutschland macht uns Jackschath[2]) bekannt. Den Zwischenwirth vermuthet er in der Rinderzecke (Ixotes reticulatus). Die hauptsächlichsten Symptome sind: Zerstörung der rothen Blutkörperchen, Anaemie, zahlreiche Embolien, Vergiftung durch die aus den rothen Blutkörperchen ausgeschiedenen Kaliverbindungen. In den Blutkörperchen, am meisten in den Kapillargefässen ist ein Parasit zu finden, welcher die Blutkörperchen zerstört.

Ueber Aktinomykose sind die Ansichten noch nicht geklärt; in einigen Fällen ist es gelungen, den Strahlenpilz aërob und anaërob zu züchten; dem stehen anderseits die Beobachtungen Boström's gegenüber, wonach er, obschon 85 Gläser geimpft worden waren, keine einzige Aktinomykose-Kolonie erhielt. Silberschmidt[3]) kommt zu dem Schluss, dass die Aktinomykose eine spezifische, durch einen einzigen Strahlenpilz erzeugte Erkrankung darstellt, nicht richtig ist, da eine Reihe von verschiedenen Mikro-

[1]) Archiv für Hygiene; XXXX. Bd., H. 3.
[2]) Centralblatt für Bakteriologie; XXIX. Bd., Nr. 14.
[3]) Zeitschrift für Hygiene; XXXVII. Bd., H. III.

organismen im Stande sind, das typische Krankheitsbild zu erzeugen. Er ist z. Z. noch für eine Scheidung von Aktinomykose und Pseudoaktinomykose. Mertens[1]) hat Aktinomykosekörnchen, aus einem gespaltenen Abszess herstammend, auf Agar und Bouillon verimpft und erhielt erst in der siebenten Generation kreideweisse, oberflächliche, halbkugeliche Knöpfchen, mit welchen es gelang, Oberflächenkulturen auf festen Nährböden zu erzielen (37°). Es war also gelungen, einen zu Anaërobiose neigenden, bei 37° wachsenden Aktinomyces an Aërobie und niedere Temperatur zu gewöhnen. Mertens nennt das eine Wiedergewöhnung des Strahlenpilzes an Sauerstoff. Dieser Kultur wurden Partikel entnommen, und Kaninchen in die vordere Augenkammer verimpft, erst nach 120 Tagen traten typische Drüsen mit Keulen auf, deren Wachsthum gut verfolgt werden konnte.

Der Zeitpunkt der Auskeimung der Milzbrandsporen geht nach Weil[2]) innerhalb 8 Stunden bei 30—33° vor sich; wird die Temperatur herabgesetzt, so tritt die Reifung später ein; bei 12° ist sie nicht mehr regelmässig, doch giebt es Sporen, welche noch bei 7° und auch noch bei 0° auszukeimen vermögen. Die Neusporung tritt ca. nach 21 Stunden wieder ein. Chemische Reagentien, selbst in hoher Verdünnung, beeinflussen das Keimungsvermögen stark.

Dass Maul- und Klauenseuche auch auf den Menschen übertragbar sei, ist nicht sichergestellt; verschiedene Beobachtungen von Stomatitis beim Menschen während des Grassirens der Maul- und Klauenseuche scheinen jedoch dafür zu sprechen. Wallkowski[3]) glaubt, dass derartige Fälle viel häufiger vorkommen, als allgemein angenommen wird. Er hat bei über 20 Kindern eine fieberhafte vesikulär-ulzeröse Stomatitis beobachtet, welche zweifellos als die auf Menschen übertragene Thierseuche angesehen werden musste.

Bei seinen Studien über Pellagra fand Serena[4]), dass dieselbe nicht hervorgerufen werde durch ein Gift des Mais, sondern nur dann, wenn unter dem Einflusse gewisser gewöhnlicher Keime der Mais fault. Kulturen dieser Keime wirkten für die Versuchsthiere tödtlich. Wurden Thiere langsam immunisirt, das Immunserum Mäusen injizirt, so blieben sie gesund.

2. Serumtherapie und Immunität.

Ueber die heilende Kraft des Diphtherieserums können die Akten als geschlossen gelten; ob es erreichbar sein wird, in den nöthigen Fällen das Serum prophylaktisch anzuwenden im Sinne der Vorschläge von Martin[5]) und Löffler[5]) ist zweifelhaft, da wie Laveran (ibid.) treffend bemerkte, die Vaccination

---

[1]) Centralblatt für Bakteriologie; XXIX. Bd., H. 15.
[2]) Archiv für Hygiene; XXXIX. Bd., H. 3.
[3]) Centralblatt für Bakteriologie u. Pathologie; Bd. XXX, H. 24. Refer.
[4]) Annal. d'Igiene sperimentale; 1900 Jan.
[5]) Verhandlungen auf dem internationalen hygienischen Kongress vom 10.—17. August 1900 in Paris.

noch nicht einmal an allen Orten durchführbar sei. Von Interesse ist eine Veröffentlichung von Campell Mc. Donnel,[1]) welcher nach der Darreichung von Diphtherieserum per os, da es anders nicht möglich war, bei ausgesprochener Diphtherie Heilerfolg gehabt haben will.

Die prophylaktische Behandlung mit abgetödteten Typhuskulturen wird von England wiederholt in Anregung gebracht. Wright[2]) berichtet über Antityphoid-Inokulationen, welche bei Soldaten vorgenommen wurden vor ihrer Verschickung nach typhusgefährlichen Ländern. Die angeführten Zahlen scheinen für diese Behandlung zu sprechen. Im Gegensatz zu den Geimpften, von welchen nur 0,55 % erkrankten und 0,27 % einer Infektion erlagen, stehen die Ungeschützten mit 6,14 % Morbidität und 3,5 % Mortalität. Auch Marsden tritt sehr für die vorherige Immunisirung beim Personal der Krankenhäuser ein. Von seinen Wärterinnen und Wärtern erkrankte keiner seitdem er dieselben mit abgetödteten Typhusbazillen geimpft hatte. Letztere Beobachtungen sind noch nicht einwandsfrei, da die Zeit zwischen Immunisirung und Veröffentlichung noch zu kurz ist.

Als Heil- und Schutzsera gegen Pest sind die von Lustig, Haffkin und Roux zu erwähnen. Die Herstellungsmethoden sind in den Originalen nachzulesen.[3]) Schottelius[4]) stellt diese drei Sera nebeneinander, nach Prüfung an dem reichen Krankenmaterial in Bombay, und kommt zu dem Schluss: Lustig's Serum ist ein Heilserum, Haffkin's Lymphe ist ein Schutzimpfstoff, Roux' Serum besitzt beide Eigenschaften. Krumbein,[5]) Tavel und Glücksmann beschreiben noch ein viertes Serum, eine Modifikation des von Lustig angegebenen. Sie resumiren, dass alle vier Sera als gleichwerthig zu erachten sind; nach einer Immunisationsdauer von $1^1/_2$ Jahren, bei Pferden, konnten sie die Dosen steigern, später auch lebende Pestkulturen injiziren und erlangten ein sehr hochwerthiges Serum; mit der Hochwerthigkeit stieg auch die Agglutinationsfähigkeit.

Für die Frühdiagnose der Tuberkulose vermittelst Tuberkulininjektionen tritt Petruschky[6]) sehr warm ein und empfiehlt für die Tuberkulinbehandlung folgenden Injektionsmodus:

Für die 1. Injektion 1 dmg Pause von 1—2 Tagen,
„ „ 2. „ 5 „
Pause.
„ „ 3. Injektion 2 mg,
Pause.
„ „ 4. Injektion 5 mg;

[1]) Lancet; 9. Februar.
[2]) Britisch med. Journal; Nr. 209, 2. Jan.
[3]) Hygienische Rundschau; 1900, Nr. 3, 4 und 5.
Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspfl.; XXXII. Bd., 1900, 4. Heft.
[4]) Hygienische Rundschau; 1900, Nr. 3, 4 und 5.
[5]) Centralblatt für Bakteriologie; XXX. Bd., Nr. 19.
[6]) Gesundheit; 1900, Nr. 28.

doch ist dabei stets festzuhalten, dass man nie Fiebernde impft.

Arloing[1]) und Courmnont[1]) haben es versucht, auf einem anderen Wege eine Frühdiagnose der Tuberkulose zu stellen. Auf Grund ihrer ausgedehnten Versuche (konf. Original) ergab sich in den weitaus meisten Fällen, dass das Blut von tuberkulösen Menschen oder Thieren eine agglutinirende Wirkung auf Tuberkelbazillenkulturen ausübte. Weitere Beobachtungen müssen jedoch noch abgewartet werden.

Einen wesentlichen Schritt weiter sind wir in der Prophylaxe der Maul- und Klauenseuche durch die Arbeiten von Löffler[2]) und Uhlenhuth[3]) gekommen. L. und U.'s Untersuchungen haben sich in der Hauptsache auf die Immunisirung von Schweinen und Schafen beschränkt, und leistet bei diesen das Serum Gutes, für Rinder ist es noch unsicher. Da der Erreger der Maul- und Klauenseuche nocht nicht gefunden wurde, weil er entweder so klein ist, dass wir ihn mit den bis jetzt zu Gebote stehenden Hülfsmitteln nicht sehen können, oder er eventuell zu denjenigen Krankheitserregern gehört, welche nur in lebenden Medien wachsen und sich fortpflanzen, war die Schaffung des zu Impfzwecken nöthigen Serums nur möglich durch Infizirung von Ferkeln; aus den erschienenen Bläschen wurde die austretende Lymphe benutzt u. s. w.

Ueber Tetanusserum liegen eine grosse Anzahl Arbeiten vor; ihre Ergebnisse sind noch so widersprechend, als dass sie für die öffentliche Gesundheitspflege Direktiven abgeben könnten. Es muss jedoch der Versuch gemacht werden, gegebenen Falls das Serum in Anwendung zu bringen, da dasselbe in manchen Fällen lebensrettend wirkt.

3. Desinfektion.

Die Frage der sichersten Wohnungsdesinfektionsmethoden gilt auch heute noch nicht als endgültig gelöst, da wir noch kein Mittel kennen, welches bei schneller und sicherer Keimtödtung die zu desinfizirenden Gegenstände nicht angreift, eine grössere Tiefenwirkung ausübt, in jedem Winkel des Zimmers gleichmässig antibakteriell wirkt und die Gesundheit der mit der Desinfektion vertrauten Leute und der Bewohner nicht schädigt. Ueber die Wahl der Desinfektionsmethoden mit Formalin bestehen des Oefteren auch noch Meinungsverschiedenheiten. Die einen versprechen sich vom Versprayen mehr Erfolg, andere wieder meinen, die Verdampfung im Raum nach Flügge leiste genau dieselben guten Dienste. Um darüber Klarheit zu schaffen, unternahm Müller[4]) vergleichende Untersuchungen mit den verschiedenen im Handel befindlichen Apparaten. Nach zwei Richtungen wurden die Versuche vorgenommen: 1. Wie viel Formaldehyd schlägt sich an den einzelnen Stellen des Raumes

[1]) Gazette des hopitaux; 1900, Nr. 137.
[2]) Deutsche medizinische Wochenschrift; 1900, Nr. 48.
[3]) Centralblatt für Bakteriologie; XXIX. Bd., Nr. 1.
[4]) Centralblatt für Bakt. und Parasit.; XXX. Bd., 12. und 13. H.

nieder, und 2. wie ist der keimvernichtende Effekt. Aus den ausgiebigen Versuchsreihen geht hervor, dass der Praussnitz'sche Versprayungs- und der Flügge'sche Verdampfungsapparat bei grossen Formaldehydmengen gleich Vorzügliches leisten, bei kleineren Mengen aber dem Praussnitz'schen Verfahren mit dem Spray der Vorzug gebührt und sich das Verhältniss zeigt wie 1 : 2, was in ökonomischer Hinsicht auch einer Verbilligung gleichkommt. Die Mengen des niedergeschlagenen Formaldehyds bei beiden Verfahren bieten so geringe Unterschiede, dass beide Apparate anderseits als voll gleichwerthig nebeneinander bestehen können; auch decken sich die bakteriologischen Erfahrungen mit den Resultaten von Müller's Versuchsreihen.

Wie bekannt, besitzt aber das Formaldehyd keine Tiefenwirkung und ein ungelöstes Problem bleibt immer noch die Desinfektion von Büchern der Leihbibliotheken und der Bücher erkrankter Schulkinder. Kransz[1]) hat es versucht den Nachweis zu erbringen, dass man dafür im Wasserdampf das einzige z. Z. beste Mittel habe und schlägt auf Grund seiner Untersuchungen vor, vermittelst des von ihm angegebenen Autoklaven Bücher und Schriften keimfrei zu machen, eventuell dasselbe von den Besitzern der Leihbibliotheken zu verlangen, da bekanntlich viele Rekonvaleszenten eifrige Abnehmer der Bücher seien und dadurch leicht Infektionskeime weitergetragen werden. Ideal wäre eine derartige Forderung, aber mit der Kransz'schen Methode ist sie nicht durchführbar; denn so lange die Bücher noch so beschädigt aus dem Autoklaven kommen — Kransz nennt zwar das Krumbiegen der Einbanddecken und das Blasenziehen von Leinwandeinbänden, eine im Verhältniss geringe Schädigung —, ist von keinem Geschäftsmann ein derartiges Opfer zu verlangen. Die Preise der Ausleihung müssen niedrig bemessen sein, und trotz des Pressens der Bücher nach der Desinfektion würden dieselben doch nach 2- bis 3maligen derartigen Prozeduren werthlos werden, abgesehen davon, dass das Publikum sehr bald merken würde, welche Bücher an Krankenbetten gewesen sind.

Als ein Fortschritt in der Desinfektion der Zimmer sind die von Jacobitz[2]) beschriebenen desinfizirenden Wandanstriche zu bezeichnen. Auf Grund umfangreicher Untersuchungen, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen, kommt Jacobitz zu dem Resultat, dass die besten Wandanstriche die von der Firma Rosenzweig & Baumann in Kassel in den Handel gebrachten Emaillefarben Pef. 2097 P. und Pef. 2098 P. und auch die Oelfarben als ganz besonders brauchbare desinfizirende Anstrichfarben zu bezeichnen sind. Obige Emaillefarben haben ausserdem noch den grossen Vorzug, dass sie mit den gebräuchlichsten Desinfektionsmitteln in verschiedener Stärke abgewaschen werden können, ohne im Aussehen, Farbenton und Haltbarkeit geschädigt zu werden. Für Krankenhäuser, Kasernen,

---

[1]) Zeitschrift für Hygiene; XXXVII. Bd., 4. H.
[2]) Zeitschrift für Hygiene; XXXVII. Bd., 1. H.

Schulen u. s. w. wären Wandanstriche, wie oben erwähnt, sehr wohl zu empfehlen, da viele Luftkeime sich den Wänden auflagern und daselbst in kurzer Zeit unschädlich gemacht werden.

Beck[1]) empfiehlt zur Desinfektion die Benutzung der Peroxole, welche von der chemischen Fabrik C. Raspe, Weissensee bei Berlin hergestellt werden. Dieselben lassen sich beliebig mit Wasser verdünnen und je nach ihrer Verbindung mit Kampher, Naphthol, Menthol oder Thymol, werden sie als Kampheroxole, Naphtholoxole, Mentholoxole oder Thymoloxole bezeichnet. Der wesentlichste Bestandtheil derselben ist H_2O_2 in 3proz. Lösung (Gewichtsproz.) und zwar so, dass den alkoholischen Lösungen von Kampher u. s. w. eine stärker konzentrirte Lösung von H_2O_2 hinzugefügt wird, bis letztere 3% entspricht. Das Wasserstoffsuperoxyd ist frei von Salzsäure und enthält wesentlich nur zur Konservirung geringe Spuren von Phosphorsäure. Genauere Daten müssen im Original nachgelesen werden. Es kamen 5—10proz. Lösungen zur Anwendung. Aus der Versuchsreihe seien nur die Resultate angeführt. Milzbrandsporen waren unter Benutzung von Kampheroxol nach $^1/_2$—1 Stunde, von Metholoxol und Naphtholoxol nach 10—30 Minuten abgetödtet. Noch bessere Ergebnisse lieferte dieses Mittel bei der Desinfektion von Eiterfäden. Werden die Lösungen vorsichtig zubereitet, so sind sie nach $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr noch vollkommen tauglich. Die Erfahrungen über die Peroxole sind noch zu geringe, um sich ein abschliessendes Urtheil über dieselben bilden zu können.

Das Lysol scheint neuerdings durch eine Verbesserung, das Lysoform, verdrängt zu werden. Symanski[2]) hat letzteres auf seine keimtödtende Wirkung in den verschiedenen Konzentrationen und auf seine Giftwirkung geprüft. Er rühmt die desinfizirende und desodorisirende Kraft des Lysoforms in 2—4proz. Lösung. Gleichwie Strassmann empfiehlt er das Mittel sehr zur Händedesinfektion; auch könne man unbedenklich dasselbe den Patientinnen in die Hand geben, da es nicht verätze oder verbrenne, und Ereignisse wie bei Sublimat, Karbol und Lysol ausgeschlossen seien. Die Versuche über die Giftigkeit hat Symanski noch nicht beendet, und wird wohl auch hier die klinische Erfahrung einer längeren Zeit abzuwarten sein. Aus den zahlreichen Versuchen über Händedesinfektion ersehen wir, dass zur Erreichung einer idealen Desinfektion noch manche andere Faktoren überwunden werden müssen. Nach den gründlichsten Waschungen mit Sublimat, Lysoform, Seifenspiritus, mit den verschiedenen chemischen Seifen, Alkohol etc. können wir doch keine Keimfreiheit auf die Dauer erzielen, da hier und da Keime aus den Schweissporen der Haut heraus an die Oberfläche treten. Dagegen sind Gummihandschuhe und Pastenüberzüge über die Hände vorgeschlagen worden, ob dieselben sich einbürgern werden, ist noch sehr zweifelhaft, da ihnen auch manche Mängel anhaften.

---

[1]) Zeitschrift für Hygiene; XXXVII. Bd., 4. H.
[2]) Ibidem.

4. Verschiedenes.

Bei seinen Untersuchungen über Ankylostoma machte Loss[1]) eine sehr interessante Beobachtung. Obgleich er mit der grössten Vorsicht gearbeitet hatte und sicher war, sich durch den Mund nicht infizirt zu haben, musste er doch selbst eine Ankylostomainfektion an sich erfahren. Ein Wassertropfen mit Ankylostomalarven war ihm zwischen die Fingerglieder gekommen, und bald darauf merkte er an dieser Stelle ein leichtes Jucken. Dadurch aufmerksam gemacht, untersuchte er an einem Fall, welcher eine Stunde später wegen Beinamputation zur Operation kam, ob die Larven in einem Wassertropfen auf die Haut gebracht durch dieselbe hindurchzudringen vermögen. Seine Annahme wurde bestätigt, er fand in hystologischen Schnitten die Larven schon zum grössten Theil durch die Haut hindurchgewandert vor.

Ueber die Lebensdauer verschiedener pathogener Keime im Modellirthon berichtet Leigthen.[2]) Er fand, dass Typhusbazillen nach 32 Tagen noch lebhaftes Wachsthum besassen, Diphtheriebazillen nach 18 Tagen ebenso wie Tuberkelbazillen. Es sei daher in den Modellirschulen eine grössere Vorsicht sehr am Platze, woselbst der Thon von Hand zu Hand wandert und nach Beendigung der Stunde auf einen Klumpen zusammengeworfen wird, um am nächsten Tage wieder den Unterrichtszwecken zu dienen.

Gegen die Zusätze zur Konservirung von Fleisch richten sich die Arbeiten von Kister[3]) und Stroscher.[4]) Ersterer fand, dass Kaninchen, Meerschweinchen und Katzen deutlich eine gleichmässige Abnahme der Fresslust zeigten gegen mit Borsäure versetztes Futter, ja, dass sie ihr Fressen manchmal gar nicht anrührten und eingingen. Letzterer konstatirte, trotz SO_2 Zusatz in beträchtlichen Mengen zum Hackfleisch, in verschiedenen Proben eine verhältnissmässig hohe Keimzahl. Es bekommt also der Konsument ein Fleisch, welches genau so keimreich ist, wie bei weit vorgeschrittener Fäulniss. Durch die Erhaltung der rothen Farben wird das Publikum getäuscht.

Vor dem Schumburg'schen Verfahren, das Wasser vermittelst Brom zu reinigen, warnt Schüder;[5]) denn auf Grund eingehender Nachprüfungen kommt er zu dem Resultat, dass obiges Verfahren den Typhus- und Cholerabakterien gegenüber so gut wie ganz versagt. Wenn das Bromverfahren auch den Gehalt eines stärker verunreinigten Wassers an gewöhnlichen Wasserbakterien sehr erheblich herabsetzt, so geschieht das aber nicht in dem Grade, dass ein infizirtes Wasser als Trinkwasser zu benutzen wäre.

Als die beste Mundreinigung empfiehlt Röse[6]) nach

---

[1]) Centralblatt für Bakteriologie; XXIX. Bd., Nr. 18.
[2]) Ibidem, Nr. 10.
[3]) Zeitschrift für Hygiene; XXXVIII. Bd., 4. H.
[4]) Archiv für Hygiene; XXXX. Bd., 4. H.
[5]) Zeitschrift für Hygiene; XXXVII. Bd., 4. H.
[6]) Zeitschrift für Infektionskrankheiten; XXXVI. Bd.

Benutzung der Zahnbürste eine Spülung mit physiologischer Kochsalzlösung, welche die Pilze angreift; ihr nahe stehe das Odol und eine 2proz. Natr. bicarb.-Lösung. Tannin, Borax und Kaliumpermanganat sei zu verwerfen, da sie mit der Zeit zu Entzündung reizen; ist selbiges aber geschehen, so spüle man am besten mit Franzbranntwein.

Gerichtsärztliche Sammlungen.

Von Dr. Hermann Kornfeld, Geh. Med.-Rath und Gerichtsarzt in Gleiwitz.

Mehr als in der Medizin ist in der Jurisprudenz die Kasuistik, sind die Präzedenzfälle von Bedeutung. Daran liegt es, dass auch die gerichtlich-medizinischen Fälle eine ganz andere Wichtigkeit besitzen, als die meisten, häufig genug im Wesentlichen gleichartig verlaufenden Erkrankungen und accidentellen Verletzungen. Als eine wichtige Ergänzung der vielen Obduktionsberichte, die man in der Litteratur studirt, müsste daher eine Sammlung von Objekten gelten, auf die gegebenen Falls rekurrirt werden kann. Gleichzeitig ist aber auch zu Lehrzwecken eine Anschauung solcher Beweisstücke von einem Nutzen, der nicht weiter begründet zu werden braucht. Und endlich: Die indirekte Bereicherung anderer Spezialfächer durch systematische Verwerthung gelegentlich gerichtlicher Vorkommnisse erhaltener Präparate, die schon Erhebliches gefördert hat — ich erinnere an Schädelbrüche, Beschaffenheit des Hymens, Vergiftungen — würde durch Sammlung solcher Objekte in hohem Masse vermehrt werden.

Jetzt werden solche Beweisstücke: Schädel mit Brüchen, innere Organe mit Verletzungen, Embryonen, Nabelschnurreste etc. anderen Sammlungen einverleibt, von Einzelnen aufgehoben oder verzettelt, nach langer Asservation bei Gericht vernichtet oder — was dem Verfasser neuerdings bei einer Schädeldecke mit in der Glastafel befindlicher Messerspitze besonders empfindlich war — den Angehörigen ausgehändigt. Inwieweit das „Recht an Leichen“ hierbei in Betracht kommt, darüber hat Verfasser sich anderweitig [1]) ausgesprochen; diese Frage kann für vorliegenden Zweck auf sich beruhen.

In ein praktisches Stadium kommt aber nun die Zweckmässigkeit solcher Sammlungen, nachdem die Errichtung gerichtlich-medizinischer Universitäts-Institute beschlossen ist.

Es wäre demnach angezeigt, wenn höheren Ortes veranlasst würde, die von den Gerichtsärzten erwartete wissenschaftliche Thätigkeit auch darauf zu lenken, dass für die gerichtliche Medizin interessante Präparate, z. B. Abortiveier, Hymenformen, Missbildungen, eigenthümlich verletzte Organe, für Identität und Altersbestimmungen wichtige Theile etc. zurückbehalten und dem zuständigen bezw. nächstliegenden gerichtlich-medizinischen Institute überwiesen werden. Und zwar im Hinblick nicht blos auf die Ausbildung der Studirenden, sondern auch, worauf, als das Nächstliegende, der Herausgeber dieser Zeitschrift die Güte hatte,

---

[1]) Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin; 1899.

mich besonders aufmerksam zu machen, für die Fortbildungskurse der Medizinalbeamten, die sich auch auf gerichtliche Medizin erstreckeu sollen.

Zur Ausführung einer solchen entsprechenden Anweisung würden gewisse nähere Bestimmungen von Seiten der Königlichen Staatsregierung zu erlassen sein. Die Ermächtigung zur Entnahme solcher Leichentheile etc. müsste generell ertheilt und die Beobachtung der unter Umständen nöthigen sonstigen Kautelen, namentlich die Rücksicht auf die Angehörigen (Erlaubniss) ihnen zur Pflicht gemacht werden. Die Gerichte hätten, auf von dem Gerichtsarzte gestellte, bezüglichen Anträge, diesem asservirte Beweisstücke, namentlich zu Verletzungen, Erstickung, Strangulirung, Abort etc. verwendete Werkzeuge nach endgültiger Erledigung der betreffenden Sache zur Absendung an die Institute einzuhändigen. Die Art der Aufbewahrung, der Versendung wäre zu regeln. Und schliesslich wären nicht blos die Gerichtsärzte, sondern auch die Aerzte überhaupt zu ersuchen, geeignete Objekte den gedachten Instituten zu überweisen. Ganz besonders könnten staatliche Anstalten, Kreis- oder Stadtkrankenhäuser, Militär- und Knappschaftslazarethe oft recht interessante Beiträge zu Unterrichtszwecken und auch für ein dem Verfasser vorschwebendes Museum liefern. Letzterem würden ausgewählte Piècen aus den Sammlungen der einzelnen gerichtlich-medizinischen, aber auch aus denen anderer Universitäts- (insbesondere der pathologischen) Institute zu überweisen sein.

Ein Fall von Chloroformvergiftung nach Aufnahme per os.

Mitgetheilt

von Gerichtsarzt Dr. Roth-Frankfurt a. M.

So häufig der Chloroformtod in und nach der Narkose beobachtet wird, so selten hört man von einem solchen nach Aufnahme des Mittels per os und kann dies nicht Wunder nehmen, da man von der internen Verwendung des Chloroforms als Desinficiens, als Wurmmittel, als Anästhetikum kaum noch, oder doch nur mit der nöthigen Vorsicht und in solchen Mengen Gebrauch macht, dass Vergiftungen auf diesem Wege nicht vorkommen. Häufiger wird das Chloroform, meist als Zusatz, zu Einreibungen und dann in grösseren Quantitäten verordnet; in Folge dessen sind auch die meisten Vergiftungen, sei es, dass die Patienten, wie das häufig vorkommt, das Mittel einnahmen und nicht einrieben, sei es durch Verwechselung der Flasche, also durch unglückliche Zufälle bewirkt worden. Zum Morde ist Chloroform wenigstens erwachsenen und vollsinnigen Individuen gegenüber nicht geeignet und Selbstmorde sind wohl aus dem Grunde so selten, weil das Mittel bei den gültigen Bestimmungen für das Publikum nur schwer erreichbar ist. So möge es gestattet sein, die Kasuistik der Chloroformvergiftungen per os um einen Fall zu bereichern, der,

zunächst nicht eindeutig, zur weiteren gerichtlichen Verfolgung führte.

Die 30jährige Ehefrau X, die in zerrütteten Verhältnissen und unglücklicher Ehe lebte, trank am 27. Oktober 1901 gegen 3 Uhr Nachmittags in den leeren Magen Chloroform, um sich das Leben zu nehmen. Der Mann wurde durch einen Abschiedsruf aufmerksam, stürzte in's Zimmer und nahm der Frau die Flasche vom Munde weg. Wieviel Chloroform die Frau getrunken hatte, liess sich nicht feststellen, da die Menge in der Flasche unbekannt war. Das Chloroform wurde angeblich zum Handschuhwaschen benutzt uud war von dem Manne, der früher Drogist und nun Arbeiter in einer chemischen Fabrik war, nebst anderen Giften, Brechweinstein und Strychnin, in's Haus gebracht worden. Der Mann gab der Frau sofort Wasser, nach einer Weile eine Tasse Milch und dann bald hinterher eine Lösung von Brechweinstein, von der die Frau indessen nur einen Schluck nehmen konnte, da sie bewusstlos zusammenbrach, nachdem sie vorher mit lallender Stimme noch gesprochen hatte. Bis dahin war nach Angabe des Mannes etwa $^1/_4$ Stunde vergangen. Bald nachher ging der Urin ab. Erbrechen trat nicht ein. Gegen 4 Uhr kam ein Arzt und konstatirte einen deutlichen Chloroformgeruch des Athems, weite reaktionslose Pupillen, fehlenden Kornealreflex, einen frequenten Puls und eine röchelnde, öfter aussetzende Athmung. Die sofort vorgenommene Magenausheberung, bei der 3—4 Liter Wasser durchgespült wurden, musste unterbrochen werden, da die Athmung sistirte. Die ausgeheberten Massen hatten keinen auffallenden Chloroformgeruch. Die Athmung kehrte nach künstlicher Athmung wieder, blieb aber unregelmässig, die Zunge fiel oft nach hinten. Es wurden häufige Kampfereinspritzungen gemacht und starke Kaffeeklystiere gesetzt. Um 7 Uhr trat zweimaliges Erbrechen gelblicher, wenig nach Chloroform riechender Flüssigkeit auf, auch folgten reichliche Darmentleerungen. Der Zustand blieb indessen im Ganzen derselbe; die Pupillen waren vorübergehend enger, doch der Kornealreflex fehlte dauernd. Um $11^1/_2$ Uhr trat der Tod ein.

Das Ergebniss der am 30. Oktober vorgenommenen Sektion war im Wesentlichen Folgendes:

Die Hypostasen sind verwaschen, blauroth. Die Todtenstarre ist über den ganzen Körper verbreitet und auffallend an den unteren Extremitäten ausgesprochen. Die Sohlen sind stark gekrümmt, der innere Rand der Füsse ist hoch gehoben. An den Oberschenkeln besteht eine deutliche Gänsehaut.

Ein spezifischer Geruch ist in keiner Körperhöhle wahrnehmbar.

Die Zunge ist bis zur Mitte etwa grauweiss und unverändert. Die Schleimhaut des Zungengrundes, des Kehldeckels ist geröthet, geschwollen und mit einem deutlich verzweigten Gefässnetz versehen, die Ligam. ary-epiglott. sind geschwollen und wässerig durchtränkt. Der spärliche, schmutzige braune Inhalt der Speiseröhre riecht deutlich nach Chloroform, die Schleimhaut der Speiseröhre ist geschwollen, geröthet. Der Inhalt von Magen und Duodenum ist dünnflüssig, braunroth, namentlich in letzterem von unverkennbarem Chloroformgeruch. Die Magenschleimhaut ist geschwollen und stark gerunzelt;

diese Falten schwinden auch auf Zug in entgegengesetzter Richtung nicht. Die Schleimhaut zeigt eine fleckige Röthung, die aus einer Anzahl baumförmiger Gefässverästelungen besteht, an anderen Stellen aber, so am Magengrunde, gleichmässig dunkelroth ist. Die Schleimhaut des Duodenum ist geschwollen, stark geröthet und lässt die kleinsten Gefässverästelungen erkennen. Auf der Höhe der Falten sieht man eine Anzahl punktförmiger Blutaustritte. Der Dünndarm enthält weisse, schleimartige Massen; seine Schleimhaut ist geschwollen, blassroth, und die Blutadern sind gefüllt.

Die Blase enthält 100 ccm eines strohgelben, klaren Urins.

Das Herz ist starr, ohne Besonderheiten und enthält etwa einen Theelöffel eines dickflüssigen, dunkelrothen Blutes. Die Lungen sind stark ödematös.

Die Sektion des Gehirns bietet nichts Besonderes.

Die chemische Untersuchung ergab Chloroform und Antimon, letzteres nur in Spuren. In dem Gefässe, welches den Inhalt von Magen und Duodenum beherbergte, hatte sich am Boden eine schwere, ölige Flüssigkeit von 5 ccm abgeschieden, welche wesentlich aus Chloroform bestand. Weitere Organe, auch die aufbewahrten Flüssigkeiten (Blut, Urin) wurden auf Chloroform nicht untersucht.

Die Sektion ergab somit eine heftige Entzündung der Schleimhäute des Verdauungskanals; soweit das Chloroform dieselben passirt hatte, bestanden Hyperämie und Schwellung. Die Entzündung war naturgemäss im Magen am stärksten ausgesprochen, hier wie im Duodenum war es zu Blutungen in die Schleimhaut gekommen. Wenn sich auch die Menge des eingenommenen Chloroforms nicht feststellen liess, so konnte man aus der Ausbreitung dieser entzündlichen Erscheinungen den Schluss ziehen, dass die genommene Dosis eine grosse war. Auch die klinischen Erscheinungen sprachen dafür, wenngleich in Betracht kommt, dass die Resorption bei dem leeren Magen eine beschleunigte sein, also die Wirkung auch schneller eintreten musste. Ein Exzitationsstadium fehlte; die Lähmungserscheinungen traten schnell in den Vordergrund.

Eine akute Gastroenteritis war also der wesentliche Sektionsbefund und die Provenienz derselben durch den deutlichen Chloroformgeruch eine klare. Der Chloroformgeruch war allerdings nur im Magendarmkanal vorhanden; in dem Inhalt desselben wurde auch Chloroform noch vorgefunden.

Die Todtenstarre war eine ausgebreitete und auffallende; man muss jedoch Liman Recht geben, wenn er dieses Zeichen, das nach den verschiedensten Todesarten beobachtet wird und bei Chloroformvergiftungen mitunter fehlt, als pathognomisch für diese nicht gelten lässt.

In unserem Falle ist das Zeichen um so weniger zu verwerthen, als die Sektion schon 58 Stunden post mortem vorgenommen wurde.

Die Berathung des preussischen Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat vom 18. und 19. März d. J.

Vom Herausgeber.

(Schluss.)

2. Kurpfuscherei. Krankenkassenärzte. Umlagerecht der Aerzte kammern; ärztliche Ehrengerichte und praktisches Jahr für Aerzte.

Abg. Dr. Eckels (nat.-lib.): Die staunenswerthen Fortschritte auf dem Gebiete der medizinischen Wissenschaften in Verbindung mit denen der Naturwissenschaften, die sich nicht nur auf dem Gebiete der Chirurgie, sondern auf dem der inneren Krankheiten gezeigt haben, sollten dahin führen, dass die leidende Menschheit sich auch an diejenigen wendete, die sich diese Wissenschaft zu eigen gemacht haben und sie bei den Kranken zu verwerthen wissen. Aber gerade das Gegentheil ist der Fall; denn die Kurpfuscherei und das Quacksalberthum haben in neuerer Zeit in erschreckender Weise zugegenommen. Auf eine schon im Jahre 1897 dieserhalb an die Königliche Staatsregierung gerichtete Anfrage hat diese erklärt: „dass die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen sich mit grosser Majorität dahin ausgesprochen habe, dass es an der Zeit sei, den Arzt aus der Gewerbeordnung herauszulösen und das Verbot der Kurpfuscherei wieder herzustellen. Der Herr Minister habe auch das gesammte Material bereits dem Herrn Reichskanzler (Reichsamt des Innern) übergeben und ihn ersucht, mit ihm in kommissarische Berathung einzutreten, um diese wichtige Frage, welche in weite Kreise und deren Interessen eingreift, zu berathen.“ Bis jetzt ist aber noch nichts in die Oeffentlichkeit darüber gedrungen, ob bei der Reichsregierung Schritte gethan sind, um dem Uebel zu steuern; deshalb bittet Redner um Mittheilung über den Stand dieser ausserordentlich wichtigen Angelegenheit. Die Staatsanwaltschaft scheint allerdings jetzt schärfer gegen die Kurpfuscher als bisher vorzugehen aef Grund einer Entscheidung des Reichsgerichts vom 26. Mai 1900, wonach derjenige, der sich der ärztlichen Behandlung von Kranken unterzieht, ohne die dazu nöthige wissenschaftliche Ausbildung genossen zu haben, unter Hintansetzung der pflichtmässigen Aufmerksamkeit, d. h. fahrlässig handelt. An der Hand dieser Entscheidung kann man offenbar sehr viel wirksamer gegen die Kurpfuscherei vorgehen. Der Herr Kultusminister hat auch eine Enquête veranstaltet, wieviel Verurtheilungen von Kurpfuschern wegen fahrlässiger Körperverletzung und fahrlässiger Tödtung erfolgt sind, und hat das Resultat in einem Erlass vom 8. März 1899 zusammengestellt. Danach sind bei den Gerichten in Preussen in dem Zeitraum vom 1. Januar 1890 bis 31. Dezember 1897 177 Verurtheilungen von Kurpfuschern erfolgt; es ist auf eine Gesammtstrafe von 63 Jahren 3 Monaten 1 Tag Gefängniss, sowie auf zusammen 8233 M. Geldstrafe erkannt. Es handelt sich hier jedoch nicht um die vielen Fälle, wo Jemand durch einen Kurpfuscher betrogen ist, sondern nur um Körperverletzungen und Tödtungen. Bei diesen Verurtheilungen steht der Oberlandesgerichtsbezirk Posen mit 52 Verurtheilungen obenan, dann folgen Königsberg mit 39, Breslau mit 26, Köln hat nur 15, Berlin 13, Celle mit nur einer; also gerade diejenigen Provinzen, in denen sich die ärmere Bevölkerung befindet, haben am meisten durch fahrlässige Körperverletzung und fahrlässige Tödtung von Seiten der Kurpfuscher zu leiden. Wer die Schriften des Dr. Alexander in Breslau: „Wahre und falsche Heilkunde“ und des Dr. Landau in Nürnberg: „Die Kurpfuscherei im Lichte der Wahrheit“ liest, vor dessen Augen entrollt sich ein Bild des Jammers; denn durch das schamlose und gewissenlose Gebahren der Kurpfuscher werden gerade die ärmsten Volksklassen an ihrer Gesundheit und ihrem Vermögen geschädigt; sie werden geradezu ausgesogen. Als Beispiel dafür schildert Redner das Verfahren eines Kurpfuschers F. Nardenkötter in Berlin, der von notorisch Armen für die wöchentliche Behandlung zwar nur 1 Mark berechne, aber ausserdem eine Anzahlung von 5 M. 15 Pf. bei Einsendung des Fragebogens verlange. Sobald dieser Fragebogen unterzeichnet ist, sitzt der Vogel im Garn. Er wird dann zur Einsendung einer kleinen Urinprobe, bei Brustkranken auch einer Speichelprobe aufgefordert; ist dies geschehen, so erhält der Kranke ein Medikament zugesandt und hat dafür einen Betrag von etwa 25 Mark zu bezahlen. Jeder Kranke bekommt bei diesem Pfuscher, sobald er

seine Krankengeschichte einschickt, sein Konto; es wird kurz bemerkt, was für ein Leiden er hat, und welche Mittel man ihm gesandt hat. Die Briefe, die der Kranke geschickt hat, sowie die Konzepte der ihm geschriebenen Briefe wandern alle in einen grossen Kasten, in diesen Kasten wandern aber auch, und zwar uneröffnet, sämmtliche Flaschen mit Urin- und Speichelproben. Die Einnahmen dieses Geschäfts beliefen sich nach einem Auszuge aus den Büchern im Oktober 1900 auf 12033,90 M., im November 1900 auf mehr als 9500 M. Ein armer Drechsler hat z. B. das erste Mal 65 M., das zweite und dritte Mal je 52 M. bezahlt; es scheint daher nicht übertrieben zu sein, wenn das Vermögen dieses Kurpfuschers, das er auf diese Weise sich verdient hat, auf 600000 M. geschätzt wird. Die Sache befindet sich in den Händen der Staatsanwaltschaft und wird demnächst wohl die Gerichte beschäftigen.

Das Kurpfuscherthum würde nach Ansicht des Redners gar nicht in der Lage sein, derartige Resultate zu zeitigen, wenn nicht bei dem Publikum eine unrichtige Schlussfolgerung, eine Gedankenlosigkeit verbreitet wäre, die man auch in den gebildeten Ständen findet. Bei den meisten Krankheiten hilft sich die Natur von selbst, auch der Arzt will in den meisten Fällen nicht die Krankheit bekämpfen, sondern den Körper helfen, dass er die Krankheit überwindet. Darüber vergeht aber oft eine lange Zeit; es vergehen Jahre, der Kranke verliert die Geduld und wendet sich von seinem Hausarzt an einen zweiten, dritten Arzt, dann an den Spezialisten, an die erste medizinische Autorität, und wenn ihm auch diese nicht helfen kann, an den Naturheilkundigen, den Homöopathen, den Quacksalber, zur Sympathie oder zum Gesundbeten. Inzwischen hat vielleicht die Krankheit ihren Höhepunkt erreicht, der Kranke wird wieder besser; derselbe sagt dann, das Mittel habe ich angewandt und das hat mir geholfen. Die Verwechselung, des post hoc mit dem propter hoc ist der Hauptgrund, worauf die Erfolge der Kurpfuscher zurückzuführen sind. In einzelnen Fällen tragen auch die Aerzte zu den Erfolgen der Kurpfuscher bei. Es kommt häufig vor, dass die Aerzte, und namentlich erste Autoritäten, einem Kranken gegenüber eine ganz ungünstige Prognose stellen und ihn für unheilbar erklären. Natürlich giebt der Kranke sich damit nicht zufrieden, sondern er wendet sich an Kurpfuscher oder versucht sonstige Mittel. Hat nun der Arzt geirrt und es tritt trotzdem die Heilung ein, dann heisst es: die medizinische Autorität hat mir nicht helfen können, aber der Wunderdoktor hat mir geholfen; der versteht also mehr wie der Mediziner.

Die Hauptursache der ausserordentlichen Ausdehnung des Kurpfuscherthums in der letzten Zeit liegt aber in der Zeitungsreklame, wie sie heutzutage auf diesem Gebiete betrieben wird. Mit ihren Annoncen, von denen Redner einige Proben mittheilt, gehen die Kurpfuscher bis in die kleinen und kleinsten Zeitungen, somit weit in das Land hinein; daraus erklärt sich, wie ausserordentlich wirksam diese Annoncen sind, und weshalb Tausende jährlich namentlich von dem ärmeren Theile der Bevölkerung an die Kurpfuscher gezahlt werden. Die Frage, ob es möglich ist, auf dem Wege der Reichsgesetzgebung und mit einer Aenderung der Reichsgewerbeordnung diesen Krebsschaden zu beseitigen, ist ausserordentlich zweifelhaft. Wenn der Weg der Reichsgesetzgebung aber nicht gangbar ist, dann giebt es auch einen Weg der Landesgesetzgebung, um dem gröbsten Unfug zu steuern. In dieser Beziehung ist die Freie und Hansestadt Hamburg vorgegangen, indem sie durch Polizeiverordnung vom 1. Juli 1900 „alle von nicht approbirten Personen ausgehenden, mit der Ausübung der Heilkunde sich befassenden Annoncen verboten hat, insofern sie über Vorbildung, Befähigung und Erfolge der genannten Personen zu täuschen geeignet sind oder prahlerische Versprechungen enthalten.“ Ebenso ist „die öffentliche Ankündigung von Mitteln, Vorschriften und Methoden, welche zur Verhütung, Linderung oder Heilung von Menschen- oder Thierkrankheiten bestimmt sind, verboten, falls den Mitteln, Verrichtungen oder Methoden besondere, über ihren wahren Werth hinausgehende Wirkungen beigelegt werden, oder das Publikum durch die Art ihrer Anpreisung irregeführt oder belästigt wird.“ Eine derartige Verordnung ist Angesichts der Reichsgesetzgebung und namentlich des Reichspressgesetzes zulässig; denn durch Urtheil des Reichsgerichts vom 29. Dezember 1899 ist entschieden, „dass das allgemeine Verbot der Beförderung einer schädlichen und gefährlichen Quacksalberei insoweit Geltung beanspruchen könne, als der Quacksalbereibetrieb den Charakter eines

öffentlich betriebenen Unfugs annimmt." Wenn es also nicht möglich sein sollte, auf dem Wege der Reichsgesetzgebung zu helfen, so muss die Klinke der Landesgesetzgebung in die Hand genommen werden. Neuerdings ist auch mit Erfolg der Versuch gemacht, dem Uebel mit Hülfe des §. 3 über den unlauteren Wettbewerb zu steuern. Dieser Weg ist aber ein ausserordentlich schwieriger, weil hier dem Kurpfuscher nachgewiesen werden muss, dass er wissentlich unwahre oder zur Irreführung geeignete Angaben thatsächlicher Art gemacht hat. Nach Ansicht des Redners würde die beste Hülfe sein, wenn man die Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes erreichen könnte. Ist das nicht der Fall, so sollte die Reichsgesetzgebung im Sinne der Hamburger Verordnung vorgehen. Jedenfalls leidet unter diesem Krebsschaden gerade der ärmere Theil der Bevölkerung schwer, ihn zu beseitigen, ist auch eine und zwar hochwichtige Aufgabe der Sozialpolitik.

Min.-Dir. Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Förster**: Es kann nicht geleugnet werden, dass die Kurpfuscherei in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat, nicht nur im äusseren Umfang, quantitativ, sondern auch in der Form und in der Art, wie die Kurpfuscher ihr Gewerbe treiben und ihre Leistungen dem Publikum anpreisen, ist eine bedauerliche Steigerung aufdringlicher Dreistigkeit und Anmassung hervorgetreten. Unter Anwendung der bedenklichsten Mittel, namentlich mittels eines alles Mass überschreitenden Reklame- und Inseratenwesens, sind die Kurpfuscher bestrebt, dem Publikum ihre Dienste aufzudrängen und ihm das Geld abzunehmen für Versprechungen, die zu erfüllen sie gar nicht im Stande sind. Zur wirksamen Bekämpfung der Kurpfuscherei hat man, namentlich in ärztlichen Kreisen, vorgeschlagen, das preussische Kurpfuschereiverbot von 1851 wieder zur Einführung zu bringen. Dieser Vorschlag hat viele Anhänger, er hat aber auch viele Gegner gefunden, und es lässt sich nicht leugnen, dass sich zwar vieles für den Vorschlag, aber auch sehr vieles gegen denselben sagen lässt. Wie die Verhältnisse thatsächlich heute liegen, dürfte der Versuch, das Kurpfuschereiverbot wieder einzuführen, bei den gesetzgebenden Körperschaften auf Aussicht auf Erfolg kaum zu rechnen haben; die Kurpfuscherei muss daher mit anderweitigen Mitteln bekämpft werden, und zu diesen gehört die Einführung einer schärferen Kontrolle über das Treiben der Kurpfuscher in den einzelnen Bezirken. Eine solche Kontrolle ist auch jetzt den Kreisärzten durch ihre Dienstanweisung zur ganz besonderen Pflicht gemacht; sie sind angewiesen, Verzeichnisse über die Kurpfuscher ihres Bezirkes zu führen und alle Daten, die für die Persönlichkeit interessiren, in das Verzeichniss aufzunehmen, Angaben über das Vorleben, über die Gesundheitsbeschädigungen, über die Spezialität, die der betreffende Kurpfuscher betreibt, über die gerichtlichen Bestrafungen u. s. w. Ferner sind die Kreisärzte angewiesen, im Falle etwaiger Gesundheitsbeschädigungen sofort dem Gerichte Anzeige zu machen.

Weiterhin kommt die Anwendung des Reichsgesetzes über den unlauteren Wettbewerb in Betracht. Es ist dringend zu wünschen, dass dieses Gesetz, das das Reichsgericht auch auf Kurpfuscher für anwendbar erklärt hat, häufiger und energischer zur Anwendung gebracht werde, als es bisher geschehen ist. Auf Anlass des Herrn Ministers für Med.-Angelegenheiten hat auch der Herr Justizminister in dankenswerthem Entgegenkommen bereits die Staatsanwaltschaften mit entsprechenden Weisungen versehen.

Als ein drittes Mittel wäre noch zu erwägen, ob man nicht ähnlich, wie bei einer Reihe anderer Gewerbe, eine Bestimmung treffen soll, wonach den Kurpfuschern wegen festgestellter Unregelmässigkeiten der Gewerbebetrieb untersagt werden kann (Sehr richtig). Zur Zeit bietet die Gesetzgebung hierfür keine Handhabe, da der §. 35 der Reichsgewerbeordnung, welcher über die Materie handelt, sich auf Kurpfuscher nicht erstreckt. Der Herr Minister hat sich in dieser Beziehung aber bereits mit dem Herrn Reichskanzler in Verbindung gesetzt und eine Erweiterung des §. 35 der R.-G.-O. in Anregung gebracht. Alle diese Mittel sind zwar kleine Mittel und werden nicht im Stande sein, das Uebel an der Wurzel zu treffen. Um dieses Ziel zu erreichen, muss ein ganz anderes Mittel in Anwendung gebracht werden, und dieses andere Mittel besteht in einer sachgemässen, eindringlichen Belehrung und Aufklärung der Bevölkerung, dass die Versprechungen, welche die Kurpfuscher ihnen machen, unerfüllbar sind, dass

sie nichts als eitles Gerede sind, dass sie jedes inneren Gehalts entbehren und nur auf die Ausbeutung des Publikums berechnet sind. Eine solche Belehrung und Aufklärung wird am ehesten den Kurpfuschern den Boden abgraben und sich im Kampfe gegen die Kurpfuscherei als wirksamer erweisen, als alle polizeilichen und gesetzlichen Massnahmen.

Abg. v. Savigny (Centr.): Vom Abg. Dr. Eckels ist das Kurpfuscherwesen und, was damit zusammenhängt, dessen Schattenseiten und Schäden hervorgehoben worden. Auf diesem Gebiete muss allerdings mehr wie bisher geschehen. Jedenfalls ist es gerechtfertigt, dass kürzlich der Herr Eisenbahnminister den Krankenkassen, welche für die Eisenbahnbeamten und Eisenbahnangestellten eingerichtigt sind, auferlegt hat, dass sie in Zukunft von der Zulassung von Naturärzten wenigstens in offizieller Weise Abstand zu nehmen haben. Die Kassen bezahlen den Arzt bekanntlich nach der Kopfzahl ihrer Mitglieder oder in Pauschquanten, und nicht nach den einzelnen Fällen. Wenn also ein Mitglied einer Krankenkasse die Neigung hat, sich statt von dem ordentlichen Arzte von einem Naturarzt behandeln zu lassen, so wird faktisch aus den Gesammtmitteln der Kassen, die unter staatlicher Aufsicht stehen und staatlich organisirt sind, der Naturarzt bezahlt. Es erfolgt somit eine Verwendung von Mitteln, die im öffentlich-rechtlichen Wege zusammengebracht sind, in einer Weise, welche aus dem Rahmen des dem geordneten Aerztewesen zustehenden Vertrauens heraustritt. Das ist ein Punkt, der bei der bevorstehenden Reform des Krankenkassenwesens berücksichtigt werden muss. Allerdings darf hierbei nicht so weit gegangen werden, dass eine Doktrin wie die homöopathische Methode gänzlich perhorreszirt und unter den Begriff des Kurpfuscherwesens geworfen wird. Nach dieser Richtung dürfte eine vollständige Gleichberechtigung bei der Auswahl und Zuwendung des Vertrauens der Krankenkassenmitglieder gerechtfertigt sein. Der optimistischen Ansicht des Herrn Ministerialvertreters, dass das wirksamste Mittel gegen Kurpfuscher massgesetzte Belehrung der Bevölktrung sei, kann sich Redner nicht anschliessen. Es sei zwar zweckmässig, wenn die Behörden von Zeit zu Zeit Warnungen erlassen, wenn die minderwerthigen Geheimmittel als solche gekennzeichnet werden, aber durch diese Belehrung wird man die Kurpfuscherei nicht beseitigen. Auf diesem Gebiete muss vielmehr von seiten der Regierung ein Mehreres als bisher gethan werden.

Abg. Glatzel (nat.-lib.) bei Beurtheilung der Kurpfuscherei kommt nicht nur der Gesichtspunkt der Schädigung des Völkerrechtes, sondern auch die Rücksicht auf den Aerztestand in Betracht. Durch die neuen Revisionsvorschriften ist das ärztlsche Studium erheblich vertheuert. Statt einer Studienzeit von 9 Semestern wird eine solche von 10 Semestern verlangt; es ist auch das praktische Jahr hinzugekommen, also eine Verlängerung und Vertheuerung um $1^1/_2$ Jahre. Es ist mir ein unlösbarer Widerspruch, wenn auf der einen Seite das Bedürfniss betont wird, das ärztliche Studium zu vertiefen, auf der anderen Seite aber vom Ministertisch zugegeben werden muss, dass die Kurpfuscherei in immer breiteren Bahnen wandelt und natürlich geeignet ist, einen schweren Konkurrenzkampf gegen die Aerzte zu führen. Redner bespricht hierauf die Missstände, die sich in dem Verhältniss zwischen Krankenkassen und Aerzten herausgestellt haben und die einen recht bedrohlichen Charakter anzunehmen beginnen. Der Hauptschaden, der in dem Verhältniss zwischen Krankenkassen und Aerzten besteht, wird in Aerztekreisen sehr unangenehm empfunden und liegt in dem Druck, den die Krankenkassen nach der Richtung einer unzulänglichen Honorirung ausüben. In ärztlichen Fachblättern wird überzeugend ausgeführt, dass die Leistungen für ärztliche Hilfe in vielen Fällen unter dem Aufwand, den die Verwaltung erfordert, heruntergehen. Es sind Fälle nachgewiesen — in denen Aerzte sich mit einer Honorirung für Einzelleisstungen von 25 Pf. oder für den Besuch von 50 Pf. begnügen mussten. Das ist ein Entgelt, für das man einen Dienstmann nicht bekommt. Man könnte nun die Regelung dieser Frage den Aerzten unter sich überlassen, wenn nicht auch das allgemeine Wohl darunter zu leiden drohte; denn aus den Kreisen der der Krankenversicherung unterliegenden Mitglieder tritt bereits ein gewisses Misstrauen gegen diese Krankenkasssenbehandlung hervor. Wenn z. B. durch Unterbietung ein jüngerer Arzt eine Krankenkasse an sich bringt in der Hoffnung, durch die Massenbehandlung im Endergebniss ein zulängliches Honorar

zu bekommen, so drängt sich natürlich die Frage auf, ob nicht bei einer schlechten Honorirung und bei einer Massenbehandlung die Sorgfalt der Behandlung darunter leidet. Im Volke ist man vielfach der Ansicht, dass es schwer ist, bei gewissen Krankenkassenärzten eine ordentliche körperliche Untersuchung selbst bei der Vorgabe innerlicher Leiden und Schmerzen durchzusetzen. Sollte erst auf diesem Gebiet das Vertrauen schwinden, so würde es schwer zurückzugewinnen sein, und diese humanitäre Massregel dadurch schweren Schaden erleiden. Dass die Krankenkassen geneigt sind, von ihrer Macht Gebrauch zu machen, dafür bietet sich in Berlin ein eklatantes Beispiel in dem Boykott der Berliner Apotheken, und es scheint, als ob die Krankenkassen nach der Richtung noch weitere Vorstösse machen wollen. In Berlin soll eine Krankenkasse in grosser Masse Medikamente von einer auswärtigen Apotheke ankaufen und dann unter ihre Mitglieder vertheilen. Wenn dies Verfahren einen grösseren Umfang annimmt, kann es sich dazu auswachsen, dass die Krankenkassen gewissermassen selbst den Apothekenbetrieb übernehmen; das würde aber Missstände zeitigen, die aus der Unkontrollirbarkeit hervorgehen; denn die Apotheken werden in Bezug auf Beschaffenheit und Aufbewahrung der Arzneimittel u. s. w. beaufsichtigt. Die Meinung ist daher nicht unbegründet, dass die Krankenkassen ihre Machtstellung missbrauchen und in den Dienst ihrer politischen Intressen stellen, was ein schwerer Fehler wäre. Jedenfalls ist es nothwendig, auf diese Verhältnisse ein scharfes Auge zu haben und die Krankenkassen insbesondere nach der Richtung zu kontrolliren, dass nicht ein zu starker Druck und eine zu starke Erniedrignng des Aerztehonorars stattfindet. Redner ist ebenso wie der Vorredner der festen Ueberzeugung, dass die Medizinalverwaltung wenigstens einstweilen sich den Aufgaben, die an sie herangetreten sind, vollkommen und nach jeder Richtung gewachsen gezeigt hat. Er giebt sich deshalb der Hoffnung hin, dass, wenn sie bei der Berathung der Krankenkassennovelle beteiligt wird, sie auch die eben erörterten Missstände in Rücksicht ziehen und für deren Beseitigung eintreten wird.

Abg. Dr. **Friedberg** (nat.-lib.): Bei der Beitragspflicht der Aerzte zu den Kosten der Verwaltung der Aerztekammern kommen namentlich zwei Fragen in Betracht, erstens die Frage, dass alle diejenigen Medizinalpersonen, die die Approbation als Arzt erlangt haben, zu den Beiträgen herangezogen werden. Das hat die Folge, dass die Beitragspflicht auch auf solche Aerzte sich erstreckt, welche der Praxis ganz fern stehen, auf Aerzte, welche sich von ihrem bisherigen Beruf zurückgezogen haben und als Rentiers leben, auf beamtete Aerzte, die keine Praxis ausüben, auf Assistenten an wissenschaftlichen Instituten u. dergl. Nach der gesetzlichen Bestimmung allerdings ist dies zulässig, aber anderseits scheint es auch geboten, dass in dieser Beziehung für die Aerzte, die die Praxis nicht mehr ausüben, und für die Medizinalbeamten Erleichterungen geschaffen werden, wie ein an die Aerztekammer der Provinz Brandenburg gerichteter Min.-Erlass[1]) beabsichtigt, mit dem man sich nur einverstanden erklären kann. Ganz ungerechtfertigt ist es aber, wenn die Aerztekammer der Provinz Brandenburg zum Zwecke einer Wittwen- und Waisenversorgung Beiträge nach Massgabe der Einkommensteuer erhebt, also nicht nur nach Massgabe des ärztlichen Einkommens, sondern auch nach Massgabe des Einkommens, das die Aerzte aus Privatvermögen oder aus dem Vermögen ihrer Frauen und Kinder beziehen. Für ein solches Vorgehen der Aerztekammer mangelt es an jeder gesetzlichen Grundlage. Das Gesetz spricht ausdrücklich von Beiträgen, nicht von Steuern. Wenn man aber nach Massgabe der Steuern Umlagen macht, so erhebt man Steuern, nicht Beiträge. Der finanz-technische Unterschied zwischen Beiträgen und Steuern ist, dass man bei dem Beitrag eine Abgabe nach Massgabe des Sondervortheils, den der Betreffende von den Einrichtungen hat, erhebt, während eine Steuer die volle Leistungsfähigkeit erfasst. Die Kirchengemeinden z. B. haben das Recht, Steuern auszuschreiben; dass ist ihnen gesetzlich gegeben. Aber wenn das Gesetz nur von Beiträgen redet, so ist es ganz unstatthaft, „Beiträge zu erheben nach Massgabe der Einkommensteuer, ganz abgesehen von den unbilligen Konsequenzen, zu

[1]) Siehe Beilage zur heutigen Nummer, S. 91.

denen eine solche Massregel führt. Obwohl nun der Vertreter der Königlichen Staatsregierung in der Budgetkommission zugegeben hat, dass es äusserst zweifelhaft sei, ob die Aerztekammer der Provinz Brandenburg zu einer solchen Umlage berechtigt wäre, hat trotzdem der Vertreter des Oberpräsidenten in der Aerztekammer erklärt, der Herr Medizinalminister habe den Oberpräsidenten angewiesen, es vorläufig bezüglich der Steuerpflicht der Aerzte bei dem bisherigen Modus zu belassen. Hierin liegt ein gewisser Widerspruch, dessen Lösung seitens des Herrn Regierungsvertreters sehr erwünscht sein würde.

Redner kommt zum Schluss noch auf das durch die neue Prüfungsordnung für die Aerzte eingeführte praktische Jahr zu sprechen, und frägt an, ob dazu bereits die nöthigen Vorkehrungen getroffen und genügend Ausbildungsanstalten vorhanden seien. Die städtischen Verwaltungen würden es gewiss als Ehrenpflicht betrachten, ihre Krankenhäuser zur Ausbildung der ärztlichen Praktikanten zur Verfügung zu stellen; aber gewisse Vorbereitungen werden doch auch für die Staatsregierung sich als nothwendig ergeben. Er bittet deshalb um Aufklärung, wie sich diese die Ausführung dieser Massregel denkt, einer Massregel, deren praktischer Durchführung in ärztlichen Kreisen mit Spannung entgegengesehen wird.

Min.-Dir. Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. Förster: Das Umlageverfahren bei den Aerztekammern vollzieht sich im Allgemeinen in sehr einfachen Formen. Es werden bestimmte Jahresbeiträge festgesetzt, die in gleicher Höhe von den Mitgliedern des Kammerbezirks erhoben werden, ihre Höhe variirt zwischen 5 und 10 M.; die Aerztekammer für die Rheinprovinz und die Hohenzollern'schen Lande erhebt 20 M. Eine Ausnahme macht nur die Aerztekammer der Provinz Brandenburg und des Stadkreises Berlin, die von jedem Arzte des Bezirks einen Grundbeitrag von 10 M. und ausserdem von allen Aerzten, welche ein Jahreseinkommen von über 5000 M. haben, noch Zuschläge in Höhe von 5 % der Einkommensteuer erhebt. Dass die Aerztekammer berechtigt ist, nach Massgabe der Einkommensteuer umzulegen, kann mit Grund nicht bestritten werden; den gegentheiligen Ausführungen des Vorredners wird man nicht beipflichten können, sie haben die allgemeine Auffassung, den Wortlaut des Gesetzes („Beitragsfuss", seine Ueberschrift („Umlagerecht"), seine Entstehungsgeschichtd und die Analogie der Handels- und Landwirthschaftskammern gegen sich. Soweit aber die Einkommensteuer als Grundlage dient, geschieht die Festsetzung der ärztlichen Umlagen auf Grund der Mittheilungen, welche die Veranlagungs- bezw. Gemeindebehörden über die Veranlagungen der Aerzte an die Aerztekammern gelangen lassen. Diese Mittheilungen beschränken sich aber auf die Angabe des Ergebnisses der Veranlagung, d. h. auf die Höhe des Steuersatzes; die einzelnen Einnahmequellen, aus denen das Einkommen fliesst, werden nicht mitgetheilt und dürfen nach dem Einkommensteuergesetz nicht mitgetheilt werden. Die Aerztekammer ist hiernach nicht in der Lage, zu erfahren, welcher Theilbetrag von dem Steuersatze auf die Einnahmen aus der ärztlichen Praxis, welcher Betrag auf das Vermögen der Frau entfällt, und hat daher auch gar nicht die Möglichkeit, diese Verhältnisse bei der Festsetzung der Umlagen zu berücksichtigen. Aehnlich wie bei den Aerztekammern liegen die Verhältnisse bei den Handelskammern, die ebenfalls berechtigt sind, von ihren Mitgliedern Umlagen zu erheben. Hier werden allerdings die Beiträge nach Massgabe der staatlich veranlagten Gewerbesteuer erhoben, ein Verfahren, dass auch für die Aerzte vielleicht wünschenswerth wäre, aber hier nicht anwendbar ist, weil die Aerzte gesetzlich von der Gewerbesteuer befreit sind.

Was die Verwendung der von der Aerztekammer in Berlin erhobenen Umlagen betrifft, so ist es richtig, dass ein Theil derselben zur Unterstützung dürftiger Standesgenossen verwendet wird. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die Aerztekammer bei dieser Verwendung sich auf dem Boden des Gesetzes befindet; es kann sich nur fragen, ob die Aerztekammer das richtige Mass innegehalten und nicht vielleicht einen verhältnissmässig zu hohen Betrag für Unterstützungszwecke verausgabt hat. Bei den besonderen Verkältnissen und dem erhöhten Unterstützungsbedürfniss, welches unter den Mitgliedern des ärztlichen Standes in Berlin unleugbar besteht, muss auch diese Frage verneint werden.

Betreffs der Frage, ob es zulässig ist auch die nicht praktizirenden Aerzte zu den Umlagen heranzuziehen, bestimmt das Ehrengerichtsgesetz, dass die Aerztekammer berechtigt ist, von den wahlberechtigten Aerzten des Kammerbezirks einen jährlichen Beitrag zur Deckung des Kassenbedarfs zu erheben, sowie die Höhe des Beitragsfusses festzusetzen; dieser Beschluss unterliegt der Genehmigung des Oberpräsidenten. Wer wahlberechtigter Arzt ist, ist nicht in dem Ehrengerichtsgesetz, sondern durch die Königliche Verordnung vom 25. Mai 1887, durch welche die ärztliche Standesvertretung für den ärztlichen Stand eingeführt und die Aerztekammern ins Leben gerufen sind. Nach dieser Verordnung ist wahlberechtigt jeder approbirte Arzt, welcher innerhalb des Kammerbezirks seinen Wohnsitz hat. Da nun das Ehrengerichtsgesetz bestimmt, dass die wahlberechtigten Aerzte umlagepflichtig sind, so folgt, dass auch alle approbirten Aerzte der Umlagepflicht unterliegen. Es bedarf weiter keiner Ausführung, dass ein approbirter Arzt, welcher zeitweilig seine Praxis nicht ausübt, der Eigenschaft eines approbirten Arztes hierdurch nicht verlustig geht; denn die ärztliche Approbation kann man nicht wie ein Kleidungsstück an- und nach Gutbefinden wieder ablegen. Es kommt hinzu, dass der Arzt in jedem Augenblick berechtigt ist, die Praxis wieder aufzunehmen, und dass weiterhin, wenn die nicht praktizirenden Aerzte von der Umlagepflicht ausgenommen würden, den Aerztekammern damit eine praktisch gar nicht durchführbare Kontrole über die nicht praktizirenden Aerzte auferlegt werden würde. Anderseits lässt sich aber nicht leugnen, dass die Verhältnisse bei den nicht praktizirenden Aerzten doch insoweit etwas anders liegen, als bei ihnen das Interesse an der ärztlichen Standesvertretung nicht mehr in demselben Masse vorhanden ist, als bei den ärztlichen Standesgenossen, die noch mitten in der Praxis stehen; diesem verminderten Masse des Interesses entspricht es, dass sie auch im vermindertem Masse als die übrigen Aerzte zu den Beiträgen herangezogen werden. Deshalb ist auch der Herr Minister bereit, eine entsprechende Direktive zu erlassen; an die Aerztekammer Berlin ist sie bereits erlassen.

Gegenüber der gestrigen Behauptung des Abg. Müller, dass ein ärztliches Ehrengericht bezw. der ärztliche Ehrengerichtshof in einer Entscheidung dem Ehrengerichtsgesetz vom 25. November 1899 rückwirkende Kraft beigelegt habe, kann Redner nur erklären, dass es höchst bedenklich erscheint, an dieser Stelle die Urtheile unserer Gerichtshöfe, insbesondere auch die Urtheile des ärztlichen Ehrengerichtshofes einer Kritik zu unterziehen. Der Ehrengerichtshof und die ärztlichen Ehrengerichte tragen für die Entscheidungen, die sie treffen, die ausschliessliche Verantwortung; die Staatsregierung muss es deshalb ablehnen für Entscheidungen in Anspruch genommen zu werden, auf deren Zustandekommen sie keinen Einfluss hat und haben kann. In dem betreffenden Falle dürfte ausserdem insoweit vielleicht ein Missverständniss vorliegen, als es sich voraussichtlich nicht um die Frage der Rückwirkung, sondern um einen Fall aus der Uebergangszeit gehandelt hat, bei welchem es zweifelhaft gewesen sein mag, ob darauf die Strafvorschrift des §. 5 der Verordnung vom 25. Mai 1887 oder das Ehrengerichtsgesetz von 1890 Anwendung zu finden habe.

Geh. Ob.-Med.-Rath Dr. Kirchner: Ueber die Frage betreffs Durchführung des durch die neue ärztliche Prüfungsordnung vom 28. Mai 1901 eingeführten praktischen Jahres schweben schon seit längerer Zeit Erwägungen. Es ist seitens des Herrn Ministers schon am 26. Juli v. J. ein Erlass an die Herren Regierungspräsidenten gerichtet worden, durch den sie aufgefordert werden, zu berichten, welche Krankenanstalten und medizinisch-wissenschaftlichen Institute wohl ihrer Ansicht nach geeignet wären, Praktikanten auszubilden. Bei dieser Umfrage hat sich herausgestellt, dass die Befürchtung, man könne vielleicht bei der Durchführung des praktischen Jahres auf Schwierigkeiten stossen, und die Menge der Krankenhäuser, die geneigt wären, Praktikanten aufzunehmen, würde eine zu geringe sein, sich als unberechtigt erwiesen hat. Es sind, nach den vorliegenden Berichten zu urtheilen, über 380 Krankenanstalten, auf die man wird rechnen können, und in denen über 1000 Praktikanten gleichzeitig thätig sein können. Es ist dann mit einer Anzahl von Magistraten grösserer Stadte vertraulich in Verhandlungen getreten worden, bei denen ein ganz besonderes Entgegenkommen bewiesen wurde, weil die Städte sich von der Anstellung der Praktikanten in ihren Krankenhäusern viel versprechen. Allerdings sind die jungen Mediziner, wenn

die die ärztliche Prüfung beendet haben und das praktische Jahr antreten sollen, noch nicht als Arzt approbirt und also noch nicht berechtigt, die ärztliche Praxis auszuüben. Sie können aber trotzdem den Krankenhäusern schon werthvolle Dienste leisten, insofern als sie den Aerzten bei der Krankenbehandlung wesentliche Unterstützung zu Theil werden lassen können dadurch, dass sie die Krankenjournale führen, die Sektionsberichte bei Obduktionen anfertigen, bei Operationen Assistenz leisten, als rathgebender Arzt thätig sind u. s. w. Es steht zu erwarten, dass durch die Praktikanten ein neuer wissenschaftlicher Geist in die Krankenhäuser einziehen wird, welcher dazu beiträgt, nicht nur die jungen Aerzte selbst zu fördern, sondern auch den Kranken eine bessere Behandlung zu gewährleisten, als sie jetzt möglich ist. Die Krankenhäuser werden voraussichtlich selbst den grössten Werth darauf legen werden, dass ihnen die Ermächtigung, Praktikanten anzunehmen, ertheilt wird. Bei der grossen Anzahl von Praktikanten, die nach der vorläufigen Berechnung untergebracht werden können, und die das wirkliche Bedürfniss erheblich überschreitet, hat der Herr Minister die Absicht, abzuwarten, dass die grossen Krankenhäuser selbst mit Anträgen an ihn herantreten, weil er der Ansicht ist, dass er nachher eine Auswahl wird treffen und nur die besten Krankenhäuser zur Annahme von Praktikanten wird ermächtigen können. Es kommt in der That darauf an, dass nur solche Krankenhäuser Praktikanten annehmen dürfen, welche hygienisch einwandsfrei eingerichtet sind und womöglich nach jeder Richtung hin auf dem Niveau eines modernen Krankenhauses stehen, damit die jungen Aerzte dort nur Gutes sehen und einen Schatz von Erfahrung in die Praxis mit hinein nehmen. Es kommt ferner in Betracht, dass nur solche Krankenhäuser zur Annahme von Praktikanten ermächtigt werden, an deren Spitze Aerzte stehen, die ihrem wissenschaftlichen Geiste, ihrer ganzen Persönlichkeit und ihrem Pflichtgefühl nach eine Gewähr dafür bieten, dass sie einen wirklich segensreichen Einfluss auf die jungen Aerzte ausüben. Wenn die Auswahl in dieser Weise getroffen wird, dann wird die Einführung des praktischen Jahres den Erwartungen entsprechen und sich als eine überaus segensreiche Massregel erweisen nicht für die Aerzte allein, sondern auch für die Krankenhausverwaltungen und die leidende Menscheit überhaupt.

Die Befürchtung des Abg. Glatzel gegenüber, dass durch die Einführung des praktischen Jahres und durch die Verlängerung des Studiums von 9 auf 10 Halbjahre der Kampf der Aerzte gegen die Kurpfuscher erschwert werde, hält Redner für unbegründet; im Gegentheil, gerade dadurch, dass es auf den Universitäten bisher nicht möglich war, die Aerzte mit all den kleinen Aufgaben, Thätigkeiten und Nöthen des ärztlichen Lebens bekannt zu machen, waren sie gegenüber den Kurpfuschern widerstandsunfähig. Während des praktischen Jahres werden sie nicht nur mit dem Kleinleben des praktischen Arztes bekannt, sondern auch ihr Wissen und Können vertieft und erweitert, und dadurch ihre Kraft und Widerstandsfähigkeit gegenüber den Kurpfuschern gesteigert. Dass die Aerzte vielfach mit Krankenkassen einen ausserordentlich schwierigen Stand haben und genöthigt sind, ihre Dienste für zum Theil unwürdige Bezahlung den Kranken zu widmen, kann nicht geleugnet werden. Der Herr Minister hat auch diese Dinge schon seit längerer Zeit aufmerksam verfolgt und Material gesammelt hat, das gelegentlich der Berathung der Krankenkassennovelle verwerthet werden wird, um mit neuen Anträgen an den Herrn Reichskanzler heranzutreten und dadurch eine Berücksichtigung der Wünsche der Aerzte, soweit dieselben durchführbar sind, zu erreichen.

8. Staatliche Versuchs- und Prüfungsanstalt für die Zwecke der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung. Hygienisches Institut in Posen.

Abg. Dr. **Winckler** (kons.), Berichterstatter: Die neu gegründete staatliche Versuchs- und Prüfungsanstalt für die Zwecke der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung ist zunächst nur in verhältnissmässig bescheidenem Umfange errichtet. Die kurze Zeit der Existenz dieser Anstalt hat aber bewiesen, dass sie einem sehr dringenden Bedürfniss entspricht und deshalb kann der Absicht, den Rahmen dieser Anstalt jetzt etwas zu erweitern, insbesondere durch Vermehrung der etatsmässigen Stellen, nur zugestimmt werden. Vor Kurzem haben ver-

schiedene Abgeordnete, hauptsächlich Mitglieder der Budgetkommission, auf Einladung eine Besichtigung dieser Anstalt vorgenommen und sich davon überzeugt, wie dort im Laufe der Zeit Ausserordentliches geleistet worden und wie vorzüglich diese Anstalt eingerichtet ist. Ein Beweis dafür, wie nothwendig diese Anstalt gewesen ist, dürfte in der Thatsache zu erblicken sein, dass sich kürzlich ein Verein für Wasserversorgung gebildet hat, der hauptsächlich den Zweck verfolgt, die Arbeiten dieses staatlichen Instituts zu unterstützen.

Abg. v. Savigny (Centr.) kann sich dem hier ausgesprochenen Lobe nur vollständig auf Grund eigener Besichtigung anschliessen und möchte dringend bitten, dass die Herren Vertreter des Herrn Finanzministers auch einmal die Gelegenheit nehmen möchten, die Räume der Anstalt zu besichtigen. Sie werden sich dann überzeugen, dass mit ausserordentlicher Umsicht und Geschicklichkeit die sehr beschränkten Räume ausgenutzt werden, um der enormen, vielseitigen Thätigkeit, welche diese Anstalt zu vollziehen hat, zu genügen, und dass diese Räume schon jetzt als unzureichende im eigentlichen praktischen Sinne des Wortes bezeichnet und deshalb ausgiebigere und ihren Zwecken noch mehr entsprechende Räume zur Verfügung gestellt werden müssen. Nach den dort getroffenen Einrichtungen wird vornehmlich das Gebiet der unschädlichen Abwässerbeseitigung gepflegt. Dabei handelt es sich hauptsächlich um die Interessen grosser Städte und Gemeinwesen; deshalb tritt das in diese Beziehung bestehende Bedürfniss mehr in die äussere Erscheinung und erweckt das allgemeine Interesse. Aber auch die andere Aufgabe des Instituts, die Wasserversorgung, ist von grosser Bedeutung, nicht blos nach der Richtung hin, dass vor der Inangriffnahme von Wasserversorgungen die Qualität des Wassers geprüft und auf seine gesundheitliche Zulässigkeit untersucht wird, sondern auch dass Vorkehrungen getroffen werden, um die Vorbereitung zum Gebrauche durch entsprechende Filtrirungen u. dgl. auf die wissenschaftlich korrekteste und billigste Weise zu vollziehen. Nach dieser Richtung ist in der Anstalt schon eine sehr interessante Versuchsvorkehrung getroffen, deren Prüfung aber noch nicht zum Abschluss gelangt ist, das ist die Befreiung des Wassers von schädlichen Bestandtheilen und Bakterien auf dem Wege des Ozonisirungsverfahrens mit elektrischen Hülfsmitteln. Ueber diese interessanten, imponirenden Versuche möge man aber nicht vergessen, dass die Landgemeinden in unserem Staate vielfach das gleiche Bedürfniss haben, wenn es bei ihnen auch naturgemäss durch ihre bescheidenere Existenz weniger in die Erscheinung tritt und die Aufmerksamkeit auf sich lenkt. Dort besteht das Missverhältniss, dass die Vorbereitungen bereits mit grossen Kosten verknüpft sind, dass diese von vielen Gemeinden nicht getragen werden können und dass sie schon aus Scheu vor diesen Vorbereitungskosten davor zurückschrecken, rechtzeitig an eine geeignete und gesunde Wasserversorgung heranzugehen. Redner bittet daher, dass nach Möglichkeit diesen Gemeinden unentgeltlicher Rath ertheilt, unentgeltliche Untersuchungen gemacht und keine Gebühren von ihnen erhoben werden, oder wenn das formell geschehen müsste, diese Gebühren nachher dann wieder auf anderem Wege, aus anderen Fonds, zurückerstattet werden.

Noch wichtiger erscheint es ihm, dass der Staat mit seinen Mitteln eingreift, wenn das Wasser zur Wasserversorgung von weither beschafft werden muss. In Bayern besteht z. B. eine ähnliche Wasserversorgungs-Anstalt, wie die hier errichtete; aber hinter dieser Anstalt steht ein sehr reich dotirter staatlicher Fonds, aus welchem, nachdem die Anstalt die technischen Fragen geprüft und mit ihrem Gutachten das Unternehmen sanktionirt hat, den Gemeinden durch Beihülfen die Möglichkeit gegeben wird, sich in umfassender Weise mit dem nöthigen Wasser zu versorgen. Dabei stellt sich vielfach heraus, dass zweckmässig für mehrere Gemeinden nach der örtlichen Lage und den übrigen Verhältnissen eine Wasserleitung geschaffen wird. Dazu ist es aber stets nothwendig, dass mit öffentlichen Mitteln eingegriffen wird, weil fast nie eine solche Gruppe von Gemeinden im Stande ist, dies aus eigenen Mitteln zu bestreiten; deshalb sollte man in ähnlicher Weise wie in Bayern für diese wissenschaftliche Anstalt einen Fonds schaffen, aus dem die Gemeinden, bei der Ausführung der Projekte, welche sie der Begutachtung der Anstalt unterbreitet haben, Unterstützungen erhalten. Redner bittet die Königliche Staatsregierung dringend, wenn möglich, im nächsten Jahr eine diesbezügliche Vorlage zu machen. Aus den Mitteln des Westfonds, der bei dem landwirth-

schaftlichen Ministerium verhandelt worden ist, werden zwar hier und da Beihülfen an ärmere Gemeinden für diesen Zweck gegeben; der Westfonds sei aber nicht mit ausreichenden Mitteln ausgestattet, um neben den übrigen ihm angewiesenen Zwecken auch noch solchen grossen Aufgaben dienen zu können. Dazu bedarf es der Bereitstellung weiterer Mittel.

Abg. **Kindler** (freis. Volksp.) weist darauf hin, dass für das hygienische Institut in Posen ein Neubau nöthig sei. Der Geschäftsumfang des Instituts, das sich in der kurzen Zeit seines Bestehens einen Ruf weit über die Provinz hinaus erworben habe, sei von Jahr zu Jahr gewachsen. Deswegen genügen die Baulichkeiten, die auch sonst nicht in besonderem Zustande sind, nicht mehr. Nicht nur Krankenhäuser und Aerzte lassen bakteriologische und andere Untersuchungen in dem Institut fertigen, sondern auch viele Städte und Private beschäftigen dasselbe mit Wasseruntersuchungen und vielen anderen Arbeiten im Interesse der Hygiene. Es werden an dem Institut auch Lehrkurse abgehalten, z. B. Fortbildungskurse für Aerzte, Kurse für Lehrer und Laien über Schulhygiene, Wohnungshygiene und andere hygienische Fragen. Dazu kann aber immer nur eine kleine Zahl von Hörern zugelassen werden, weil die Räume nicht ausreichen, weil keine Hörsäle vorhanden sind. Somit erfüllen die Kurse, da sie nur vor einem kleinen Auditorium gehalten werden können, nicht voll ihren Zweck. Die Laboratorien sind eng zusammengedrängt; manche Räume sind im Winter nicht zu benutzen, weil sie nicht heizbar sind. Aus allen diesen Gründen sei ein Neubau dringend geboten, bei dessen Ausführung aber von der Stadt keine weitere Opfer verlangt werden dürften. Redner bittet um Auskunft über den Stand der Angelegenheit.

Geh. Ob.-Med.-Rath Dr. **Kirchner**: Das hygienische Institut in Posen verdient die ihm ausgesprochene Anerkennung in hohem Grade; denn es hat sich in den wenigen Jahren seines Bestehens in den engen Verhältnissen der Stadt Posen in erfreulicher Weise entwickelt und der Medizinalverwaltung nach verschiedenen Richtungen die werthvollsten Dienste geleistet nicht allein durch Untersuchungen mancher Art, sondern auch als Sammelpunkt der Aerzte. Der sehr rührige Direktor ist eifrig bemüht, das Institut nach allen Richtungen hin nutzbar zu machen. So schweben jetzt z. B. Verhandlungen, dass das Institut für die Landwirthschaft wichtige Untersuchungen übernehmen soll, die sich auf die Feststellung und die Bekämpfung des Milzbrandes beziehen. Auch ist geplant, das Institut in stärkerem Grade als bisher in den Dienst der Nahrungsmittelkontrole zu stellen. Die Stadt Posen hat in dankenswerther Weise den Gebäudekomplex einer ehemaligen Gewerbeschule ohne Entgelt dem Staat für die Zwecke des Instituts zur Verfügung gestellt. Dieses Gebäude ist für dasselbe zwar geeignet, aber es beginnt zu eng und vor allen Dingen baufällig zu werden. Es wird zu hoffen sein, dass ein weiteres gemeinsames Vorgehen der Stadt und der Regierung künftig, auch bei der Frage des eventuellen Neubaus, stattfinden wird, um dann etwas wirklich Gutes schaffen zu können. Für den Augenblick ist allerdings die Frage des Neubaus noch nicht in Angriff genommen.

4. Fortbildungskurse der Aerzte und Medizinalbeamten.

Abg. Dr. **Martens**: Die medizinische Wissenschaft hat in den letzten Jahren ausserordentlich grosse Fortschritte gemacht, und es ist nur zu wünschen, dass sämmtliche praktischen Aerzte, so viel es möglich ist, gleichen Schritt mit diesen Fortschritten halten. In grossen Städten, besonders in Universitätsstädten wohnenden Aerzten wird dies nicht schwer sein; sie können durch Besuch von Krankenhäusern, durch Theilnahme an Kursen, durch Betheiligung an Vereinen ihre Kenntnisse bereichern. Anders ist es aber mit den praktischen Aerzten auf dem Lande. Für sie ist das Bedürfniss schliesslich ebenso gross, ja noch grösser, wie für den Arzt in der Stadt. Wenn ein Stadtarzt bei irgend einem Falle sich in einer schwierigen Lage befindet, so kann er sich einen Spezialisten heranziehen, oder er kann einen Kranken, dessen Behandlung ihm sehr bedenklich erscheint, dem Krankenhause überweisen. Der Arzt auf dem Lande ist in der Beziehung aber viel ungünstiger gestellt; er muss häufig ohne Assistenz einen sehr raschen Entschluss fassen; denn von einem raschen, richtigen Eingriff hängt oft das Leben und die Gesundheit eines Menschen ab. Um so nothwendiger erscheint die Fürsorge für die Weiterbildung der Aerzte auf

dem Lande. Die Theilnahme an sogenannten Ferienkursen, die seit einer Reihe von Jahren in verschiedenen Universitätsstädten stattfinden, erfordern aber ganz erhebliche Kosten, welche bei der jetzigen Nothlage des ärztlichen Standes die meisten praktischen Aerzte nicht bringen können. Deshalb ist es mit Freuden zu begrüssen, dass sich auf Anregung der Medizinalverwaltung ein Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen gebildet hat, das beabsichtigt, auch in den grösseren Provinzialstädten, wo grössere Krankenhäuser und wissenschaftlich befähigte Aerzte zur Verfügung stehen, derartige Fortbildungskurse abhalten zu lassen und so das Fortbildungswesen immer mehr über das Land hin zu zerstreuen. In dankenswerther Weise haben sowohl die an den betreffenden Orten vorhandenen Lehrkräfte, wie auch diejenigen, welche von den Universitäten aus sich zur Verfügung gestellt haben, auf ein Honorar verzichtet; der Unterricht ist unentgeltlich. Die praktischen Aerzte haben in Folge dessen weiter keine Kosten, als die Reisekosten nach den betreffenden Orten; die Kurse werden ausserdem so eingerichtet, dass für die Theilnehmer womöglich eine Versäumniss in der ärztlichen Praxis nicht eintritt. Aber gewisse Kosten entstehen doch dabei. Wenn auch die von auswärts hinzukommenden Aerzte ein Honorar nicht beanspruchen, so müssen ihnen doch billigerweise die Reisekosten ersetzt werden. Ausserdem sind Mittel erforderlich zur Beschaffung der Demonstrationsobjekte, für Beleuchtung, Apparate, Phantome, Skelette u. s. w. Für diese Zwecke sind zunächst 6000 Mark eingestellt; soll aber diese Art des Fortbildungswesens die wünschenswerthe grössere Ausdehnung erlangen, so werden erhöhte Mittel in den Etat einzustellen sein, die aber das Haus sicherlich gern bewilligen wird. Redner spricht schliesslich der Medizinalverwaltung, sowie allen, die ihre Zeit und Kräfte in den Dienst einer das Volkswohl so eminent fördernden Sache gestellt haben, seinen besonderen Dank aus.

Geh. Ob.-Med.-Rath Dr. **Kirchner**: Der Herr Minister ist für die Anerkennung dankbar, welche die von ihm lebhaft geförderten Bestrebungen des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen gefunden haben. Dieselben sind bei den Aerzten auf einen ausserordentlichen fruchtbaren Boden gefallen. Denn es ist sehr bald möglich gewesen, in 21 grösseren Städten derartige Kurse zu veranstalten. Wenn erst das praktische Jahr durchgeführt sein wird, werden voraussichtlich alle diejenigen Städte, in denen grössere Krankenhäuser bestehen, es als ihre Ehrenpflicht ansehen, das ärztliche Fortbildungswesen noch mehr zu fördern, als es schon jetzt der Fall ist. Eine Erhöhung des Fonds von 6000 Mark ist vorläufig nicht in Aussicht genommen worden; denn die Fortbildung eines frei erwerbenden Standes wie des ärztlichen, ist im Wesentlichen dessen eigene Aufgabe und nicht diejenige des Staates, so sehr auch anzuerkennen ist, dass die Aerzte dem Staate werthvolle Dienste leisten. Der in den Etat eingestellte Betrag ist auch nicht als ein Bedürfnisszuschuss, sondern gewissermassen als Anerkennung der Bestrebungen der Aerzte gewährt worden. Es hat sich aber auch schon die Möglichkeit ergeben, weitere Mittel für diese Zwecke flüssig zu machen einmal dadurch, dass jeder Arzt, der an einem Fortbildungskursus theilnimmt, eine kleine Einschreibegebühr zu entrichten hat, und zweitens dadurch, dass — ein Vorgang, der entschieden Nachahmung verdient — die Aerztekammer Berlin-Brandenburg dem Zentralkomitee einen namhaften Beitrag für seine Bestrebungen gezahlt hat. Es steht zu hoffen, dass die anderen Aerztekammern diesem Beispiele folgen und es sich als Ehrenpflicht angelegen sein lassen werden, hier mit zu helfen; denn die Förderung der Fortbildung der Aerzte gehört sicherlich zu den vielseitigen Aufgaben der ärztlichen Standesvertretung. Auch sind diese Fortbildungskurse nicht nur ein Mittel zur Hebung des Wissens und Könnens der Aerzte, sondern auch eine treffliche Gelegenheit zu engerem Zusammenschluss auf dem idealen Boden wissenschaftlicher Arbeit.

Abg. Dr. **Ruegenberg** (Centrum) bedauert zunächst, dass man nicht dazu übergegangen ist, eine ständige sanitäre Hafenüberwachung nach dem Muster von Hamburg und die Anstellung von Hafenärzten einzuführen. Sodann begrüsst er die Einstellung der Summe von 26000 Mark für Fortbildungskurse der Medizinalbeamten und hofft, dass eine solche Position im nächsten Jahze wieder erscheint und zwar in reicherer Dotirung. Die jetzt beabsichtigten Kurse bedeuten insofern einen Fortschritt, als die bis-

herigen immer nur aus Anlass eines besonderen Falles und in einem Fache stattfinden, während sie sich diesmal auf alle die Disziplinen erstrecken, die für den Medizinalbeamten von Wichtigkeit sind, das sind die Psychiatrie, die gerichtliche Medizin, die Hygiene und Bakteriologie, und als etwas ganz neues die Medizinalverwaltung und die medizinische Gesetzeskunde.

Die Freude des Redners werde aber etwas getrübt durch die seitens der Vertreter der Staatsregierung abgegebene Erklärung, dass die Kurse zunächst nicht als eine dauernde Einrichtung in Aussicht genommen seien, obwohl in dieser Erklärung die Nothwendigkeit einer regelmässigen Fortbildung der Medizinalbeamten anerkannt wird und ihr Erfolg notorisch ist. Ist dies der Fall, dann müssen sie aber auch dauernd in nicht zu grossen Zwischenräumen abgehalten werden, weil sonst vielleicht der grösste Theil der gehabten Vortheile wieder verloren gehen würde. Mit den im diesjährigen Etat bewilligten 26000 Mark sind aber nur die Kosten für 50 Aerzte zu bestreiten. Das würde bei einem Bestand von 500 Medizinalbeamten zur Folge haben, dass der einzelne alle 10—11 Jahre herankäme. Dies ist aber im Interesse der Sache zu wenig; alle 5 Jahre ist das Aeusserste. Im Grossherzogthum Hessen werden die Medizinalbeamten alle 3 Jahre zu einem Kursus herangezogen. Die Entsendung von Medizinalbeamten zu internationalen Kongressen ist zwar sehr schön; nach Ansicht des Redners sind jedoch derartige Kongresse eigentlich nicht der geeignete Boden, den Betreffenden eine gründliche Bereicherung ihrer Kenntnisse zu verschaffen. Man sieht dort viel Neues; aber die Herren ersticken an einem embarras de richesse und sind nicht in der Lage, in einzelne Materien sich mit der nöthigen Ruhe zu vertiefen. Weit richtiger erscheint es, alljährlich einige wenige, besonders befähigte Medizinalbeamte auf längere Zeit — mindestens 1/2 Jahr — in's Ausland zu schicken, um an Ort und Stelle die dortigen Verhältnisse zu studiren, z. B. die Einrichtung der Krankenhäuser, die Regelung des Prostitutionswesens, Bekämpfung der Syphilis, die Medizinalverwaltung und Medizinalgesetzgebung. Ebenso sollten jedes Jahr einige Medizinalbeamte auf ein halbes Jahr oder noch länger an das Institut für Infektionskrankheiten nach Berlin geschickt werden. Auf diese Weise wird sich die Staatsregierung am besten einen Stamm von Beamten heranbilden, der ihr, sei es bei gesetzgeberischen Massnahmen, sei es bei Verwaltungsmassregeln und im Falle, dass Seuchen unser Vaterland heimsuchen, wesentlich Dienste leisten würde. Redner bittet deshalb, in den nächsten Etat und, wenn möglich, im Ordinarium eine Summe von 50000 Mark für den in Rede stehenden Zweck einzustellen.

5. Praktische Versuche für Bekämpfung des Typhus; Erforschung des Krebses, der Ruhr und der Maul- und Klauenseuche.

Abg. Dr. **Ruegenberg** (Centrum) bittet um Auskunft über die Art der praktischen Versuche für die Bekämpfung des Typhus, zu deren Ausführung eine Summe von 20000 Mark in den Etat eingestellt sei, sowie über den gegenwärtigen Stand der Krebsforschung. Gleichzeitig wünscht er, dass auch für die Erforschung der Ruhr in den nächstjährigen Etat ein Betrag eingestellt werden möge. Seit der letzten grossen Epidemie im Jahre 1871/72 schien diese Krankheit wie verschwunden, bis sie in den letzten zehn Jahren in immer steigender Häufigkeit wieder epidemisch auftritt. Professor Dr. Kruse in Bonn, der sich seit einer Reihe von Jahren dem Studium der Ruhr gewidmet hat, glaubt den Erreger der Ruhr entdeckt zu haben und der Gewinnung eines Heilserums nahe zu sein. Solche Versuche kosten aber Geld, da sie nur an grösseren Thieren, Pferden und dergl., vorgenommen werden können; deshalb sollen auch hierfür Mittel eingestellt werden, damit der Forscher nicht wie bisher auf finanzielle Beihülfe von Privaten angewiesen ist. Redner schliesst mit dem Ausdrucke der Befriedigung, dass ein frischer Zug bei der Medizinalverwaltung in den Bestrebungen zur Verhütung und Bekämpfung der ansteckenden und gemeingefährlichen Krankheiten vorhanden zu sein scheint. Möge dieser Zug von Dauer sein und sich auch weiter bei der Finanzverwaltung geltend machen, damit diese wie bisher die nöthigen Mittel zur Verfügung stellt, wenn es sich darum handelt, das beste irdische Gut, die Volksgesundheit, zu schützen!

Geh. Ob.-Med.-Rath Dr. Kirchner: Bisher war man leider nicht in der Lage, den Typhus frühzeitig mit Sicherheit erkennen zu können; es dauerte in der Regel 14 Tage bis 3 Wochen von Beginn der Krankheit, ehe ein gewissenhafter Arzt sich traute, die Diagnose auf Typhus zu stellen. In Folge dessen unterblieben auch vielfach die erforderlichen Vorsichtsmassregeln zur Verhütung der Ansteckung. Vor mehr als 20 Jahren ist zwar der Erreger des Typhus entdeckt worden; sein Nachweis war aber bisher ein sehr schwieriger. Jetzt ist es Herrn Geh. Rath Koch und seinen Schülern jedoch gelungen, das Kulturverfahren erheblich zu vereinfachen, namentlich mit Hülfe von gefärbten Nährböden. Man ist daher in der Lage, die Typhusbazillen in den Entleerungen der Kranken, im Wasser u. s. w. mit Hülfe der bakteriologischen Untersuchungsmethode schon innerhalb 18 Stunden nachzuweisen und auf Grund dieser Untersuchung die Diagnose auf Typhus zu stellen. Dadurch wird die Schnelligkeit und Sicherheit der Typhusdiagnose gesteigert und die sanitätspolizeiliche Bekämpfung des Typhus wesentlich erleichtert. Die zur Verfügung gestellten Mittel sollen nun in der Weise verwendet werden, dass in einigen Gegenden, wo der Typhus sehr verbreitet ist, namentlich im Reg.-Bezirk Trier, eine Kommission von bakteriologisch geschulten Aerzten unter Leitung des Herrn Geh. Raths Koch thätig ist, um jeden einzelnen typhusverdächtigen Krankheitsfall an Ort und Stelle genau zu studiren, die Frage der Entstehung desselben sorgfältig zu verfolgen und festzustellen, inwieweit dabei die Uebertragung des Krankheitskeims durch Wasser, Milch u. s. w. oder die Ansteckung von Person zu Person im Spiele ist. Mit Hülfe dieser Methode wird man voraussichtlich die typhusverdächtigen Fälle schon frühzeitig sicher als Typhus erkennen. Dies wird es ermöglichen, die so überaus verbreiteten typhösen Erkrankungen, die Jahr aus Jahr ein grosse Verheerungen anrichten, zu verhüten und zu beschränken.

Was die Forschungen über den Krebs betrifft, so hat sich vor zwei Jahren unter dem Vorsitz des Herrn Geh. Raths Prof. Dr. v. Leyden ein Komitee gebildet, das sich die Aufgabe gestellt hat, zunächst eine Sammelforschung über die Verbreitung des Krebses im Deutschen Reiche zu veranstalten. Die Thatsache ist nämlich richtig, dass die Verbreitung des Krebses in den letzten Jahren in Deutschland unzweifelhaft zugenommen hat, ebenso auch in anderen Ländern, wie England, Frankreich, Italien u. s. w. Die Sammelforschung bezweckte, festzustellen, ob der Krebs, dessen Erreger noch unbekannt ist, etwa durch Ansteckung verbreitet wird, ob und welche Rolle die Erblichkeit, die Wohnungsverhältnisse u. s. w. dabei spielen. Diese Forschung hat in der Weise stattgefunden, dass an sämmtliche deutsche Aerzte Fragebogen versandt wurden, auf denen sie Auskunft ertheilen sollten, über alle Krebskranke, die sie am 15. Oktober 1900 in Behandlung hatten. Es ist erfreulich festzustellen, dass weit über die Hälfte aller Aerzte berichtet haben, und dass über mehr als 12000 Kranke berichtet worden ist. Das Ergebniss der Sammelforschung ist von dem Komitee für Krebsforschung bearbeitet worden; der Bericht darüber wird in den nächsten Tagen erscheinen und auch dem Hause vorgelegt werden.

Ausser den 10000 Mark für das Krebskomitee finden sie im Etat die Mittel zur Errichtung einer Krebsstation bei der Charité, welche aus 2 Kranken- und einer Untersuchungsbaracke bestehen und Herrn v. Leyden unterstellt werden soll. Ausserdem ist aus Privatmitteln die ansehnliche Summe von 150000 Mark zusammengebracht worden, mit deren Hülfe beim Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. unter der Leitung des Geh. Raths Prof. Dr. Ehrlich spezielle Krebsstudien gemacht werden sollen. Es werden die grössten Anstrengungen gemacht, um dieser furchtbaren Krankheit auf die Spur zu kommen. Hoffentlich führen diese Aufwendungen zu einem gedeihlichen Resultat.

Auch in Bezug auf die Erforschung der Ruhr ist in neuerer Zeit ein merklicher Fortschritt zu verzeichnen. Wir wissen jetzt, dass die Ruhr kein einheitliches Krankheitsbild, sondern im Wesentlichen zwei verschiedene Krankheitsprozesse darstellt; der eine ist die Dysenterie, die in den Tropen, in China, Egypten sehr verbreitet ist und aller Wahrscheinlichkeit nach durch einen thierischen Mikroorganismus erzeugt wird, welcher von Koch, Kartulis und anderen genauer untersucht worden ist; der andere ist die bei uns ein-

heimische Ruhr, bei der Anfangs der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts ein japanischer Arzt einen Bacillus entdeckt hat. Dieser Bacillus ist seitdem auch von deutschen Aerzten und neuerdings von Herrn Prof. Kruse in Bonn bei Ruhrfällen nachgewiesen und jüngst bei einer Ruhrepidemie im Lager von Döberitz gefunden worden. Die Untersuchungen, die der Herr Minister mit namhaften Summen unterstützt hat, werden fortgesetzt. Es kommt namentlich darauf an, die Züchtung der Bazillen zu vereinfachen, das Blutserum der Kranken zu untersuchen und so die Diagnose sicher zu stellen. Es darf gehofft werden, dass wir mit der Zeit bezüglich der Ruhr auf einen ebenso sicheren Boden kommen werden, wie es jetzt schon bezüglich des Typhus, der Cholera und der Pest der Fall ist.

Abg. Dr. Rewoldt (frkons.) spricht seine Freude über die Fortführung der verdienstvollen Untersuchungen des Herrn Prof. Löffler in Greifswald über die Maul- und Klauenseuche aus und bittet um Auskunft über den gegenwärtigen Stand dieser Untersuchungen.

Geh. Ob.-Med.-Rath Dr. Kirchner erwidert, dass seitens des Herrn Ministers im Jahre 1897 eine Kommission zur Erforschung der Maul- und Klauenseuche eingesetzt worden ist. Diese Kommission hat zunächst im hiesigen Institut für Infektionskrankheiten gearbeitet, im Jahre 1898 aber ihre Untersuchungen in Greifswald unter Leitung des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Löffler fortgesetzt. Die Aufgabe dieser Kommission war in erster Linie, den vermuthlichen Erreger dieser Krankheit zu entdecken. Diese Aufgabe hat sich bis jetzt als unerfüllbar erwiesen. Mit unseren jetzigen, obwohl so ausgezeichneten Mikroskopen sind wir nicht in der Lage, den Mikroorganismus zu finden, weil er zu klein ist. Er ist so winzig, dass er durch Filter, welche alle Bakterien sicher zurückhalten, glatt hindurchgeht. Es haben sich die Bestrebungen der Kommission dann darauf gerichtet, ein Immunisirungsverfahren gegen die Krankheit zu entdecken. Es hat sich dabei herausgestellt, dass, wenn man Thieren den Inhalt der Bläschen an Maul- und Klauenseuche erkrankter Thiere einimpft, den so behandelten Thieren etwas von ihrem Blute entnimmt und dieses auf gesunde Thiere überträgt, man dann in der Lage ist, diese Thiere für eine gewisse Zeit vor der Erkrankung an Maul- und Klauenseuche zu schützen. Diese Methode hat Herr Geh. Rath Löffler zunächst an kleinen Thieren geprüft und gefunden, dass man bei Ferkeln und Lämmern mit Sicherheit in der Lage ist, die Thiere zu immunisiren. Er ist dann dazu übergegangen, diese Methode auf grosse Thiere anzuwenden und hat dabei Anfangs eine ganze Reihe von Schwierigkeiten gefunden, die er jedoch jetzt überwunden zu haben glaubt. Nach dem letzten Bericht ist er der Ueberzeugung, eine Methode gefunden zu haben, durch die er im Stande ist, auch grosse Thiere, namentlich Rinder, sicher gegen Maul- und Klauenseuche zu immunisiren. Dieses Verfahren ist noch nicht amtlich nachgeprüft worden. Der Herr Minister beabsichtigt jedoch, dies in nächster Zeit thun zu lassen, und es wird sich dann zeigen, ob in der That das Verfahren, welches Geh. Rath Löffler gefunden hat, zweckmässig und geeignet ist, unsere Thierbestände vor dieser Seuche, die in jedem Jahre der Landwirthschaft viele Hunderttausende kostet, zu bewahren.

Besprechungen.

Fortschritte der Strassenhygiene. Abhandlungen von W. Assmann, Leiter des Fuhrparks, der Strassenreinigung und der Feuerwehr in Bochum, B. Rohrecke und Dr. Weyl in Berlin. Herausgegeben von Dr. **Th. Weyl**, Privatdozenten a. d. techn. Hochschule in Charlottenburg. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1901. Heft 1. Gr. 8°; 92 Seiten mit 40 Abbildungen. Preis: 3,60 Mark.

Durch Herausgabe dieser Fachschrift, deren erstes Heft vorliegt, ist das Ziel der auf dem Internationalen Kongress für Hygiene angeregten Schaffung eines Organs, dem die Sammlung und kritische Verwerthung aller auf Strassenhygiene bezüglichen Schriften zufallen sollte, und die Errichtung eines internationalen Vereins für Strassenhygiene etwas näher gerückt.

Die Reinhaltung der Strassen von Staub und Schmutz, in denen sich ja eine Menge Bazillen befinden, und die unschädliche Beseitigung des an Infek-

tionsstoffen mitunter reichen Mülls gehören mit zu den wesentlichsten Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege. Es ist daher lebhaft zu begrüssen, dass in vorliegender Zeitschrift eingehende Veröffentlichungen auf diesem das Interesse der Stadtverwaltungen und der Medizinalbeamten in Anspruch nehmenden Gebiet erfolgen, aus denen stets neue Anregungen und Belehrungen geschöpft werden können.

Die einzelnen Abhandlungen der im Titel genannten Autoren betreffen „die Strassenhygiene in Bochum" mit den mustergültigen Einrichtungen der Stadt für Strassenreinigung, Besprengung, Beseitigung von Schnee und Müll; ferner „Berlin's Müllabfuhr 1901" mit täglich 20090 Centner Müll; die Strassenreinigungsmaschine „Salus", welche bei staubfreier Arbeit zu gleicher Zeit die Strassenoberfläche anfeuchtet, die Strasse kehrt und den Kehricht aufladet; „die Sortieranstalt der Müllverwerthung München, G. m. b. H., zu Puchheim", welche täglich 300000 kg Müll verarbeitet; „Bemerkungen über den Stand der Müllbeseitigung, mit besonderer Rücksicht auf die Sortieranstalten"; „Verwerthung des Küchenmülls von Newyork" und „der Müllverbrennungsofen von Dr. Dörr". Dann folgen kleinere Schilderungen von Neuerungen auf vorliegendem Gebiet, sowie die auf dem hygienischen Kongress zu Rostock (1901) vorgelegten Leitsätze für Strassenhygiene.

Der Hygieniker findet eine befriedigende Lösung der Forderung staubfreier Müllabfuhr, Analysen des Mülls, hygienischen Einrichtungen der Sortieranstalten, welche theils mechanisch, theils durch Händearbeit die Sortierung aufnehmen und dabei die Gefahren der Staubentwickelungs-Beschädigung der Arbeiter vermeiden, Lumpen durch Dämpfen bei 100° C. möglichst keimfrei machen und alle Sicherungen treffen, welche Wissenschaft und Technik uns kennen lernen. Er findet ferner Erfahrungen über die chemische Verarbeitung des Mülls, die Müllquetsche, Verbrennung oder Schmelzung, landwirthschaftliche Verwerthung des Mülls, und Hinweise auf die Desinfektion des Mülls bei Epidemien und der beim Reinigen von Lumpen entstehenden Abwässer.

Der Druck und die Ausstattung des Buches sind vorzügliche; zahlreiche tadellose Abbildungen erläutern in anschaulicher Weise das Werk.

Wir können das neue Unternehmen nur begrüssen und die Zeitschrift empfehlen, welche den betheiligten Kreisen ein stets werthvoller Berather bilden wird.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Tagesnachrichten.

Die 3. Jahresversammlung des Allgemeinen deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege findet vom 19.—21. Mai d. J. in Weimar statt. Zur Verhandlung gelangen folgende Themata: 1. Schulhygiene und Schwindsuchtsbekämpfung (Referenten: San.-Rath Dr. Obertüschen-Wiesbaden und Dr. Fr. Wehmer, dirigirender Arzt der nassauischen Lungenheilstätte Naurod); 2. Was können die Volksschul-Seminare thun, um die künftigen Lehrer hygienisch auszubilden? (Referent: Seminar-Direktor Dr. Andreae-Kaiserslautern); 3. Ueber Beseitigung der beginnenden Skoliose mit Demonstrationen (Referent: Dr. med. Kreyss, Schularzt, Weimar); 4. Stellungnahme der Stadtverwaltungen zur Schulhygiene (Referent: Bürger-Deputirter Dr. med. Arthur Hartmann-Berlin); 5. Die Pausen- und Ferienfrage im Schulbetriebe (Referent: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. A. Eulenburg-Berlin); 6. Die schulärztliche Thätigkeit in Städten und auf dem Lande (Referent: Reg.- und Med.-Rath Prof. Dr. Leubuscher); 7. Zur Reform des Elementarunterrichts, vom schulhygienischen Standpunkte aus beleuchtet (Referent: Rektor Zimmermann-Frankfurt a. M.); 8. Ueber Beseitigung des Stotterns bei Schulkindern, mit Demonstrationen an stotternden Knaben (Referent: Taubstummenlehrer Knöfler-Weimar); 9. Die modernen pädagogischen Strömungen, im Lichte der Schulgesundheitspflege betrachtet (Referent: Rektor Endris-Rüdesheim a. Rh.).

Die Tagesordnung der diesjährigen vom 17.—20. September in München stattfindenden Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege ist wie folgt festgesetzt: Mittwoch, den 17. September: I. Die hygienische Ueberwachung der Wasserläufe. Referenten: Geh. Hofrath Prof. Dr. A. Gärtner-Jena, Wasserbauinspektor Schümann-Berlin.

II. Der Einfluss der Kurpfuscher auf Gesundheit und Leben der Bevölkerung. Referent: Prof. Dr. Moritz (München). — Donnerstag, den 18. September: III. Die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in Bezug auf ihre Gesundheitsverhältnisse und die Sanirung der ländlichen Ortschaften. Referent: Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. E. Roth-Potsdam. IV. Das Bäckergewerbe vom hygienischen Standpunkt für den Beruf und die Konsumenten. Referent: Professor Dr. R. Emmerich-München. — Freitag, den 19. September: V. Feuchte Wohnungen: Ursache, Einfluss auf die Gesundheit und Mittel zur Abhülfe. Referenten: Reg.- und Med.-Rath Dr. Abel-Berlin, Bauinspektor H. Olshausen-Hamburg.

Die Jahresversammlung des Württembergischen Medizinalbeamtenvereins findet am 4. Mai d. J. in Stuttgart statt.

Todesfall. Am 5. d. Mts. ist der ordentliche Professor der Hygiene, Dr. Hans Buchner in München, Nachfolger M. von Pettenkofer's, im besten Mannesalter (52 Jahre) gestorben. Die medizinische Wissenschaft, speziell die Hygiene, verliert in ihm einen hervorragenden Forscher, der sich um ihre Förderung, namentlich auf dem Gebiete der Immunitätslehre, ausserordentliche Verdienste erworben hat.

Errichtung eines Pettenkofer-Denkmals in München. Beseelt von dem Wunsche, das Andenken des Begründers der Hygiene, Dr. Max v. Pettenkofer, in Aller Gedächtniss und vor Aller Augen zu halten und die Erinnerung an ihn, den unentwegten Vorkämpfer für die Erhaltung des höchsten zeitlichen Gutes, in einem sichtbaren Bilde zu verewigen, hat sich in München unter dem Vorsitz des Geheimraths Zittel, Präsidenten der Königl. Bayer. Akademie der Wissenschaft, ein Komitee gebildet, das sich die Aufgabe stellt, in München, der Stadt, in der v. Pettenkofer sein ganzes Leben verbracht und seine wissenschaftliche Thätigkeit als Universitätsprofessor begonnen, ein würdiges Denkmal zu errichten.

Zur Erreichung dieses Zweckes wendet sich das Komitee an die Freunde und Verehrer des verewigten Meisters, an die ganze gebildete Welt mit der Bitte, sich an diesem Werke der Dankbarkeit zu betheiligen.

Beiträge werden von der Bayerischen Handelsbank in München, welche die Kassengeschäfte des Komitees führt, sowie im Bureau des I. Bürgermeisters (v. Borscht) in München, Rathhaus Zimmer Nr. 80/II, dankbarst entgegengenommen.

Wir richten an alle Leser der Zeitschrift die ergebenste Bitte, nicht nur selbst zur Ehrung des Andenkens dieses grossen deutschen Forschers und Begründers der Hygiene beizutragen, sondern auch in den Kreisen ihrer Bekannten für diesen schönen idealen Zweck zu wirken. Die Redaktion.

Deutscher Medizinalbeamten-Verein.

Die Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins werden gebeten, etwaige **Vorträge** und **Wünsche** für die am **Montag und Dienstag, den 15. und 16. September d. J.** (unmittelbar vor der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege) stattfindende

erste Hauptversammlung

bei dem Unterzeichneten bis zum 1. Mai d. J. anzumelden.

Der **Versammlungsort** wird auf der Vorstandssitzung am 20. d. M. bestimmt werden.

Minden, den 15. April 1902.

Der Vorstand des Deutschen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Vorläufiger Geschäfts- und Kassenbericht für das Jahr 1901.

Die Zahl der Mitglieder des Vereins betrug am Schluss des Jahres 1901: 1007, von denen 25 während des Jahres 1901 gestorben und 21 ausgetreten sind. Diesem Verluste steht ein Zuwachs von 91 Mitgliedern gegenüber, so dass der Verein am Jahresschluss 1052 Mitglieder zählte.

Die Einnahmen haben betragen: 12829,25 Mark, die Ausgaben 12706,54; bleibt somit ein Ueberschuss von 122,71 Mark, durch den sich das Vereinsvermögen auf 3961,89 Mark erhöht.

Die **diesjährige XVIII. Hauptversammlung** wird am **Sonnabend, den 13. September** in **Kassel** stattfinden. Betreffs der rechtzeitigen Feststellung der Tagesordnung werden die Vereinsmitglieder gebeten, etwaige **Vorträge** und **Wünsche** bei dem Unterzeichneten bis zum 1. Mai d. J. anzumelden.

Minden, den 15. April 1902.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.
Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

Briefkasten.[1])

Berechnung der Terminsgebühr bei mehreren Terminen an einem Tage nach dem neuen Entwurf eines Gebührentarifs (s. Nr. 7 der Zeitschrift, S. 220—223).

In A. I Nr. 1 Abs. 5 des Tarifentwurfs wird bestimmt: „Ist der Medizinalbeamte in mehreren Terminen an demselben Tage beschäftigt gewesen, so darf eine mehrfache Berechnung derselben Zeit nicht stattfinden.“ Daraus geht hervor, dass für jeden Termin, ebenso wie bisher, die „Terminsgebühr“ von 6 Mark (nach Nr. 1 Abs. 1) berechnet werden darf, dass aber, wenn z. B. ein Termin unterbrochen und während dieser Unterbrechung der Sachverständige in einem anderen Termine thätig gewesen ist, diese Zeit bei der Berechnung der Terminsdauer des ersten Termins nicht mit eingerechnet werden darf, was sonst bei Unterbrechungen nach Nr. 1 Abs. 4 zulässig ist. Der Sachverständige erhält also auch nach dem neuen Entwurf für jeden Termin mindestens die „Terminsgebühr“ von 6 Mark, ohne Rücksicht darauf, ob der Termin weniger als 2 Stunden gedauert hat und er in 5 oder noch mehr Terminen an einem Tage beschäftigt gewesen ist. Die Ansicht, dass künftighin bei mehreren Terminen an einem Tage die Terminsgebühr nicht mehr für jeden einzelnen, sondern für alle zusammen berechnet wird, ist demnach unzutreffend; denn dann hätte die oben angeführte Bestimmung lauten müssen: „Ist der u. s. w. gewesen, so darf eine mehrfache Berechnung der „Terminsgebühr“ (statt „derselben Zeit“) nicht stattfinden, sondern die Gebühr ist für sämmtliche Termine gemeinschaftlich gemäss Nr. 1 Abs. 1—4 zu berechnen.“ Red.

---

[1]) Der Herausgeber der Zeitschrift wird häufig um Auskunft über strittige Fragen auf dem Gebiete der Medizinalgesetzgebung und öffentlichen Gesundheitspflege gebeten; die Beantwortung dieser Anfragen wird künftighin, soweit sie Gegenstände von allgemeinem Interesse betreffen, durch Briefkasten erfolgen.

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

J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei in Minden.

15. Jahrg. 1902.

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,
H. B. Hofbuchhandlung.
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.

Zum gehäuften Vorkommen des Krebses.

Mit einer Skizzentafel.

Von Kreisarzt Dr. Finger in Potsdam.

Soweit die noch sehr lückenhaften Kenntnisse von der geographischen Verbreitung des Krebses ein Urtheil zulassen, sind in der Häufigkeit der Krankheit an verschiedenen Punkten der Erde grosse Unterschiede vorhanden. Allgemein verbreitet ist der Krebs ohne Zweifel in den gemässigten Breiten der östlichen und westlichen Halbkugel, anscheinend selten in den Ländern der heissen Zone und nahezu unbekannt in den Gebieten des hohen Nordens. Nach Hirsch[1]) wurde die Krankheit niemals in Grönland und auf den Färöer, und nur selten in Island beobachtet. Auch im Norden Asiens, in Sibirien und den nördlichen Theilen von Britisch-Nordamerika soll Krebs nicht bekannt sein. Ausserordentlich selten scheint er in den südlichen Gebieten von Südamerika und Afrika, sehr selten in Vorderasien, besonders in Persien, Syrien und Arabien, etwas häufiger dagegen in Vorderindien und Japan und sehr häufig in Australien aufzutreten.

Aber auch in seinem Hauptverbreitungsgebiet, den Ländern der gemässigten Zone, bestehen sehr auffallende Unterschiede in seinem örtlichen Vorkommen. Die statistischen Arbeiten des letzten Jahrzehnts über die Frequenz und Ausbreitung des Krebses haben nicht blos die nicht mehr zu bezweifelnde Thatsache ergeben, dass die Krebssterblichkeit in vielen Ländern in stetiger Zunahme

[1]) Hirsch: Historisch geographische Pathologie. 1886, 2. Bearbeitung, 3. Abtheilung, S. 349 ff.
Behla: Die geographische Verbreitung des Krebses auf der Erde. Mit einer geographischen Karte. Abdruck aus dem Centralblatt für Bakteriologie; 1899, XXVI Bd., Nr. 20 und 21.

begriffen ist, sondern dass auch innerhalb kleinerer Bezirke sehr grosse Verschiedenheiten in der Häufigkeit der Krebserkrankungen sich bemerkbar machen.[1][2]) So sind im Gebiete des Deutschen

[1]) Vergl. die geographischen Karten V und VI bei Rahts: Ueber die Häufigkeit der Todesfälle an Neubildungen im Deutschen Reich. Medizinalstatistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt; 1901, 6. Bd.

[2]) Es liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit, die noch immer angefochtene Krebsstatistik eingehend zu würdigen. Da ihre Ergebnisse aber ein ungewöhnliches Interesse beanspruchen und in Deutschland der Anlass gewesen sind zur Gründung zweier bedeutsamen wissenschaftlichen Institutionen, des Komitees für Krebsforschung, sowie einer eigenen Krankenabtheilung für Krebskranke (im Anschluss an die erste medizinische Klinik der Charité, Preuss. Staatshaushaltsetat 1902/1903), sollen einige deutsche Arbeiten hier in kurzem Auszuge zusammengestellt werden.

Nach Finkelnburg (Centralblatt f. allg. Gesundheitspflege; 1894, H. 7 und 8) starben im Gesammtumfange des Preussischen Staates von je 100000 Lebenden im Jahre 1881: 31,2, im Jahre 1890: 43,1 an Krebs. Unter 100 Todesfällen waren durch Krebs bedingt 1882: 1,25, 1890: 1,80. Krebs war in einigen Gegenden häufiger, als in anderen, die Stadtbevölkerung stärker ergriffen, als die Landbevölkerung und die Sterblichkeit der weiblichen Personen höher, als der männlichen.

Maeder (Zeitschrift für Hyg. u. Infektionskr.; 1900, Bd. XXXII), dessen Arbeit sich an die vorhergehende anschliesst und die Jahre 1891 bis 1896 umfasst, stellte fest, dass von je 10000 Lebenden im Jahre 1891: 4,50, im Jahre 1896: 5,52 an Krebs starben und im Jahresdurchschnitt auf je 100 Todesfälle im Jahre 1891: 1,97, im Jahre 1896: 2,66 Krebstodesfälle kamen. M. bestätigt im Uebrigen die Ergebnisse der Arbeit von Finkelnburg und hebt besonders hervor, dass einzelne Gegenden dauernd stärker von Krebs heimgesucht werden, als andere. Bemerkenswerth ist gegenüber den Zweifeln, welche der Statistik vielfach entgegengebracht sind, dass auch im Königreich Sachsen, wo eine amtliche Todtenschau besteht und die Krebstodesfälle in fast 93% ärztlich kontrolirt werden, eine deutliche Zunahme des Krebses zu konstatiren ist.

Nach Rahts (Medizinal-statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt; 1901, 6. Bd.) entfielen im Jahre 1892 in den 10 damals an der Todesursachenstatistik betheiligten Staaten des Deutschen Reiches auf je 100000 Bewohner 62 Todesfälle in Folge von „Neubildungen", während des Jahres 1897 aber in den 20 betheiligten Staaten 71 Todesfälle. Am beträchtlichsten war diese Zunahme im Staate Hamburg, Reg.-Bez. Stralsund, in Oberfranken, Oberbayern, im Staate Bremen, im Oberelsass, im Donaukreise und im Neckarkreise. R. betont, dass die Zahl der Todesfälle an „Neubildungen" in der Regel die gleiche ist, wie die Zahl der Todesfälle an „Krebs", und dieses namentlich für ganz Preussen, Sachsen, Baden, Bremen und Hamburg gilt.

Von Reiche sind zwei wichtige Arbeiten über das Hamburger Material geliefert worden (Deutsche med. Wochenschrift; 1900, Nr. 7 und 8. Münchener med. Wochenschrift; 1900, Nr. 39), welches darum besonders zuverlässig ist, weil in Hamburg seit dem Jahre 1831 die Todesbescheinigungen nur von Aerzten ausgefertigt werden dürfen und mithin ausschliesslich von Aerzten gestellte Diagnosen die jeweilige Todesursache bekunden. Die Untersuchung betrifft den Zeitraum vom Jahre 1872, dem Beginn der Medizinalstatistik in Hamburg, bis zum Jahre 1898. Auch hier findet sich eine langsame und nahezu stetige Zunahme der Krebssterblichkeit. Auf 100000 Lebende kamen im Jahre 1872: 71,63, im Jahre 1898 aber 97,82 Krebstodesfälle. Die Zunahme der Sterblichkeit an Krebs betraf die Männer stärker, als die Frauen; auch fand gleichzeitig eine Verschiebung der Mortalität in frühere Lebensjahre statt. Diese Thatsachen, welche ein nicht mehr zufälliges, sondern gesetzmässiges Verhalten zeigen, sind in ihren ätiologischen Beziehungen völlig dunkel. Die gewaltige sanitäre Verbesserung, welche 1894 durch die Einführung der zentralen Sandfiltration für die bis dahin auf ungereinigtes Elbwasser angewiesene Stadt erreicht wurde und in einem beträchtlichen Absinken der Sterblichkeit ihren Ausdruck findet, ist hinsichtlich der Todesfälle an Krebs völlig belanglos geblieben; auch haben andere für den Rückgang der Mortalität besonders an

Reiches Württemberg, Hamburg, die Regierungsbezirke Stralsund und Schleswig, und Bayern links des Rheins vom Krebs besonders

---

Phthise in Betracht kommende Momente (verbesserte Ernährungs-, Wohnungs- und Arbeitsbedingungen) auf die Mortalität an Krebs keinen Einfluss gehabt, ebenso wenig die Bewohnungsdichte, Wohlstand und Armuth, Höhenlage und Untergrund der verschiedenen Stadttheile und ihre Beziehungen zum Elbstrom.

Für Berlin hat Hirschberg (Komitee für Krebsforschung. Deutsche med. Wochenschrift; 1901, Nr. 19) folgende Zahlen angegeben: Auf 1 Million Einwohner gerechnet entfielen Sterbefälle an Krebs und Geschwülsten

	m.	w.		m.	w.
im Jahre 1881	992	1315	im Jahre 1889	1170	1719
„ 1882	963	1488	„ 1890	1157	1618
„ 1883	861	1467	„ 1891	1259	1553
„ 1884	1194	1579	„ 1892	1331	1613
„ 1885	982	1400	„ 1893	1264	1642
„ 1886	1031	1664	„ 1894	1423	1829
„ 1887	1025	1648	„ 1895	1537	1775
„ 1888	1237	1684			

Für die Stadt Erfurt hat Loth (Korresp.-Bl d. a. ärztl. V. v. Thüringen; 1901, Nr. 12) berechnet, dass sich daselbst von den „chronischen Infektionskrankheiten" der Krebs in den letzten 20 Jahren wesentlich vermehrt habe. Seit dem Jahre 1888 sind die Krebstodesfälle auf je 100000 Lebenden der Gesammtbevölkerung von 23,8 auf 57,8, bei der männlichen Bevölkerung von 23,7 auf 51,8 und bei der weiblichen von 23,9auf 64,7gestiegen. Es starben in Erfurt während der letzten Jahre fast ebenso viele Menschen an Krebs, wie in den allerschlechtesten Zeiten vor 1866 an Unterleibstyphus. Von Interesse ist die Bemerkung, dass während der französischen Okkupation (1806—1814) die Anzeigepflicht und Desinfektion für Krebs ebenso wie für Schwindsucht in Erfurt gesetzlich eingeführt war. (Auch das in Preussen geltende Regulativ vom 5. August 1835 bestimmt in §. 90, dass bei Krebs die mit den Absonderungen der Kranken in unmittelbare Berührung gekommenen Kleidungsstücke und sonstigen Effekten vorschriftsmässig gereinigt bezw. vernichtet werden sollen.)

Kirchner (Krebs-Komitee. Deutsche med. Wochenschrift; 1901, Nr. 19) hat aus den Sanitätsberichten über den Preussischen Staat nachgewiesen, dass die Todesfälle an Krebs, auf 10000 Lebende berechnet, von 1888 bis 1897 zugenommen haben von 3,73 auf 5,29 bei Männern und von 4,45 auf 6,05 bei Frauen, sich also in 10 Jahren um etwa 50% vermehrt haben. Diese Vermehrung ist besonders für die Altersklassen von 40 bis 60 Jahren ausgesprochen: von 40 bis 50 Jahren von 5,97 auf 7,69 bei Männern, also um den dritten Theil, von 50 bis 60 Jahren von 15 auf 21 bei Männern, also um mehr als ein Drittel. Eine Statistik von 16 preussischen Städten mit mehr als 100000 Einwohnern liefert ähnliche Ergebnisse. Auch treten offenbar geographische Unterschiede hervor, indem die Krebssterblichkeit an verschiedenen Orten eine verschiedene Höhe und eine verschiedene Zunahme zeigt.

Im Reg.-Bez. Stralsund, welcher nach Finkelnburg mit 5,96 Todesfällen auf 10000 Einwohnern sämmtliche preussischen Regierungsbezirke durch seine Krebssterblichkeit übertrifft, starben nach Denecke (Korresp.-Blatt des Aerzte-Vereins des Reg.-Bez. Stralsund. Greifswald, Kunike 1900) in dem Jahrzehnt von 1888 bis 1897 an Krebs auf 10000 Lebende:

	überhaupt		in den Städten		in den Landgemeinden	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.
1888	6,6	6,6	11,0	10,9	3,4	3,2
1889	8,6	8,8	12,2	13,6	5,9	5,0
1890	6,1	8,2	10,6	11,5	2,7	5,5
1891	5,6	7,5	9,2	13,8	2,8	3,2
1892	6,2	8,6	8,5	13,4	4,4	3,9
1893	6,2	7,5	11,5	12,4	2,4	4,6
1894	7,2	9,2	11,0	13,2	4,4	6,0
1895	7,2	8,4	11,5	14,5	4,1	3,9
1896	9,5	12,6	15,4	19,5	5,1	7,3
1897	8,8	9,7	13,6	15,5	5,4	4,2

heimgesucht, auch ist die Krankheit in den Städten häufiger, als auf dem Lande.

Ueber ausgeprägte lokale Verschiedenheiten in der Ausbreitung des Krebses sind besonders aus Frankreich und England

---

Die Zahl der Krebstodesfälle hat demnach zugenommen und ist in den Städten ganz beträchtlich höher, als auf dem platten Lande, und bei der weiblichen Bevölkerung sehr viel grösser, als bei der männlichen. Bemerkenswerth ist, dass in der Stadt Stralsund, wo die Aerzte seit 1893 die Meldepflicht für Krebs eingeführt haben, in den Jahren von 1893 bis 1899 19, 23, 18, 28, 35, 31, 33 Krankheitsfälle gemeldet wurden.

Nach den sehr eingehenden Ermittelungen von Heimann (Archiv für klin. Chir.; Bd. 57, H. 4) ist in Preussen die Zahl der Todesfälle an Krebs seit dem Jahre 1877 von 6971 bis auf 17643 im Jahre 1896, d. i. um 153%, gestiegen; sie hat sich im Verhältniss zur Einwohnerzahl mehr als verdoppelt, indem im Jahre 1877 von 10000 Bewohnern 2,66, im Jahre 1896 aber 5,53 an Krebs starben. Das weibliche Geschlecht ist in stärkerem Masse, als das männliche an den durch diese Ursache bedingten Sterbefällen betheiligt. Die Zunahme, welche von Jahr zu Jahr eine stetige war, trifft die Männer in noch etwas höherem Grade, als die Weiber. In den Städten, besonders den Grossstädten, ist die Sterblichkeit an Krebs erheblich höher, als in den Landgemeinden. Die grösste Krebssterblichkeit findet sich, abgesehen von Berlin, in den Reg.-Bezirken Stralsund, Schleswig, Hildesheim, Köln, Magdeburg und Stettin. Was die übrigen Bundesstaaten betrifft, so starben im Jahre 1895 auf je 10000 Lebende im Alter von 15 bis 60 Jahren an „Neubildungen" (vergl. Rahts) in Bayern 8,1, Sachsen 7,6, Württemberg 6,5, Baden 8,2, Hessen 7,0, Braunschweig 7,1, Sachsen-Meiningen 4,0, Sachsen-Coburg-Gotha 4,3, Schaumburg-Lippe 3,8, Bremen 7,7, Hamburg 9,1, Elsass-Lothringen 5,3, im Deutschen Reich 5,9.

In Bayern ist, wie H. an anderer Stelle berichtet (Deutsche med. Wochenschrift; 1901, Nr. 24), nach dem Generalbericht über die Sanitätsverwaltung im Jahre 1899 die Zahl der Sterbefälle an Krebs seit dem Jahre 1890 von 4520 = 8,1 auf 10000 Einwohner bis zum Jahre 1899 auf 6192 = 10,2 auf 10000 Einwohner gestiegen und zwar bei dem männlichen Geschlecht stärker, als bei dem weiblichen. Im Jahre 1899 zeigten die höchste Sterblichkeit die Reg.-Bezirke Schwaben (13,6) und Oberbayern (13,0), die niedrigste Oberfranken und die Pfalz (7,5 bezw. 7,2). Für das rechtsrheinische Gebiet betrug die Verhältnisszahl in den Städten 13,4, auf dem Lande 9,7; in München betrug sie 14,7, in Nürnberg 13,6.

Auch die von H. erwähnten statistischen Mittheilungen aus dem Auslande, besonders aus Oesterreich, England, Italien, Paris, Niederlanden, Dänemark und Australien ergeben eine beträchtliche Zunahme der Krebssterblichkeit.

Soeben ist eine werthvolle Arbeit von Wutzdorff „Ueber die Verbreitung der Krebskrankheit im Deutschen Reiche" erschienen (Deutsche med. Wochenschrift; 1902, Nr. 10). Als Nachweis dienten die amtliche Statistik, welche sich auf die in öffentliche und private Heilanstalten aufgenommenen Kranken bezieht, und die amtliche Statistik der Sterbefälle. Die erstere, aus naheliegenden Gründen weniger beweiskräftige, ergiebt, dass der Zugang an Krebskranken im Jahre 1879 6630 Personen betrug und unter allmählicher fast stetiger Steigerung bis auf 24266 Personen im Jahre 1898 herangewachsen ist. Die Zunahme in diesen 20 Jahren betrug demnach 266% und hat nicht mit der Zunahme der Heilanstaltskranken überhaupt Schritt gehalten, sondern letztere 2½ Mal überflügelt. Die Sterblichkeitsstatistik ergiebt, dass im Jahre 1892 auf je 100000 Lebende im Deutschen Reiche 59,6 Todesfälle an „Neubildungen" (vergl. Rahts), im Jahre 1898 dagegen 70,6 kamen; in den 7 Jahren haben diese Todesfälle demnach um 18,5% zugenommen. Von je 100 Todesfällen kamen im Jahre 1892 2,6 auf Neubildungen, im Jahre 1898 aber 3,5 oder mit anderen Worten: im Jahre 1892 traf 1 durch Neubildungen verursachter Todesfall auf 39 Todesfälle aus bekannter Ursache, im Jahre 1898 schon auf 29. In Preussen belief sich von Ende 1875 bis Ende 1895 die Bevölkerungszunahme im Ganzen auf 23,3% bei den männlichen und 24,2% bei den weiblichen Personen; die Todesfälle an Krebs haben dagegen von 1876 bis 1895 einschliesslich

Mittheilungen in grösserer Zahl erfolgt.[1]) Einige dieser bemerkenswerthen Beobachtungen seien hier kurz wiedergegeben.

Der französische Arzt Dr. Arnaudet in Cormeilles hat das Verdienst, im Jahre 1889 zuerst auf die grossen Unterschiede in dem örtlichen Vorkommen des Krebses aufmerksam gemacht zu haben. In Cormeilles, einem Orte von 383 Einwohnern, starben in den 8 Jahren von 1880 bis 1887 74 Personen, darunter 11 = 15% in Folge von Krebs; Paris hatte nach Bertillon im Jahre 1886 nur 4,16% Krebstodesfälle, also drei Mal weniger. Arnaudet ist der Meinung, dass sich hinter der von den meisten Aerzten für zweifellos gehaltenen Erblichkeit unbekannte Wirkungen der Wohnung und des persönlichen Verkehrs verbergen und dass die Ursache der gehäuften Krebserkrankungen sumpfiges Trink- und Gebrauchswasser sei.

---

um 129,1% beim männlichen und um 109,9% beim weiblichen Geschlecht, also 5 bezw. 4½ Mal stärker zugenommen, als die Bevölkerung. Im Einzelnen ist zu erwähnen, dass die Zunahme der Krebssterblichkeit am erheblichsten in Württemberg, im Hamburger Staatsgebiet, in der Provinz Posen und in Bayern links des Rheins, am geringsten in Hannover, im Königreich Sachsen, in Westfalen, Hessen und Ostpreussen war und eine Abnahme allein für Hohenzollern und Sachsen-Koburg-Gotha festzustellen war. Bemerkenswerth ist, dass die Zahl der Krebstodesfälle, abgesehen von den jüngsten Altersstufen, in allen übrigen erheblich stärker zugenommen hat, als das Wachsthum der Bevölkerung, und das höhere Lebensalter weder allein, noch vorzugsweise an der Zunahme betheiligt ist, vielmehr die Bevölkerung gegenwärtig in einem jüngeren Lebensalter, als früher von der Krebskrankheit befallen wird. Auch bestätigte sich wiederum, dass weibliche Personen häufiger, als männliche an Krebs erkranken, jedoch diese Gefahr für die männlichen stärker zunimmt, als für die weiblichen.

In einem gewissen Gegensatz zu den vorher genannten Autoren steht Laspeyres (Centralblatt f. allg. Gesundheitspflege; XX. Jahrg. 1901), welcher mit Kruse (Ueber den Einfluss des städtischen Lebens auf die Volksgesundheit. Ibidem XVII. Jahrg. 1898) der Meinung ist, dass die bisher aus der Gesammtzahl der Lebenden und der Gesammtzahl der Krebstodesfälle berechneten Sterbeziffern als gleichartige und vergleichbare nicht angesehen werden können, weil bei denselben der Einfluss, den die örtlich sehr verschiedene Vertheilung der Lebenden in den einzelnen Altersstufen ausübt, nicht berücksichtigt ist. Vergleichbare Zahlen erhalte man nur dann, wenn man aus den relativen Krebssterbezahlen der Altersklassen 30 bis 80 — die wenigen Todesfälle in den übrigen Altersstufen dürfen unberücksichtigt bleiben — das Mittel ziehe. Von diesem Gesichtspunkte aus hat L. an der Hand der preussischen Statistik für die Jahre 1891 bis 1895 die Krebssterblichkeit in den Regierungsbezirken des preussischen Staates untersucht und gefunden, dass in Stadt und Land die Krebssterblichkeit der Weiber nur in den Altersklassen 30—50 höher, als die der Männer, in den folgenden Altersklassen jedoch niedriger ist, dass ferner in sämmtlichen Altersklassen die Krebssterblichkeit mit der Grösse des Wohnorts zunimmt und die Höhe der relativen Krebssterbezahlen mit zunehmender Bevölkerungsdichtigkeit steigt.

Eine Zusammenstellung und kritische Würdigung der gesammten Krebsstatistik des In- und Auslandes erscheint ein dringendes Bedürfniss.

[1]) Eine Zusammenstellung der Literatur findet sich bei L. Pfeiffer: Korrespondenzblatt des allg. ärztl. Vereins von Thüringen, Jahrg. XXII, Nr. 12; Bernh. Schuchardt: ebenda, Jahrg. XXIII, Nr. 2, 3 und 9, und Jahrg. XXVIII, Nr. 5 und 6; Pichler: Wiener klin. Wochenschrift, 1900, Nr. 4. Vielfache Hinweise auf die Literatur finden sich auch in den Arbeiten Rob. Behla's, welcher nächst L. Pfeifer auf diesem Gebiet seit Jahren mit unermüdlichem Eifer thätig ist (vergl. auch Behla: Die Karzinomliteratur. Berlin 1901. Richard Schötz).

Guelliot in Reims berichtet, dass es in der Champagne ebenso wie in den Ardennen völlig krebsfreie Orte gebe, während anderseits z. B. in Oulchy-le-Château, einem Orte von 3000 Einwohnern, in 20 Jahren 864 Personen, d. i. jährlich 14,4 %, an Krebs gestorben seien. Er bemerkt, dass nicht die Erblichkeit, sondern die Oertlicheit das Massgebende für das Vorkommen des Krebses sei, und dass man ziemlich eng umschriebene Inseln abgrenzen könne, innerhalb deren der Krebs mit sehr grosser Häufigkeit auftrete, und dass diese Inseln mit dem Vorhandensein schlechten Trinkwassers zusammentreffen.

Auch in anderen Beobachtungen aus den genannten französischen Departements wird auf das endemieartige Vorkommen des Krebses in Orten mit sumpfiger Umgebung und sumpfigem Trinkwasser hingewiesen.

Von deutschen Aerzten hat zuerst Ludwig Pfeiffer (l. c.) im Jahre 1893 von einer ähnlichen Beobachtung berichtet. In dem 600 Einwohner zählenden Dorfe Grossobringen bei Weimar waren in den letzten 12 Jahren 234 Personen gestorben, davon 16 an Krebs. Die Wohnungsverhältnisse, ob gute oder schlechte, waren ohne erkennbaren Einfluss auf das Auftreten der Krankheit. Die Mehrzahl der Häuser zieht sich zu beiden Seiten eines Baches hin, dessen Wasser mit dem der Pumpbrunnen zusammenhängt; mehrere Ententeiche sind längs des Baches vertheilt.

Aus einer Sammelforschung, welche Raoul Brunon in Rouen unter den Aerzten der Normandie veranstaltete, ist zu erwähnen, dass Bourdon eine kleine „Krebsepidemie“ in dem Dorfe Monjeon beobachtete, wo von 320 Einwohnern in den beiden Jahren 1889 und 1890 insgesammt 20 Personen gestorben sind, davon 6 an Krebs. Für alle an der Sammelforschung betheiligten Aerzte steht die Erblichkeit des Krebses ausser allem Zweifel. Einige Aerzte jedoch halten den Krebs für kontagiös und vermuthen einen Einfluss schlechten Trinkwassers oder mit schlechtem Wasser bereiteten Apfelweins. Sorel weist den Kontagionisten gegenüber darauf hin, dass es keine Krankheit gebe, welche eine Bevölkerung mehr besudele, als gewisse Krebse. Man finde beschmutztes Leinen, welches überall hin verschleppt werde und mehrere Tage hindurch in allen Winckeln des Hauses darauf warte, dass man komme, nicht um es zu verbrennen, sondern um es zu waschen. Bei der langen Dauer der Krankheit sei es unmöglich, dass die Krebssäfte nicht mit den Fussböden, den Teppichen und besonders den Möbeln der Wohnung in Berührung gebracht werden. Trotz dessen finde man aber nicht mehr Krebsige in diesen Häusern, als in anderen nicht verunreinigten.

Auf Grund von Untersuchungen an 91 Krebsfällen, welche sich über 40 Städte und Dörfer vertheilen, hat Fiessinger den Schluss gezogen, dass der Krebs am häufigsten in einzeln gelegenen Wohnhäusern und längs der Wasserläufe, sowie in der Nachbarschaft von Gehölzen sich vorfinde. „Die Isolirtheit bedeutet viel in der Auswahl, welche der Krebs für eine Wohnung trifft, und die Nachbarschaft eines Gehölzes, Buschwerks, Sumpfes,

einer abgelegenen Stelle liefert ebenso gut, wie die Ufer eines Flusses die zur Lebensfähigkeit des Krebsagens nothwendigen Bedingungen." Fiessinger nimmt ein feindliches Agens an, welches um diese Stätten herum seinen Sitz habe, etwa ein Insekt, welches am Ufer des Wassers oder am Rande des Waldes sich aufhalte, und rasch vermehre, und dessen reizende Absonderungen im Stande seien, zelluläre Proliferationen herbeizuführen.

Gleichwie Brunon setzte sich auch Leon Noël mit einer Anzahl von Aerzten der Departements Ain und Jura zur Erlangung des Materials in Verbindung und bereiste dieses Gebiet zur näheren Besichtigung während zweier Monate. Er fand krebsfreie Orte, wo man sich nicht eines Todesfalles an Krebs erinnerte; es sind die Gemeinden Artaud, Crau, Lhopital, Surjoux und Vauchy im Departement Ain, wo Dr. Juillard zu Chatillon-de-Michaille während eines Zeitraums von 15 Jahren nicht einen einzigen Krebsfall behandelt hat, und die Dörfer Piard, Prénovel, Les Crozets, Etival und Rouchoux im Departement Jura, wo Dr. Bierry zu Moirans in demselben Zeitraum keinen Krebsfall gefunden hat. Diese Dörfer sind auf trockenen, hinlänglich von Wasserläufen entfernten Plateaus gelegen. In einigen Nachbardörfern, wo vereinzelte Todesfälle an Krebs vorgekommen waren, ergaben die näheren Nachforschungen, dass die zuerst von Krebs befallene Person zugezogen war; es war öfters ein Zollbeamter, welcher sich lange auswärts in waldigen Gegenden aufgehalten hatte und seine Tage in seiner Heimath beenden wollte. Neben krebsfreien Orten fanden sich auch „krebsinfizirte" und wiederholt auch eine Ausbreitung der Krebserkrankungen über grössere Bezirke, in welchen Fällen das Bindeglied zwischen den einzelnen Krebsfällen ein Wasserlauf war. So stellte Dr. Millet zu Injurieux 7 Krebsfälle längs des Laufes eines Baches fest, welcher in einer Länge von 6 km von St. Jérôme nach Injurieux und Saint-Jean-le-Vieux fliesst. Levret berichtet von 4 Krebsigen, welche in 4 isolirten und nahe einem Bache gelegenen Häusern starben, welche zwischen den Gemeinden Saint-Martin und Maillet liegen. Die Verbreitung des Krebses vollzieht sich nach Noël nicht im Sinne der Stromrichtung, sondern ganz unregelmässig, so dass zwischen Wasser und Krebsigen ein Zwischenglied Platz zu greifen scheint. Noël erwähnt hier die Mittheilung, welche Henry Morau im Jahre 1893 dem Institut in Paris gemacht hat, nämlich, dass die Wanzen als Impfungsvermittler dienen können. Wenn M. nämlich gesunde Mäuse in Käfigen isolirte und die Füsse der Käfige in Kübel eintauchte, welche mit einer Mischung von Terpentinspiritus und Kampher gefüllt waren, blieben die Mäuse vollkommen gesund; brachte er aber in die Käfige Wanzen, welche aus Käfigen mit Krebsmäusen kamen, so beobachtete er nach Verlauf von einigen Monaten, dass fast alle Mäuse der durch die Wanzen infizirten Käfige von Krebs befallen wurden.

Auf die Häufigkeit des Krebses längs der Wasserläufe hat auch A. Haviland, welcher seit vielen Jahren das Auftreten des Krebses in verschiedenen Theilen Englands verfolgt hat, aufmerk-

sam gemacht. Nach seinen Untersuchungen sind die Ufer des Avon bei Stratford, der Themse bei Oxford, Reading, Richmond und London, der Ouse im Downham Bezirk, des Kennet zu Newbury mit einer grossen Zahl von Krebsigen bevölkert; man rechnet bis zu 4,5 und selbst 7 % Frauen, welche an diesen Orten krebskrank werden. Auch aus der Karte, welche Haviland seinem Werke über den Einfluss von Thon und Kalkstein auf die geographische Verbreitung des Krebses unter den Frauen in England und Wales beigegeben hat, geht deutlich hervor, dass die Bewohner der trockenen Plateaus wenig dem Krebs unterworfen sind, während diejenigen, welche längs der Flüsse mit periodischen Ueberschwemmungen leben, viel häufiger davon befallen sind, eine Ansicht, welche auch von Jackson[1]) getheilt wird.

Von ähnlichen Befunden ist kürzlich wiederum aus England berichtet worden.[2]) Eine vom Birminghamer Zweig der Britisch medical Association eingesetzte Kommission stellte in 4 englischen Grafschaften Nachforschungen an und fand, dass ein feuchter, schlecht drainirter, Ueberschwemmungen ausgesetzter Boden vielfach mit erhöhter Krebssterblichkeit einhergeht, desgleichen ein durch lange Perioden mit Abfällen organischer Natur verunreinigter Untergrund. In dieser Hinsicht gebe es „Krebshäuser", mehr aber noch Häusergruppen mit vermehrtem Befallensein durch Karzinom.

Von deutschen Arbeiten auf diesem Gebiete[3]) sind die sorgfältigen Untersuchungen von Behla über das gehäufte Vorkommen des Krebses in der Stadt Luckau i. L. hervorzuheben. In der niedrig und feucht gelegenen Kalauer Vorstadt sind nachweislich seit dem Jahre 1852 fast in jedem Hause ein und mehrere Krebstodesfälle vorgekommen, wogegen die mittlere Stadt eine wesentlich geringere und die hoch gelegene Sandower Vorstadt nur eine sehr kleine Karzinomfrequenz aufzuweisen haben. Während nach Finkelnburg's und Mäder's (l. c.) Statistik das Verhältniss der Krebstodesfälle zu den Gesammttodesfällen in Preussen durchschnittlich 1 : 40 beträgt, ist dasselbe für ganz Luckau in der Dekade von 1888 bis 1897: 1 : 20, speziell in der Kalauer Vorstadt: 1 : 6, also ein ganz abnorm hohes. Die Kalauer Vorstadt ist rings von Gräben umgeben, welche ein sehr verunreinigtes, übelriechendes, modriges, faulige Blätter in grosser Zahl enthaltendes, an Protozoen und Protophyten ausserordentlich reiches Wasser enthalten. Grosse Quantitäten dieses Grabenwassers werden zur Sommerszeit zum Begiessen der Gartenerde verwendet und dadurch auf Gartenerde und Pflanzen viele Keime zerstreut.

---

[1]) Jackson: The incidence of cancer. Britisch med. Journal; 25. November 1899.

[2]) Reiche: Verbreitungsverhältnisse des Karzinoms. Deutsche med. Wochenschrift; 1901, Nr. 24.

[3]) Graf: Dissertation (Jena), Berlin 1895 und Archiv f. klin. Chirurgie; 1895, S. 144—169.

Nicolai: Korresp.-Blatt des allg. ärztl. Vereins von Thüringen; 1897, Heft 1, S. 1—4.

Behla: Zentralblatt für Bakteriologie; 1898, Bd. XXII, S. 780.

Behla: Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1901.

Behla vermuthet, dass unter ihnen die Krebserreger sich befinden und mit dem rohen Gemüse (Salat, Zwiebeln, Schnittlauch, Radieschen, Rettig, Mohrrüben u. s. w.), welches dort in grossen Mengen verzehrt wird, oft, nachdem es durch Eintauchen und Abspülen in dem Grabenwasser gereinigt ist, in den menschlichen Körper gelangen.

Neuerdings hat Pfeiffer[1]) aus den Ergebnissen der Karzinomzählung in Thüringen mitgetheilt, dass der Krebs in Thüringen ziemlich gleichmässig vertheilt und kein wesentlicher Unterschied zwischen Berg und Thal, Stadt und Land, Reich und Arm hervorgetreten sei. An einzelnen Orten wurde jedoch ein gehäuftes Auftreten des Krebses beobachtet. In Grabsleben ist für die 31 Jahre von 1868 bis 1898 durchschnittlich bei 7% aller Todesfälle Krebs als Todesursache angegeben; für die 6 Jahre 1893 bis 1898 berechnet, steigt diese Ziffer sogar auf 15%. Der Boden dort ist reich an Thon und Mergel und der Untergrund mancher Häuser sumpfig, doch wird Hausschwamm nicht beobachtet. Das Trinkwasser wird Pumpbrunnen entnommen und ist ganz miserabel. Im Dorfe liegen mehrere Tümpel, zwischen denen bachähnliche sumpfige und schlammige Verbindungen bestehen, welche die Abwässer von den Höfen und Ställen aufnehmen. Auch in anderen Orten (Scheuerfeld und Meuselbach) wurde eine Häufung der Karzinomfälle festgestellt und die schlechte Wasserversorgung dieser Ortschaften hervorgehoben. Sehr bemerkenswerth ist die Mittheilung, dass Grossobringen (vergl. oben), welches früher eine auffallend hohe Krebssterblichkeit hatte, sich bei dieser Sammelforschung als krebsfrei erwiesen hat.

Dass der Krebs zuweilen in bestimmten Häusern und Wohnungen lange Jahre hindurch immer wieder auftritt, ist öfters beobachtet worden.[2]) Um nur einige Beispiele zu erwähnen, berichtet Molière, dass in einem gut gebauten Hause in Lyon am Ufer der Saône, welches lange Zeit hindurch von wohlhabenden Leuten bewohnt wurde, im Jahre 1873 der 80jährige Eigenthümer, welcher die erste Etage bewohnte, an Magenkrebs starb. Vier Jahre nachher starb ein 45jähriger Schneider, welcher im Halbgeschoss (Entresol) wohnte, gleichfalls an Magenkrebs. Der Portier, ein alter Soldat, 55 Jahre alt, erlag nach 3 Jahren ebenfalls einem Magenkrebs. Endlich wurde ein 35jähriger Mann, welcher die zweite Etage bewohnte, 2 Jahre nach dem Tode des Portiers von Krebs der Cervicaldrüsen befallen, welcher ihn in einem Jahre dahinraffte. Es kamen demnach in einem Zeitraum von 10 Jahren nicht weniger als vier Fälle von Krebs in diesem Hause vor. S. G. Shattock theilt die Geschichte eines feuchten und jämmerlichen Hauses zu Ashburton in Devonshire mit, in welchem vier

[1]) Pfeiffer: Die örtlichen Verhältnisse des Karzinoms in Thüringen am 15. September 1900. Korresp.-Bl. des allg. ärztl. Vereins von Thüringen; 1900, Nr. 11.

[2]) Bernh. Schuchard: Beispiele von häufigerem Vorkommen von Krebs in einzelnen Lokalitäten. Korresp.-Bl. des allg. ärztl. Vereins von Thüringen, XXIII. Jahrgang, Nr. 9 und XXVIII. Jahrgang, Nr. 5 und 6. (Mit Literaturverzeichniss.)

Personen, welche unter sich keine verwandtschaftlichen Beziehungen hatten, nach einander in weniger als 14 Jahren von Krebs befallen wurden. Wie d'Arcy Power mittheilt, lebte Fräulein B., 45 Jahre alt, in einem Hause in einer Vorstadt Londons und starb 1884 an Magenkrebs. Fräulein T., 47 Jahre alt, bezog nach ihr dieselbe Wohnung und benutzte deren Schlafkammer; sie hatte in dem Hause 20 Jahre lang gelebt und starb im Oktober 1885 an Leberkrebs. Fräulein J., 67 Jahre alt, welche in dem Hause schon 8 Jahre gewohnt hatte, bezog nach ihr dieselbe Wohnung und Schlafkammer und starb 1893 an Brust- und Gebärmutterkrebs. Alle diese Personen schienen sich in vollkommener Gesundheit zu befinden, bis sie als Oberaufseherinnen der Buffetmädchen des Etablissements, in welchem sie sämmtlich so lange Zeit gelebt hatten, in diesem Hause die betreffende Wohnung bezogen; es bestand unter ihnen keine Blutsverwandschaft.

Dass zwei nicht durch Blutsverwandtschaft verbundene, aber in enger Gemeinschaft lebende Personen nach einander von Krebs befallen werden (Cancer à deux) ist durch eine grosse Zahl von Beobachtungen sichergestellt.[1])

Gelegenheit zu eigenen Untersuchungen erhielt der Verfasser, nachdem in Folge des Ministerial-Erlasses vom 16. November 1899 genaue Erhebungen über die Verbreitung des Krebses im Reg.-Bez. Potsdam angestellt waren. Dieselben ergaben auch hier eine wesentliche Zunahme der Krebssterblichkeit in den letzten Jahren, indem im Jahre 1885 auf 10000 Lebende 4,1, im Jahre 1895 aber 6,1 Krebstodesfälle kamen und im Jahre 1885 1,61 %, im Jahre 1897 aber 3,05 % sämmtlicher Todesfälle durch Krebs veranlasst wurden. Zugleich wurde jedoch von ärztlicher Seite auch auf eine hohe Krebssterblichkeit in den Ortschaften Gross-Leppin und Rohlsdorf im Kreise Westpriegnitz, und Paarstein im Kreise Angermünde aufmerksam gemacht.

Die in Folge davon angestellten örtlichen Untersuchungen, welche der Verfasser im amtlichen Auftrage gemeinsam mit den zuständigen Medizinalbeamten[2]) im Oktober und November 1901 ausführte, hatten folgendes Ergebniss:

Gross-Leppin, ein Bauerndorf von 426 Einwohnern liegt nördlich und etwa 6 km von der Eisenbahnstation Glöwen auf einem Gelände, welches von Norden nach der Karthan, einem Nebenflüsschen der Elbe ziemlich stark abfällt. Die beiden Hauptstrassen des Dorfes verlaufen einander paralell von Osten nach Westen und sind durch drei Querstrassen mit einander verbunden.

---

[1]) Behla: Ueber Cancer à deux und Infektion des Krebses. Deutsche med. Wochenschrift; 1901, Nr. 26.

Guelliot: La Contagion du cancer. Union. Association franç. de chirurgie. Procès-verb. 1894. Paris 1895. VIII, und Union de méd. du nord-est. Reims 1895. XIX. S. 78—87. L'hérédité du cancer. Union méd. etc., 1896, XX, S. 249—251. La transmission du cancer. Union etc. 1896, XX, S. 234—240.

[2]) Kreisarzt Dr. Nickel in Perleberg, Kreisarzt Med.-Rath Dr. Benda in Angermünde und Kreiswundarzt z. D. Dr. Podlewski in Oderberg, welchen Herren für ihre werthvolle Unterstützung auch an dieser Stelle verbindlichster Dank ausgesprochen wird.

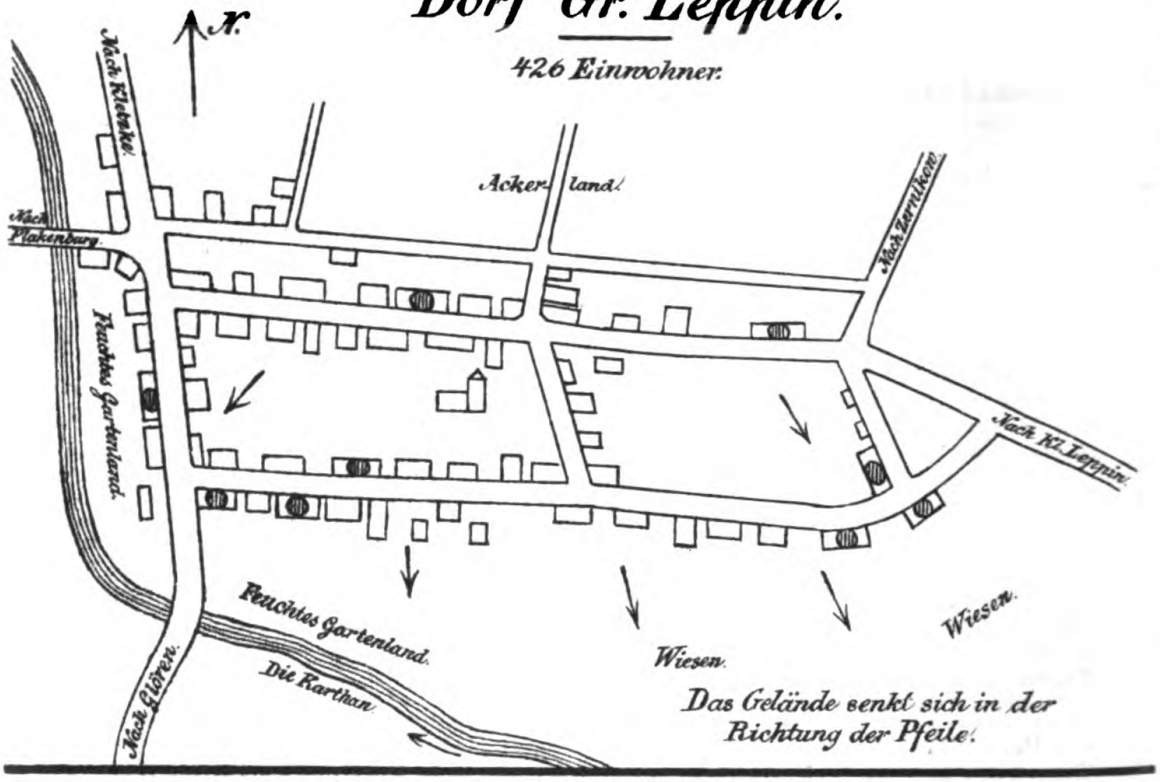
Das Gelände an der südlichen, der Karthan zunächst gelegenen Hauptstrasse ist sehr feucht; das Grundwasser tritt hier bis auf 50 cm an die Erdoberfläche. Hinter den Gehöften dieser Strasse befinden sich Gemüsegärten, welche in die an der Karthan sich hinziehenden Wiesenflächen übergehen. Dichtes Erlengebüch umsäumt hie und da die Flussufer. Die Wasserversorgung geschieht theils durch offene theils mit Holz bedeckte, aus Feldsteinen gemauerte Schachtbrunnen, welche den Düngerhaufen und Viehstätten zuweilen unmittelbar benachbart sind. Das Brunnenwassser ist in Folge davon fast überall sehr trübe. Einige Gehöfte an der westlichen Querstrasse besitzen überhaupt keine Brunnen, sondern entnehmen das gesammte Trink- und Gebrauchswasser der nahen Karthan. Die Wohnhäuser sind im Allgemeinen sauber, die Höfe aber theilweise sehr unreinlich. Der Boden ist, wie fast überall in der Priegnitz, leichter Kartoffel- und Roggenboden. Nach Ausweis des Kirchenbuches und den Mittheilungen des Herrn Sanitätsraths Dr. Dreibholz in Wilsnack, welcher in Gr.-Leppin seit vielen Jahren die ärztliche Praxis ausübt und die an Krebs erkrankten Personen lange Zeit behandelt hat, sind vom 1. Januar 1891 bis 31. Dezember 1900 insgesammt 100 Personen gestorben, davon 8 an Krebs, (1 : 12, 5)[1]). Ausserdem ist im Jahre 1896 eine jetzt 65 Jahre alte Altsitzerfrau F. an Krebs erkrankt und nach operativer Behandlung bisher gesund geblieben. Von den an Krebs Verstorbenen waren 5 männlichen und 3 weiblichen Geschlechts; das Alter schwankte zwischen 37 und 72 Jahren; Sitz des Krebses war 4 mal der Magen, 2 mal die Leber und je 1 mal die Brustdrüse und die Brustwand.

Rohlsdorf ein Bauerndorf von 167 Einwohnern, nordöstlich und 7 km von Perleberg, liegt innerhalb grösserer Wiesenflächen auf einem schmalen von Westen nach Osten sich hinziehenden und nur wenige Meter aus dem Wiesenterrain hervorragenden Erdwall. Auf der Höhe dieses Erdwalles verläuft die Dorfstrasse, welche in Mitten der Ortschaft sich zu einem kleinen Platze erweitert, auf welchem die Schule steht. Hinter den Gehöften fällt das Gelände überall nach den umgebenden Gärten und Wiesen ab. Dieses Garten- und Wiesenland ist sehr feucht, von zahlreichen kleinen Wassergräben und Tümpeln durchzogen und hie und da mit Erlengebüsch bedeckt. Nördlich des Dorfes zieht sich eine schmale, sumpfige, mit Gräben und Wasserlöchern besetzte Niederung hin. Die Gräben und Tümpel enthalten schwach fliessendes oder stagnirendes Wasser, das durch Pflanzen und Baumblätter, sowie zahlreiche kleine Lebewesen der Thier- und Pflanzenwelt sehr verunreinigt ist. Ein etwas grösserer Graben im Westen des Dorfes führt das Wasser einem Flüsschen, der in westlicher Richtung zur Elbe verlaufenden Stepenitz zu. Das Grundwasser steht sehr hoch. Die Gehöfte des Dorfes sind im Allgemeinen recht unsauber; Schmutzwasser und Jauche fliessen von den stark geneigten Höfen den umgebenden Wassergräben zu. Die Brunnen, oft in unmittelbarer Nähe von Dungstätten und Viehställen gelegen, sind meist offene, aus Feldsteinen gemauerte sehr flache Kesselbrunnen, aus welchen mittelst Stangen oder Schwebebäumen geschöpft wird. Das Wasser ist deshalb überall mehr oder minder trübe und stellenweise gelblich gefärbt. Eine Wasserprobe, welche einem der noch am besten konstruirten Brunnen, einem bedeckten Schachtbrunnen mit hölzernem Pumpenrohr entnommen wurde, erwies sich bei der chemischen Untersuchung reich an Ammoniak und salpetriger Säure. Die Lebensart der Dorfbewohner bietet wenig Bemerkenswerthes. Als Lieblingsgericht gilt der sog. „sauere Hansen", die eingemachten Blätter einer sehr hochstämmigen Kohlart, welche man überall in den Gärten findet. Zum Begiessen der Gemüsebeete in trockenen Sommern wird vielfach das Wasser der Gräben und Tümpel verwendet. Auf den Blättern des Kohls und der Rüben finden sich zahlreiche Schmarotzer. — Nach Ausweis des Kirchenbuchs starben in Rohlsdorf in der Zeit vom 1. Januar 1891 bis zum 31. Dezember 1900 insgesammt 43 Personen, davon 7 an Krebs (1 : 6,1). Noch lebend, aber dem Tode nahe wurde die an Scheidenkrebs leidende Schneiderwittwe B. angetroffen. Die an Krebs Verstorbenen sind von Aerzten in Perleberg behandelt worden; es waren 3 Männer und 4 Frauen im Alter von 32 bis zu 86 Jahren. In 3 Fällen handelte es sich um Magenkrebs, und in je 1 Fall um Krebs der Speise-

[1]) Auf den Skizzen sind die Häuser, in welchen Krebserkrankungen vorgekommen sind, durch schattirte Kreise bezeichnet. (Siehe umstehend.)

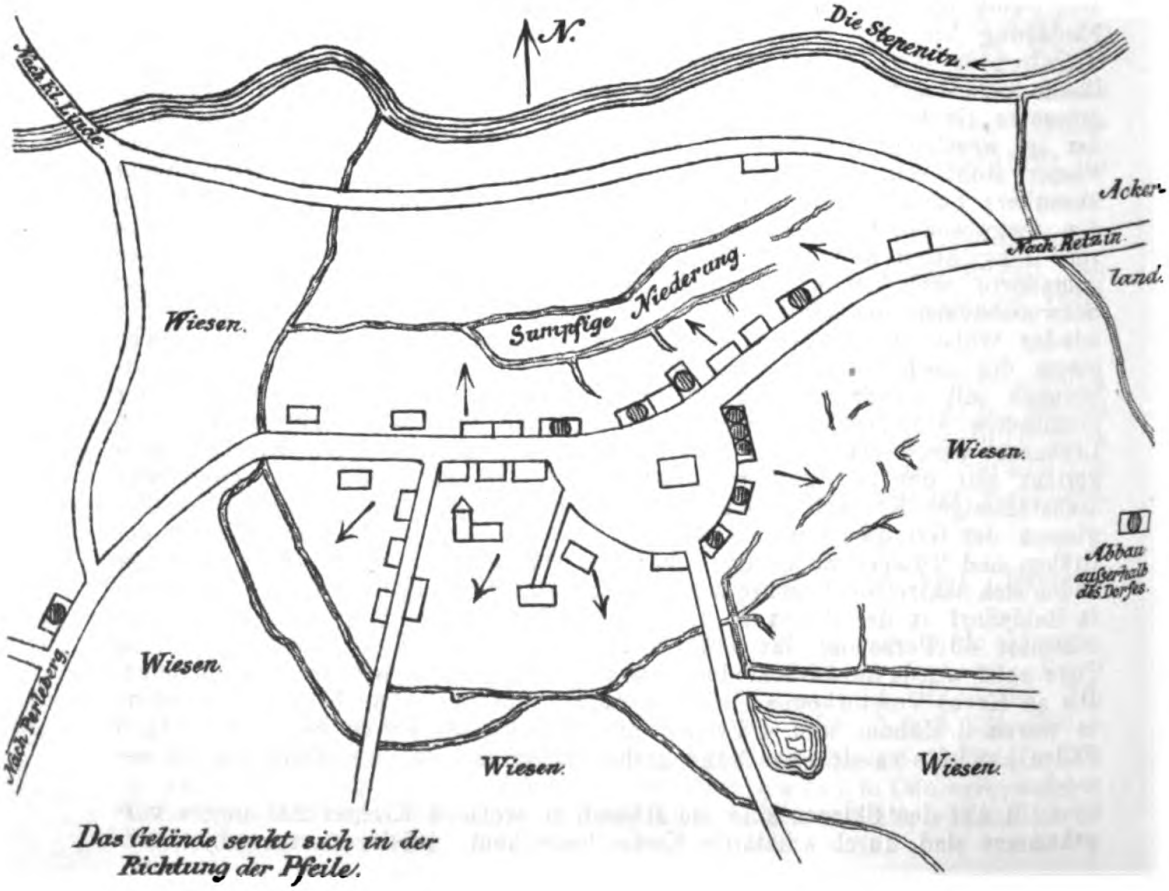
Dorf Gr. Leppin.

426 Einwohner.



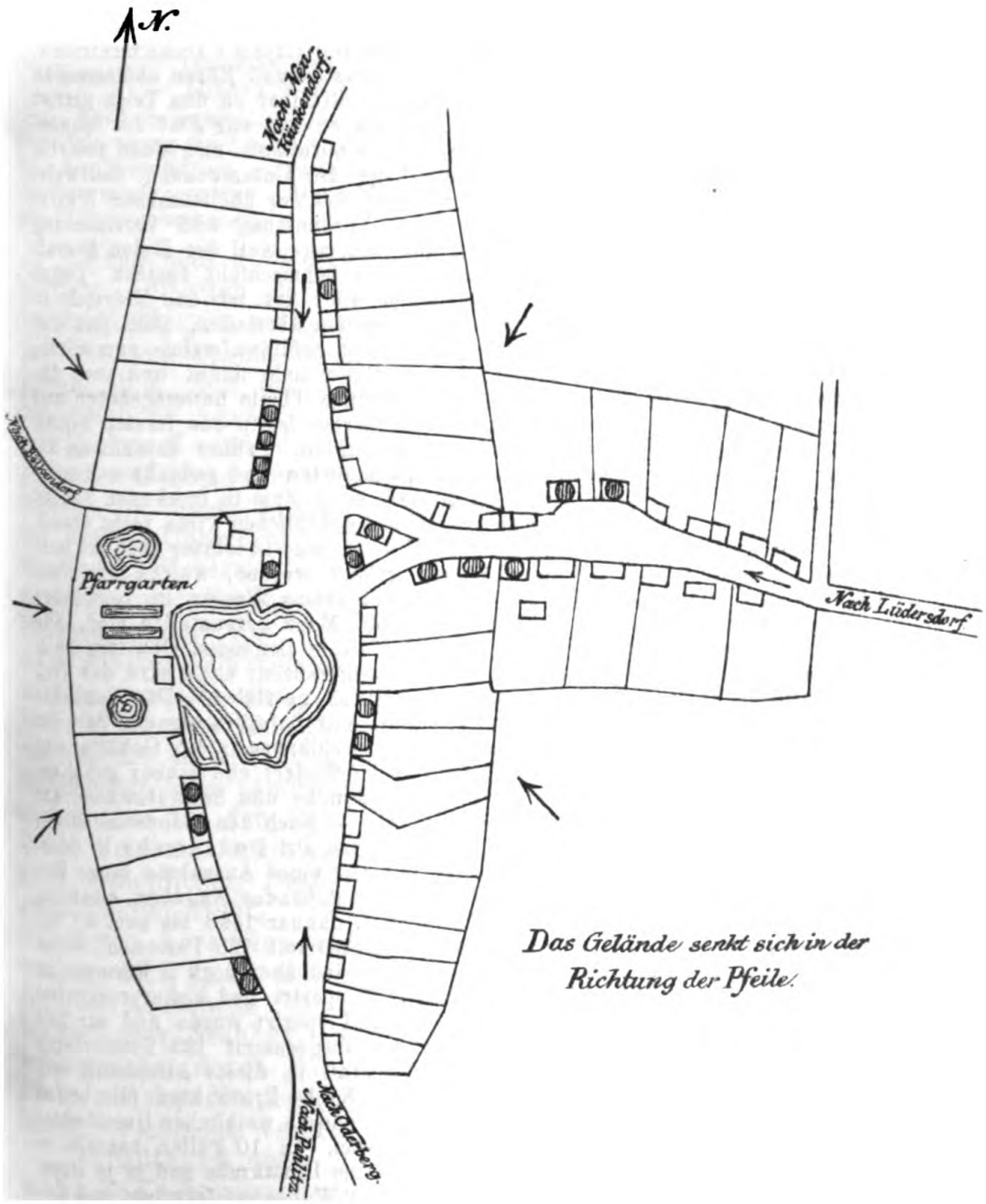
Dorf Rohlsdorf.

167 Einwohner.



Dorf Paarstein.

480 Einwohner.



Das Gelände senkt sich in der Richtung der Pfeile.

röhre, der Leber und der Gebärmutter; in 1 Fall war der Sitz des Krebses nicht genau zu ermitteln. Durch Erkundigung bei dem Ortsvorsteher und anderen Dorfbewohnern wurde weiter festgestellt, dass auf einem Grundstück in den letzten 30 Jahren 3 Personen an Krebs gestorben sind: Bauer F. vor etwa 25 Jahren an Gesichtskrebs, sein Schwiegersohn Bauer K. vor etwa 15 Jahren an Magen- und Leberkrebs, und dessen Ehefrau im Jahre 1900 an Leberkrebs (der letztere Fall ist bereits oben angeführt). Vor etwa 12 Jahren ist dann noch die 40jährige Frau P. an Brustkrebs gestorben.

Paarstein, ein Bauerndorf von 480 Einwohnern liegt in einem kleinen rundlichen Thalkessel. An der tiefsten Stelle des Thales und inmitten des Dorfes, wo die von den Höhen herabführenden Dorfstrassen zusammentreffen, befindet sich ein Teich, welcher alle von den Strassen und Höfen abfliessenden Niederschlags- und Schmutzwässer sammelt. Unmittelbar an den Teich grenzt der Pfarrgarten, welcher bei stärkeren Regengüssen und zur Zeit der Schneeschmelze das überfliessende Wasser des Teiches aufnimmt und dann seeartig überschwemmt wird. Er stand auch am Tage der Untersuchung theilweise unter Wasser. Dieses sehr schmutzige und im Sommer übelriechende Wasser kann nirgends abfliessen, sondern nur durch Verdunstung und Versickerung schwinden. Die Versickerung ist gering und langsam, weil der Boden überall aus einer oberflächlichen mehrere Meter dicken Lehmschicht besteht. Durch jahrhundertelange Zuführung von Abfallstoffen aller Art ist das Erdreich in der Umgebung des Teiches mit organischen Stoffen überladen, auch hat sich am Grunde des Teiches eine dicke Schlammschicht gebildet, welche nur selten, wenn das sich ansammelnde Wasser keinen Platz mehr findet und auch die Dorfstrasse zu überschwemmen droht, zum kleinen Theile herausgehoben und abgefahren wird. Die Wasserversorgung des Dorfes ist in den letzten beiden Jahren eine verhältnissmässig recht gute geworden. Früher entnahmen die Bewohner ihr Trink- und Gebrauchswasser gemauerten und gedeckten Kesselbrunnen, welche trotz einer Tiefe von 40 und mehr Fuss in trockenen Jahren häufig versiegten. Da diese Brunnen wegen der erheblichen Tiefe recht theuer waren — ein Brunnen kostete 2000 bis 3000 M. —, so sind in letzter Zeit auf jetzt bereits 16 Gehöften eiserne Röhrenbrunnen gebaut worden, welche aus einer Tiefe von 32 und mehr Metern völlig einwandfreies Wasser in reichlicher Menge fördern und für einen Preis von etwa 600 Mark herzustellen sind. Für das Vieh aber wurde früher und wird von den näher liegenden Gehöften auch heute noch das Wasser aus dem Dorfteich herausgefahren; auch wird das Vieh bei günstiger Jahreszeit zur Tränke in den Teich getrieben. Der Dorfacker ist guter Weizenboden. Die Bewohner, zum Theil Refugiés aus der Zeit des grossen Kurfürsten, sind im Allgemeinen recht wohlhabend; die Gehöfte sind meist massiv, die Dorfstrassen und viele Höfe gepflastert und sauber gehalten. Doch fliessen von den vielfach geneigten Höfen Jauche und Schmutzwässer auf die Strassen und von hier zum Dorfteich herab. — Nach den standesamtlichen Aufzeichnungen und den Mittheilungen des Herrn Dr. Podlewski in Oderberg, welcher alle an Krebs Verstorbenen mit nur einer Ausnahme lange Zeit behandelt hat und für die Richtigkeit der nachstehenden Angaben einstehen kann, starben in Paarstein in der Zeit vom 1. Januar 1890 bis zum 30. November 1901 (dem Tage der Untersuchung) insgesammt 123 Personen, davon 18 an Krebs (1 : 6,8). In demselben Zeitraum sind aber noch 2 Personen an Krebs erkrankt, von denen eine im Jahre 1897 operirt und bisher rezidivfrei geblieben ist, während die andere im Jahre 1901 operirt wurde und zur Zeit an einem inoperablen Rezidiv leidet. Von den insgesammt 123 Verstorbenen waren 55 über 30 Jahre alt; jeder dritte Todesfall in dieser Altersstufe war demnach durch Krebs verursacht. Von den an Krebs Erkrankten (die beiden noch Lebenden mitgerechnet) waren 9 männlichen und 11 weiblichen Geschlechts; das Alter schwankte zwischen 37 und 77 Jahren. In 10 Fällen handelte es sich um Magenkrebs, in 4 um Leberkrebs, in 2 um Brustkrebs und in je einem Fall um Zungenkrebs, Oberkieferkrebs, Krebs der Wangenschleimhaut und Gebärmutterkrebs. Einige der Erkrankten waren mit einander blutsverwandt; eine im Nachbarsdorfe Lüdersdorf wohnende Frau starb dort an Brustkrebs, ihre in Paarstein verheirathete Tochter 2 Jahre später an Leberkrebs und deren Mann, zugleich ihr Vetter, 1½ Jahre später an Magenkrebs; ausserdem erkrankten Bruder und Schwester.

Das Verhältniss der Krebssterblichkeit zur Gesammtsterblichkeit stellt sich demnach

für Gross Leppin	wie	1 : 12,5
„ Rohlsdorf	wie	1 : 6,2
„ Paarstein	„	1 : 6,8
„ den Reg.-Bezirk Potsdam .	„	1 : 29 [1])
„ die Provinz Brandenburg .	„	1 : 32 [1])
„ das Königreich Preussen .	„	1 : 35 [1])
„ das Deutsche Reich . . .	„	1 : 29 [1])
für einige andere oben erwähnten Orte		
Cormeilles	„	1 : 6,7
Grossobringen	„	1 : 14,6
Luckau, Kalauer Vorstadt . .	„	1 : 6,0 [2])

Die Lebensgewohnheiten der Bewohner von Gross Leppin, Rohlsdorf und Paarsteln unterscheiden sich von denjenigen anderer märkischen Bauern nicht. Die Bevölkerung ist sesshaft und sparsam und zu Exzessen im Essen und Trinken wenig geneigt. Ein erbliches Moment ist nur in einem kleinen Theile der Fälle nachzuweisen.

Wenn man die Eingangs erwähnten Beschreibungen von gehäuftem Auftreten der Krankheit in's Auge fasst und die anliegenden Skizzen betrachtet, wird man bei aller Unbefangenheit und Reserve, welche in dieser schwierigen Frage besonders nothwendig sind, sich der Vermuthung nicht erwehren können, dass das feindliche Agens in der Oertlichkeit steckt. In Gross Leppin und Rohlsdorf sind die feuchtesten, den Wasserläufen zunächst gelegenen Gehöfte von Krebs besonders heimgesucht. Die meisten Häuser, in denen Krebserkrankungen vorgekommen sind, stehen auf nassem Untergrund, in der Nähe von Wiesenland und träge fliessenden Wasserläufen oder stagnirenden Tümpeln. Die Versorgung durch Brunnen ist eine durchweg schlechte, weil die Brunnen weder vor Verunreinigungen von oben her, noch vor unterirdischer Verschmutzung seitens der Viehställe und Dungstätten geschützt sind. In Paarstein befinden sich die meisten von Krebs befallenen Häuser in der Mitte des Dorfes nahe dem Teich, während die an den Ausgängen des Dorfes auf der Höhe gelegenen Gehöfte mit einer Ausnahme von Krebs verschont geblieben sind, ebenso, was aus der Skizze nicht zu ersehen ist, alle Ausbauten. Dieser Umstand weist darauf hin, dass vielleicht der Dorfteich in einer ursächlichen Beziehung zu der grossen Zahl von Krebserkrankungen steht. Das Wasser des Teiches ist wegen seines widerlichen Aussehens wohl niemals als Trinkwasser verwendet worden, doch kann eine etwa im Wasser oder im Schlamme befindliche Krebsnoxe in mannigfacher Art, beim Schöpfen des Wassers oder Tränken des Viehs, beim Reinigen der Wagen und Ackergeräthe, durch Enten und Gänse leicht an die Kleidungsstücke und den Körper der Menschen gelangen und in die Wohnhäuser verschleppt werden.

Auffällig ist auch, dass unter den hier angeführten insgesammt 40 Krebserkrankungen in 29 Fällen der Digestionstraktus Sitz des Krebses war, nämlich 18 Mal der Magen, 7 Mal die Leber, und je 1 Mal die Zunge, die Wangenschleimhaut, der Oberkiefer

[1]) Berechnet für das Jahr 1898 nach den von Rahts bearbeiteten medizinal-statistischen Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Kaiserlichen Gesundheits-Amt; 1901, 6. Bd.

[2]) Behla, l. c.

und die Speiseröhre. Das scheint durchaus dafür zu sprechen, dass eine äussere Schädlichkeit mit der Nahrung in den Körper hineingelangt ist.[1])

Es wird von besonderem Interesse sein, das Verhalten des Krebses in diesen Dörfern auch weiterhin zu beobachten und bei einer etwaigen Zunahme der Krebserkrankungen oder einer Abnahme, wie in Grossobringen, etwa gleichzeitig einhergehenden Veränderungen in der Oertlichkeit nachzuforschen.

Das Anwachsen der Krebserkrankungen ist nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern ein so regelmässiges und stetiges, dass, wenn nicht ein Stillstand eintritt, der Krebs in absehbarer Zeit zu einer ernsten Lebensfrage für den Menschen werden muss. Um Licht in das Dunkel zu bringen und Vorbeugungs- und Schutzmittel zu finden, bedarf es der angestrengten Aufmerksamkeit von allen Seiten, besonders aber seitens der Aerzte in den kleineren Städten und auf dem Lande, welche vor anderen im Stande sind, jeden Krebsfall auch nach der ätiologischen Seite zu verfolgen und von Krebs besonders heimgesuchte Orte, deren es voraussichtlich eine grössere Zahl giebt, genau zu untersuchen. Wenn so ein grosses und immer besseres Beobachtungsmaterial zusammengetragen ist, dann wird es an der Zeit sein, bestimmtere Schlüsse zu ziehen.

Ueber die Auswahl der Lehrtöchter zu dem Hebammenberuf.

Von Medizinalrath Dr. **Max Langerhans**, Kreisarzt und Direktor der Hebammenlehranstalt in Celle.

Mein Referat auf der 16. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins „Ueber Vor- und Ausbildung der Hebammen“ und die Stellungnahme der Versammlung zu diesem Referat und zu meinen Thesen hat Brennecke-Magdeburg Veranlassung gegeben, seine abweichenden Ansichten in einer Brochüre: „Kritische Bemerkungen zu den Verhandlungen der 16. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins“ niederzulegen. Dieselbe enthält scharfe persönliche Angriffe gegen meine Person und gegen den ganzen Medizinalbeamtenstand, zu deren Abwehr ich diese Stelle gewählt habe, nicht nur weil es sich gewissermassen um eine Standesangelegenheit handelt, sondern auch, weil im Laufe der Erörterung sich allerhand wichtige Ausblicke allgemeinen Interesses auf verschiedene Seiten des Hebammenwesens ergeben werden.

Brennecke greift einen Satz heraus, den ich bei Beleuchtung des Freund'schen Vorschlages, die Hebammen am Gebärbette allgemein durch Aerzte zu ersetzen, ausgesprochen habe. „Ein Jeder von uns, sagte ich, wird wohl eine Anzahl von Geburtsfällen in freundlicher Erinnerung haben, welche er allein, d. h. mit Hülfe einer geschulten Wärterin geleitet hat, wo uns

---

[1]) Vergl. Czerny's ausgezeichnete Arbeit: „Warum dürfen wir die parasitäre Theorie der bösartigen Geschwülste nicht aufgeben?“ Beiträge zur klinischen Chirurgie; 25. Bd., S. 265.

wärmster Dank der glücklichen Eltern und reich bemessene klingende Anerkennung zu Theil ward; aber das waren dann wohlhabende Familien u. s. w. —." — Mit Bezug hierauf ruft Brennecke pathethisch aus:

„Ich traute meinen Augen nicht, als ich dies las und zu meinem Erstaunen und grösstem Bedauern auch nicht ein Wort des Widerspruchs gegen diese naiv geäusserte Anschuldigung des Medizinalbeamtenstandes in der nachfolgenden Diskussion gefunden habe! Hat denn wirklich das ärztliche Hebammenunwesen schon soweit um sich gegriffen, dass sich Lehrer und Vorgesetzte der Hebammen nicht zu scheuen brauchen, den Hebammen die Praxis in den höheren Volkskreisen streitig zu machen? Ich hoffe, die Herren werden sich nicht darüber wundern, wenn ich dann die Frage aufwerfe, ob ihr Urtheil über Werth und Brauchbarkeit des jetzigen Hebammenstandes auch jetzt noch als ein unbefangenes bezeichnet werden darf. Ein Konkurrent ist im Allgemeinen nicht sonderlich geneigt, für die Hebung der Kräfte und des Ansehens seiner Konkurrenten einzutreten. Homines sumus!"

Soweit Brennecke! Er ist dann liebenswürdig genug, im Allgemeinen nicht an den guten Willen der Physiker zu zweifeln, aber er hat „lange genug und mit offenem Auge dem Getriebe der Welt zugesehen, um es zu wissen, wie unendlich oft und wie leicht die Schärfe des Urtheils und der Muth der eigenen Ueberzeugung lahmgelegt werden durch entgegenstehende Utilitätsrücksichten!" Und so setzt sich Brennecke über die wuchtige Thatsache, dass die versammelten Medizinalbeamten sich einstimmig gegen seine Theorien ausgesprochen haben, einfach und schlank mit der Erklärung hinweg, dass er das Urtheil dieser sachverständigen Herren nur cum grano salis gelten lassen werde!!

Ob denn Brennecke glaubt, dass eine solche Verdächtigung eines ganzen Standes, eines Standes, der wie kein zweiter, bei dürftigster Entlohnung Pflichttreue und Aufopferung für das allgemeine Wohl bewiesen hat, irgend Jemand anders schädigen kann, als ihn selbst?

Uebrigens bin ich Brennecke die Ursachen nicht schuldig, die mich in langjähriger geburtshülflicher Thätigkeit, wenn ich mich recht entsinne, zwei Mal, es mögen aber auch drei Mal sein, veranlasst haben, allein, d. h. mit Uebergehung der ortsansässigen Hebamme, die Entbindung zu leiten. Ihm sind offenbar die Verhältnisse des platten Landes mit ihren Nothlagen nur von entferntestem Hörensagen bekannt! Ausserdem aber meine ich, Brennecke, der „an jeden Arzt die Frage stellen möchte, ob er einer heutigen Durchschnittshebamme mit gutem Gewissen und ohne Sorgen die Entbindung seiner Frau und seiner Tochter allein überlassen möchte", — Brennecke, der es für Pflicht des Aerztestandes hält „das Publikum zu warnen, es mit allen Mitteln herauszureissen aus der übergrossen Vertrauensseligkeit, die es dem unfähigen Hebammenstand leider noch immer entgegenbringt". — Brennecke ist der Allerletzte, der sich zu wundern braucht, wenn man beim Publikum hier und da unüberwindlichem Widerstand gegen Zuziehung der Hebamme begegnet! Schliesslich aber — und das ist das Wunderbarste! — Brennecke, der ohne Besinnen den Stein wirft auf jeden Arzt, der ohne Hebamme am Gebärbette waltet, derselbe Brennecke hat vor gar nicht langer

Zeit den Freund'schen Vorschlag, alle Hebammen abzuschaffen, nur Wochenwärterinnen auszubilden und die eigentlich geburtshülflichen Geschäfte den Aerzten zu überlassen, recht gut, aber leider nicht durchführbar genannt![1])

Ich habe mich in meinem Referat, wie übrigens Brennecke neuerdings auch sonst, mit allem Nachdruck gegen den Freund'schen Vorschlag ausgesprochen und wenn Brennecke die Geburtsleitung durch den Arzt ohne Hebamme als „die von mir proklamirte Art der Geburtshülfe" bezeichnet, so lege ich dagegen nachdrücklichst Verwahrung ein, und wenn er sogar sich des Gedankens nicht erwehren kann, „als ob mir dies Idealbild ärztlicher Geburtshülfe vor Augen schwebe", und wenn er dann zu Gott betet, „dass Deutschlands Frauen und die noch ungeborenen Kinder vor solcher geburtshülflicher Verwirrung bewahrt bleiben", so hätte er doch besser gethan, sich dieses Gedankens vorläufig zu erwehren und dafür erst ein paar Zeilen weiter meinen Ausführungen zu folgen! Dann wäre ihm nicht entgangen, dass der von ihm so hart angegriffene Satz nur der Vordersatz einer längeren Ausführung ist, dahingehend, dass solche Geburtshülfe im Einzelfalle für den Arzt zwar recht angenehm und einträglich sein kann, dass sie aber doch nicht das Richtige ist. Ganz ausdrücklich sage ich dort: „Meines Erachtens ist überhaupt die Frau die natürliche Beratherin, Trösterin und Helferin der Frau in ihres Lebens schwerster Stunde!" Das heisst doch wohl verständlich genug: An das Gebärbett gehört die Hebamme und nicht der Arzt! Hätte Brennecke nicht nur einzelne Schlagworte aus meinem Vortrage herausgerissen, um sie kritisch zu zerpflücken, sondern sich wenigstens die Mühe gegeben, das Ganze zu lesen, so hätte er bemerken müssen, dass meine Ausführungen in der Forderung gipfeln, die subalterne Thätigkeit bei der normalen Geburt bescheidenen, aber zuverlässigen, subaltern vorgebildeten und subaltern ausgebildeten Hebammen zu überlassen und nur bei pathologischen Fällen den voll wissenschaftlich ausgebildeten Geburtshelfer eingreifen zu lassen! Oder mit anderen Worten, wie ich es in meinem Referat kurz nachher ausgedrückt habe: „Die Vertheilung der geburtshülflichen Verrichtungen zwischen Arzt und Hebamme, so, wie sie jetzt ist, entspricht den Bedürfnissen am besten!"

So und nicht anders, als ein Verwerfen und nicht als ein Billigen ärztlicher Hebammenthätigkeit hat jeder meiner Zuhörer meine Ausführungen aufgefasst, und aus diesem Grunde ist aus der Versammlung heraus keinerlei Widerspruch, sondern allseitige Zustimmung erfolgt. Denn mein Standpunkt wird in dieser Beziehung von den mir bekannten Medizinalbeamten — und das sind sehr viele — eigentlich ausnahmslos getheilt. Ich stehe in dieser Frage durchaus Schulter an Schulter mit Brennecke und habe mich mit Wort und Schrift mehr wie einmal gegen die von anderer

[1]) Beiträge zu einer Reform des Hebammenwesens. 2. Aufl. Heuser's Verlag. 1888. S. 22.

Seite geforderte, weitgehende Ausbildung der Wochenwärterinnen gewehrt, ausschliesslich aus dem Grunde, weil ich die ärztliche Hebammenthätigkeit nicht befördern will. Ich halte Brennecke's Ausführungen zu dieser Frage — soweit sie sachlich sind — mit für das Beste, was er überhaupt geschrieben hat. Aber mein Referat und die Haltung der Versammlung hat ihm keine Veranlassung gegeben, eine solche Philippica zu halten! Freilich wäre ihm dann die Gelegenheit entgangen, mich als einen Menschen abzumalen, der seine Pflichten als Medizinalbeamter und als Hebammenlehrer schnöde vernachlässigt, um seinen Geldbeutel auf Kosten der Hebammen zu füllen[1]) und das schöne Epitheton „Konkurrenten der Hebammen" hätte er den Medizinalbeamten dann auch nicht anhängen können!

Ich meine aber, wer es fertig bringt, seinen vermeintlichen Gegner so vollständig falsch zu verstehen, der hat alle Ursache, vorsichtig zu sein in seinem Urtheil, wenn er selbst, seiner Meinung nach, einmal missverstanden ist! Aber davon ist bei Brennecke nichts zu finden! Im Gegentheil! Auch der übrige Theil seiner Schrift trägt fast durchweg den Charakter des persönlichen Angriffs, der Verdächtigung und der Verunglimpfung und zwar meiner Person. Nur gezwungen entschliesse ich mich, darauf überhaupt zu antworten; denn mir ist Nichts widerwärtiger, als eine solche Pressfehde und nur kurz will ich meiner Entrüstung Ausdruck geben und Einspruch dagegen erheben, dass derartige Gepflogenheiten um sich greifen in ärztlicher Polemik!

Brennecke stösst sich daran, dass ich gesagt habe, die Herren aus der Provinz Sachsen gingen von der Grundanschauung aus, alle Hebammen seien schlecht, grundschlecht, schlecht in moralischer Beziehung, schlecht in Beruf und Pflichterfüllung. „Ich weiss nicht, meint er, welche Aeusserungen der Herren aus der Provinz Sachsen es sein sollen, auf Grund deren es Langerhans wagen darf, ihnen ein so bedenkliches Urtheil über alle Hebammen zuzuschreiben." Ich will Brennecke helfen. Mit den Herren aus der Provinz Sachsen habe ich natürlich ihn in erster Linie gemeint und die Aeusserung, die ich im Sinne hatte, stammt gleichfalls von ihm; es ist die These I, die er in der Generalversammlung des Merseburger Aerztevereins am 4. Oktober 1883 vorgeschlagen hat:

„Der heutige Hebammenstand ist den Anforderungen der modernen Geburtshülfe nicht gewachsen, weder in Anschauung seiner Fachbildung, noch in Anschauung seiner Qualifikation?"

Der Hebammenstand — das heisst doch wohl „alle Hebammen?" So wenigstens haben auch seine Zuhörer unter dem lebendigen Eindruck seines Vortrages seine These verstanden; denn aus der Versammlung heraus betonte Wesche, das ginge doch nicht, in dieser exklusiven Fassung könne die These nicht

---

[1]) **Ich treibe überhaupt keine geburtsärztliche Praxis ausserhalb meiner Anstalt, sehr zum Schaden meines Geldbeutels, aber sehr zum Vortheil meiner Anstalt; denn es ist mir gelungen, da die Kollegen in mir nicht den Konkurrenten sehen, das Material in ungeahnter Weise zu vermehren. L.**

festgehalten werden und auf seinen Antrag ist die These in der abgeschwächten Fassung angenommen worden: „Der heutige Hebammenstand ist in seiner grossen Mehrheit u. s. w.“ Darf ich nun Brennecke ein absprechendes Urtheil über alle Hebammen vorwerfen oder nicht?!

Und dies selbe Garn wird in all' den vielen Brennecke'schen Publikationen fortgesponnen, mal die Nummer etwas feiner, mal auch wieder etwas gröber! Freilich kann er sich darauf berufen, dass er wiederholt und ausdrücklich Ausnahmen zugestanden hat, aber welche Regel lässt denn keine Ausnahme zu? Es giebt wohl auch einmal einen weissen Raben, aber ist deswegen derjenige ein Lügner, der behauptet, alle Raben seien schwarz? Und selten, wie die weissen Raben, muss man sich nach Brennecke's Schriften die guten Hebammen vorstellen, so selten, dass man seiner eigenen Forderung nach auf diese Ausnahmen kein Gewicht legen darf. In der Vorrede zu seinen Beiträgen u. s. w. vom 5. November 1883 sagt er bei Besprechung „des Elendes und der Verkommenheit unserer Hebammenverhältnisse“ ganz ausdrücklich: „Nicht aus der Ausnahme, sondern aus der Regel hat sich ein Urtheil über Tauglichkeit oder Untauglichkeit unseres Hebammenstandes zu bilden.“ Thatsächlich kann Brennecke auch zu gar keinem anderen, als einem durchaus verwerfenden Urtheil über den ganzen Hebammenstand kommen in logischer Konsequenz seiner, von berufenster Seite so nachdrücklich zurückgewiesenen Theorie von der besseren Moral der oberen Stände und der moralischen Verwerflichkeit der niederen Volksschichten:

„So lange man, sagt er, die weibliche Geburtshülfe als eine Domaine der niederen Volksschichten betrachtet, so lange wird man ein Hebammmengeschlecht heranwachsen sehen, das sich in moralischer Qualifikation in Nichts von unseren bisherigen Hebammen unterscheiden wird“ (Beiträge pp., S. 42); und ebenda (S. 44): „Die moderne Geburtshülfe passt nicht für die rohen und schmutzigen Hände und für die rohe Denkweise der niederen Volksschichten — wir verlangen Frauen der gebildeten Stände als Geburtshelferinnen!“

Brennecke geht aber weiter und wirft mir Abweichung von der Wahrheit und Entstellung vor; er glaubt, mit Bedauern einer solchen Kampfweise gegenüberstehen zu können. Der Leser möge selbst urtheilen! Ich habe Folgendes gesagt:

„Nirgends ist mir die moralische Verderbtheit, die Brennecke bei den Hebammen gefunden haben will, „„die durchweg niedere Gesinnung, der tiefe Abgrund gemeiner Denkweise, sittlicher Rohheit und Verkommenheit und der Mangel jeglichen Pflichtgefühls““ entgegengetreten.“

Brennecke weist nach — und darin hat er Recht — dass dies nicht, wie ich irrthümlich angenommen hatte, ein Originalzitat aus seinen Schriften ist, sondern eine Zusammenstellung von Schlagworten aus denselben. Die letzteren alle wörtlich gebraucht zu haben, giebt er zu, aber ich soll durch Einschieben des winzigen Wörtchens „durchweg“ es fertig gebracht haben, ein Urtheil, das er über viele Hebammen gefällt habe, schlankweg als ein über sämmtliche Hebammen abgegebenes darzustellen. Ich habe gar nichts eingeschoben! Ich habe das „Zitat“, sowie es ist, einschliesslich des Wörtchens „durchweg“ aus Diet-

rich's Schrift „Das Hebammenwesen in Preussen" (Merseburg 1896; S. 28) Wort für Wort entnommen. Dietrich führt es dort ohne nähere Quellenangabe als ein Zitat von Romeik an. Ich kenne Romeik nicht, aber man muss doch annehmen, dass er dies in gutem Glauben aus Brennecke's Schriften herausgelesen und als den eigentlichen Sinn derselben wiedergegeben hat. Ja, man darf wohl glauben, dass auch Dietrich diesen Satz nicht abgedruckt hätte, wenn er ihn als ganz aus dem Rahmen Brennecke'scher Denkungsweise herausfallend, als eine plumpe Entstellung angesehen hätte.

Aber ich beabsichtige nicht, mich hinter Romeik oder Dietrich zu verkriechen. Ich habe den angeführten Satz ausgesprochen und ich halte ihn auch noch für eine scharf pointirte, aber durchaus wahrheitsgetreue und charakteristische Wiedergabe des Grundgedankens der Brennecke'schen Darstellungen. Denn wenn jetzt Brennecke glauben machen will, seine Angriffe hätten nur „vielen Hebammen" gegolten, so befindet er sich doch im Irrthum über die Tragweite seiner Behauptungen. Wenn er weiter nichts gesagt hätte, als dass es viele schlechte Hebammen giebt, wenn er diese Behauptung ferner noch dadurch einschränkt, dass diese Kritik des Hebammenstandes 16—17 Jahre zurückläge und dass seitdem eine von ihm freudig bemerkte Besserung der Hebammen eingetreten sei, dann hätte ihm wohl kein einziger Medizinalbeamter widersprochen. Aber ich habe auch noch keinen Menschen gefunden, der das aus seinen Schriften herausgelesen hat. Seine Vorwürfe des mangelnden moralischen Taktgefühls, der gemeinen Denkweise, der sittlichen Rohheit und Verkommenheit gelten — um seine eigenen Worte zu gebrauchen — „dem Hebammenstande, oder, wie er es später einschränkt, dem Hebammenstande in der grossen Mehrzahl, dem Hebammenstande mit wenigen Ausnahmen, nach denen man sich in seinem Urtheile nicht richten soll, der Durchschnittshebamme, der Hebamme aus den niederen Ständen mit den rohen, schmutzigen Händen und der rohen Denkweise!" Ist denn das nun wirklich etwas anderes, als die „Hebamme durchweg", wie Romeik es ausdrückt, wie Dietrich es abdruckt, und wie ich es übernommen habe?

Soll man denn nicht einmal mehr eine Stelle, die jahrelang in dem besten, vollständigsten und gelesensten Quellenwerk unwidersprochen gestanden hat, wörtlich wiedergeben können, ohne sich als Fälscher brandmarken zu lassen? Wohin wollten wir kommen, wenn ich nun in Brennecke'scher Tonart antworten wollte? Und nun will Brennecke mir meine Kampfweise vorwerfen!!

Ich habe neulich in Brennecke's Schriften eine Stelle gefunden, wo er seine krassen Behauptungen einschränkt:

„Die Kritik, sagt er, hat sich mit Vorliebe an meine Thesen geheftet und war gar zu häufig geneigt, angesichts der unverkennbaren Härten und Fehler jener Thesen den guten Kern der Vorschläge völlig zu übersehen."

Dies offene ehrliche Eingeständniss ist ja sehr ehrenvoll für Brennecke, aber seine Uebertreibungen werden dadurch nicht

aus der Welt geschafft und er kann Niemandem einen Vorwurf machen, der diese Stelle, die obendrein in der zweiten Vorrede zu einer seiner vielen, in der Literatur zerstreuten, als Brochüren und Einzeldrucke erschienenen, schwer zugänglichen Schriften übersehen hat.[1]) Ich weiss übrigens nicht, wie er Angesichts dieses Eingeständnisses, Fehler und Härten begangen zu haben, sich jetzt ausdrücklich rühmen mag, „Alles, was er in Sachen des Hebammenwesens gesagt und geschrieben hat, vor Gott und seinem Gewissen verantworten zu können.“[2]) Seine Fehler, seine Härten, seine Uebertreibungen sind uns Medizinalbeamten auf Schritt und Tritt im Wege, wenn wir bei Landräthen, Kreisausschüssen, Kreistagen und Hebammenbezirken bescheidene, aber erreichbare Vortheile für unsere Hebammen erreichen wollen. Und doch ist gerade das Erkämpfen besserer sozialer Existenzbedingungen die unerlässliche Vorbedingung für das allein erreichbare Ziel, die Hebung unseres jetzigen Hebammenstandes.

Damit bin ich fertig mit Brennecke! Ich habe ihm zu seinen persönlichen Angriffen keine Veranlassung gegeben; ich habe im Gegentheil auch in meinem Referat seine grossen und bleibenden Verdienste um das Hebammenwesen mit Wärme und Nachdruck rühmend hervorgehoben; ich bezweifele keinen Augenblick, dass nur die besten Motive und der edelste Idealismus ihn bei seinen Reformbestrebungen beseelen. Aber seine Verdienste entheben ihn nicht der Verpflichtung, auch bei den Gegnern seiner Anschauungen und Bestrebungen den guten Willen und die Redlichkeit des Strebens und der ihnen zu Grunde liegenden Motive anzuerkennen!

Und nun zur Sache!

(Schluss folgt.)

Zusammenstellung der von Hebammen geleiteten Entbindungen.

Bemerkungen

zum Artikel des Med.-Raths Dr. Bauer-Mörs in Nr. 7 der Zeitschrift.

A. Von Dr. Blokusewski, Kreisassistenzarst in Daun.

Meine Erfahrungen über die von dem Kollegen Bauer angeregte Frage sind zu den von ihm gemachten völlig entgegengesetzt.

Ich muss vorausschicken, dass ich bei Uebernahme des hiesigen Kreisphysikats sogleich die Tagebücher einzelner verdächtiger Hebammen mit den Standesamts-Registern vergleichen liess und dass sich dabei grosse Unregelmässigkeiten ergaben, in Folge dessen besondere Vorschriften über die Eintragungen in die Tagebücher eingeklebt wurden, darunter befindet sich auch die Bestimmung, dass die Tagebücher zwischen dem 1. und 10. Januar an den Physikus einzusenden sind. Vom 10.—20. werden sie revidirt, vom 20.—30. können sie von den Hebammen abgeholt werden; die

---

[1]) Beiträge zu einer Reform des Hebammenwesens; 1883.
[2]) Kritische Bemerkungen; S. 7.

bis dahin nicht abgeholten werden durch die Bürgermeister-Aemter wieder zugestellt. In der Zwischenzeit sind die Eintragungen in den Hebammenkalender zu machen. Gegenüber der in anderen Bezirken eingeführten Einsendung von Abschriften der Tagebücher hat dieses Verfahren ausser anderem den Vortheil leichterer Erkennung nicht sofortiger Eintragungen oder anderer Unregelmässigkeiten, zumal in Verbindung mit den seitens der Aerzte eingetragenen Bemerkungen. Hierüber habe ich mich des Weiteren gelegentlich meines Artikels „Zur Statistik der Mortalität des Wochenbetts", Heft 14 dieser Zeitschrift, 1892, ausgelassen.

Der Gang war im Kreise Daun folgender: Ende Dezember sandte ich an jede Hebamme das Formular V mit der Aufforderung: „Alle Geburten des Jahres 1901 sind genau zusammengezählt einzutragen und mit dem Tagebuch bis spätestens zum 10. Januar einzusenden." Allerdings waren die Ausfüllungen theilweise recht mangelhaft, und es wäre hier aucheinfacher gewesen, diese Fehler sogleich selber zu beseitigen, zumal ich sämmtliche Zahlen doch kontroliren musste. Ich sandte aber die fehlerhaften Eintragungen zurück mit Aufklärungen, damit die nächstjährigen Ausfüllungen richtiger würden. Da die Hebamme ja nur eine Reihe des Formulars für jedes Jahr braucht, reicht dasselbe für viele Jahre.

Am 20. Januar konnte ich bereits folgendes Resultat hinschreiben:

„Standesamtlich sind 1016 Kinder als „todt und lebend geboren" gemeldet, darunter 16 Zwillinge, was genau 1000 Entbundene ergiebt. Die Tagebücher der Hebammen enthalten 897 Entbundene, demnach sind ohne Hülfe der Hebammen entbunden 103 = 10 %. Unter Berücksichtigung der in den standesamtlichen Zahlen nicht enthaltenen unzeitigen Geburten erhöht sich dieser Prozentsatz etwas; der Prozentsatz der von Nichthebammen geleiteten Geburten bleibt aber unter 10, weil mehr Geburten ohne jede Kunsthülfe erfolgen, als unzeitige Geburten von den Hebammen geleitet bezw. in das Tagebuch eingetragen sind. Da hier früher der Prozentsatz der von Nichthebammen geleiteten Geburten ein höherer war, so dürfte eine Besserung in Folge der Anwendung des §. 5 der Prov.-Polizeiverordn. vom 2. April 1891 eingetreten sein.

Weiterhin führte ich unter Bemerkungen aus:

„Die Geburten in Nachbarkreisen sind nicht in Abzug gebracht, weil sich diese Zahlen gegenseitig ausgleichen. Den 48 standesamtlich als „todtgeboren" Gemeldeten stehen 50 seitens der Hebammen Eingetragene gegenüber; ferner fehlen in den Listen der Hebammen 4 Zwillingsgeburten. Diese geringen Differenzen werden sich aber bei genauerer Kontrole für die Zukunft beseitigen bezw. erklären lassen."

Nun zu den Ausführungen des Kollegen Bauer und zwar will ich dabei die Reihenfolge des Textes einhalten:

1. Das Statistische Bureau verwerthet doch nur die standesamtlichen Angaben, daher ist die Aufstellung durch den Kreisarzt nöthig.

2. Hindernisse bestehen, wie ich gezeigt, gar nicht, geschweige denn unüberwindliche. Bedingung für Richtigkeit der Zusammenstellung ist natürlich die richtige Führung der Tagebücher. Mögen in denselben aber auch Mängel vorkommen, so haben diese wenig Einfluss auf die geforderten Zahlen; denn diese dürften nur bei ganz vorschriftswidriger Führung nicht oder unrichtig aus den Tagebüchern zu ersehen sein, und eine solche

lässt sich, besonders unter den jetzigen Verhältnissen, leicht beseitigen.[1])

3. Wo die standesamtlichen Zahlen nicht geliefert werden, sind sie unschwer zu erhalten, besonders wo das Amt des Standesbeamten nicht als Ehrenamt und in der Regel von den Ortspolizeibehörden versehen wird, wie z. B. in der Rheinprovinz. Es ist dazu nur die Zahl der standesamtlichen Geburten, darunter diejenigen der Todt- und Zwillingsgeburten nöthig, wie sie hier auf Grund der Reg.-Verfügung vom 19. Oktober 1877 und 31. Juli 1888 am Schluss jedes Vierteljahres geliefert werden. Dagegen braucht keine Mittheilung der Zahlen der Hebammen zu erfolgen. Eine solche Prüfung der Hebammen-Zahlen kann einmal gelegentlich im Anschluss an anscheinend falsche Eintragungen von den Standesämtern ersucht werden, aber nicht zu diesem besonderen Zweck; sie ist, wie Kollege Bauer selber erfahren hat, nicht nur unmöglich, sondern auch, wie ich gezeigt habe, unnöthig, da es völlig gleichgültig ist, ob der einzelne Fall die Frau Schulz oder Müller betraf. Die allgemeine Richtigkeit der Eintragungen in's Tagebuch muss aber vorher gewährleistet sein, was jetzt in Folge der Feststellungen bei Todesfällen bezw. Erkrankungen an Kindbettfieber noch leichter ist, aber auch früher schon möglich war.

4. Natürlich kann man aus der Differenz der standesamtlichen und der Hebammen-Zahlen einen Schluss auf die „ohne Hülfe von Hebammen" erfolgten Entbindungen machen, sogar einen rechnerisch ziemlich richtigen, sobald die Hebamme jede Geburt wenigstens einträgt, ja sogar, wie ich gezeigt, einen Schluss auf die durch Nichthebammen geleiteten Geburten.

5. Ich habe keine einzige Anfrage an Jemand ausser an die Hebammen zu richten brauchen. Daraus ergiebt sich auch die Beantwortung der Frage: „ob die Sache eine solche Mühe und Last werth ist", zumal wenn man berücksichtigt, dass in viel weniger wichtigen Angelegenheiten bedeutend genauere Kontrole geführt wird, z. B. im Impfgeschäft.

6. Diese Art der Kontrole ist m. E. sogar das Geringste, was man beanspruchen kann, wenn die Verhältnisse überhaupt gebessert werden sollen, aber vorläufig genügt sie. Der Kreisarzt erhält dadurch einen sehr guten Ueberblick über die Inanspruchnahme bezw. Leistungen und Erfolge der einzelnen Hebammen im Allgemeinen. Das Genauere über das Verhalten der Hebammen geben ja die wohl in allen Regierungsbezirken angeordneten Uebersichten über die Erkrankungen bezw. Todesfälle der Wöchnerinnen, und hierunter fallen auch die von Bauer in Formular V ver-

[1]) Ich habe hierselbst nur wenige geringe Bestrafungen in der ersten Zeit erfolgen lassen, lasse mir gelegentlich der Dienstreisen die Tagebücher vorlegen, ersuche die Kollegen, gelegentlich der Geburten Eintragungen zu machen, revidire die Mängel beim Jahresanfang, schreibe dieselben der Hebamme zur Befolgung in's Tagebuch und nehme gelegentlich der Nachprüfungen die häufigsten Mängel besonders durch. Dadurch habe ich erreicht, dass keine wichtige Eintragung fehlt; ich kann auch annehmen, dass die Eintragungen richtig sind. Natürlich wäre häufigere unerwartete Kontrole noch zweckmässiger, aber es ist nicht Alles auf einmal zu verlangen.

missten Angaben über Fehlgeburten und deren Ausgang, und ob die Hebammen ihre Schuldigkeit gethan haben oder nicht. Solche Angaben würden im Gegentheil das Formular V unnöthig erschweren. Was ich allenfalls vermisse, ist eine bessere Uebereinstimmung der Spalten des Tagebuchs mit den im Formular V gestellten Fragen und ferner Rubriken für übersichtlichen Abzug unzeitiger Geburten, sowie für Mehrgeburten und für Hülfeleistungen der Hebammen selbst, z. B. Wendungen; aber auch dieses kann man unter die Rubrik Bemerkungen einfügen. Der Herr Kollege scheint sich demnach die Sache unnöthig schwer gemacht zu haben und ich habe den Eindruck, dass er von falschen Voraussetzungen ausgegangen ist.

B. Von Kreisarzt Dr. **Brinkmann** in Wollstein.

Der Herr Kollege Bauer-Mörs fordert am Schlusse seines gewiss dankenswerthen Aufsatzes in Nr. 7 dieser Zeitschrift auf, sich zu der von ihm angeregten Angelegenheit zu äussern.

Ich muss zu meinem Leidwesen versichern, dass ich die ganze Angelegenheit, die übrigens von meinem Amtsvorgängers Kollegen Schröder-Kattowitz, vorzüglich eingeleitet war, nicht so erheblich tragisch genommen habe, weil ich mir von vornherein sagen musste, dass es unmöglich sei, eine durchaus genaue, durch Nichts zu trübende Statistik zu bekommen. Ich nahm an, dass die Veranlassung zu dieser ganzen Sache, die man ja, wie Herr Kollege Bauer so richtig bemerkt, ruhig dem statistischen Bureau hätte überlassen können — sind wir doch als Physiker mit der schönen papiernen Bockendahl'schen Statistik nicht immer gerade gern und angenehm beschäftigt gewesen — der Gedanke gewesen sei, einmal festzustellen, wieviel Entbindungen in jedem Kreise durchschnittlich durch Pfuscherinnen geleitet werden. Dass dabei eine peinlich genaue Zahl nicht herauskommen kann, ist klar, und so habe ich mir den Durchschnitt der entbundenen Personen aus der Statistik der letzten 5 Jahre ausgezogen, mit diesen die gewonnene Zahl der durch Hebammen geleiteten Entbindungen rechnerisch zusammengebracht und mir eingebildet, dass dieses vollständig genüge.

Sieht nun der Kreisarzt aus den gewonnenen Zahlen — im Kreise Bomst beträgt die Zahl der nicht durch Hebammen geleiteten Entbindungen rund 40 % — dass die Pfuscherentbindungen im Kreise zunehmen, so ist es seine Pflicht und Schuldigkeit, seinem Kreisausschusse Vorschläge zu machen, behufs Aenderung der Hebammenbezirke, Zuziehung besserer und zahlreicherer Hebammen u. s. w.

In meinem früheren Amtskreise ärgerte mich auch die über 50 % betragende Zahl der Pfuscherentbindungen. Ich bat den damaligen Landrath, mir Karten drucken zu lassen, welche an die Standesämter vertheilt wurden und durch welche diese mir jeden einzelnen Fall mit Namensnennung der Entbundenen und der Pfuscherin anzeigen mussten. So hatte ich eine genaue Uebersicht über die Zahl der Pfuscherentbindungen, lernte die Namen

der Pfuscherinnen kennen, konnte dem Gericht mit einer grösseren Anzahl von gewerbsmässigen Pfuscherinnen aufwarten und — eine Wirkung, die ich weder beabsichtigt, noch erhofft hatte — die Zahl der durch Pfuscherinnen geleiteten Entbindungen nahm in zwei Jahren um 12 % ab.

Ob ich immer von allen Standesämtern genaue Nachricht bekommen habe, wage ich, ohne den Herren Standesbeamten zu nahe treten zu wollen, doch ernstlich zu bezweifeln; werthvoll war die ganze Einrichtung für mich auch in ihrer Ungenauigkeit. Und wenn ich zum Schlusse meiner Ausführung noch einmal auf Formular V zurückkommen darf, so fasse ich meine Ansicht dahin zusammen: Nicht die durchaus genaue Statistik ist unsere Aufgabe, denn eine durchaus zuverlässige Statistik ist unmöglich; stimmt es mal nicht ganz genau, so wird wohl überall mit dem Stimmhammer nachgeholfen. Es kommt eben nur darauf an, dass wir aus einer solchen Statistik die Zu- oder Abnahme der Pfuscherentbindungen erkennen und danach unsere Massnahmen treffen. Das ist doch wohl die Hauptsache.

C. Von Med.-Rath Dr. Litterski, Kreisarzt in Grottkau.

Der verehrte Herr Kollege in Mörs scheint sich die Sache schwieriger zu machen, als sie in Wirklichkeit ist. Wenn er behauptet: wer kann ihm die Gewissheit schaffen, dass die Hebammen die Geburten korrekt eingetragen haben etc., so möchte ich mir erlauben, dazu zu bemerken,dass man auch nicht zu skeptisch sein darf. — Die Hebammen sind vereidigt, haben ihre Pflichten gewissenhaft zu erfüllen und auch das Tagebuch richtig zu führen. So lange man sich vom Gegentheil nicht überzeugt hat, muss man den Hebammen nach meiner Ansicht, wie anderen Beamten, mit Vertrauen entgegentreten. Stellt sich heraus, dass Unkorrektheiten vorzukommen scheinen oder sind, dann ist es Sache des Kreisarztes, den betreffenden Hebammen auch in dieser Hinsicht mehr auf die Finger zu sehen.

Der Kreisarzt hat die Hebammen stets zu kontroliren, hat sich dieselben gleichsam zu erziehen; es ist dann sicher zu erwarten, wenigstens nach meinen Erfahrungen, dass die Hebammen auch gehorchen, Alles thun, was verlangt wird, und auch thatsächlich ihre Tagebücher korrekt führen.

Also ich setze unter den angeführten Bedingungen die Korrektheit der Tagebücher und was daran und darum hängt — Angabe der Operationen der Aerzte, Fehlgeburten, Todesfälle etc. — voraus!

Abschriften dieser Tagebücher, noch besser die Tagebücher selbst (bei den Abschriften könnte eventuell Mogelei vorkommen) lasse ich mir im Januar einschicken, sehe dieselben durch und entnehme daraus das Nothwendige für das Formular V.

Bezüglich der auf den Standesämtern gemeldeten Geburten etc. habe ich mich entweder direkt, oder durch das Königl. Landraths-Amt, an das statistische Bureau in Berlin gewandt und gebeten, Abschrift des Formulars 2a und 2b für die Volkszählung gegen

eventuelle Kopialien-Entschädigung zu schicken, was stets bereitwillig geschehen ist. Dann besitze ich die im Kreise standesamtsmässig gemeldeten Geburten und die von den Hebammen geleiteten Geburten etc. Ich kann nunmehr vergleichen, wie viel Geburten von den Hebammen geleitet, wie viel auf die Kurpfuscherweiber etc. entfallen, die wohl in manchen Kreisen recht erheblich sein mögen, z. B. in meinem früheren Kreise Wirsitz etwa 40 %, dagegen im hiesigen Kreise Grottkau annähernd nur 1 % — ein gewaltiger Unterschied!

Eine absolute Richtigkeit wird dadurch selbstverständlich nicht erzielt und kann kaum erzielt werden, weil an den Kreisgrenzen die Hebammen auch im anderen Kreise praktiziren und umgekehrt; aber annähernd dürfte es wohl stimmen. Auf die absolute Richtigkeit dürfte es nach meiner Ansicht auch nicht ankommen, wenn man nur im Allgemeinen einen Ueberblick gewinnt, inwieweit das Hebammenwesen im Kreise funktionirt, inwieweit das Kurpfuscherthum blüht oder nicht. — Dieser Modus des Verfahrens erheischt allerdings auch etliche Stunden Arbeit, aber doch nicht monatelanges Hin- und Herschreiben, wie der Herr Kollege aus Mörs behauptet.

Ich will nicht behaupten, dass dieses Verfahren allein richtig und angebracht sei, aber einfacher ist es entschieden.

Ob bei dem komplizirten Verfahren des Herrn Kollegen in Mörs grössere Richtigkeit und Genauigkeit erzielt wird, vermag ich nicht zu beurtheilen, und will mich seinem Wunsche gemäss nur zur Sache äussern.

Staatlich geprüfte Heilgehülfen.

Von Kreisarzt Dr. Reimann in Neumünster.

Bekanntlich wird beabsichtigt, dem seit etwa 30 Jahren in raschem Rückgang befindlichen nützlichen Institut der approbirten Heilgehülfen dadurch wieder aufzuhelfen, dass man das Arbeitsgebiet dieser Personen erweitert und durch Dienstanweisung, Gebührenordnung und Titel ihrer Stellung einen amtlichen Charakter giebt.

Ich möchte dazu zunächst einige Bedenken allgemeiner Art, und für den Fall, dass man diese nicht theilt, einige Wünsche äussern. Sollten weder die einen, noch die anderen Beachtung finden, so wird es mir genügen, de lege ferenda und nicht de lege lata geschrieben zu haben.

Eine besondere Berufsklasse staatlich geprüften Sanitätshülfspersonals halte ich für gänzlich unvereinbar mit der Freigabe des Heilberufes. Nur, wenn es möglich ist, dieses Personal in seinem Erwerb etwa in der Weise zu schützen, wie die Hebammen, und es damit auf einigermassen gesicherte materielle Grundlage zu stellen, wird man es — unter Beihülfe einer guten Ausbildung — vor der Gefahr schützen, die Grenzen seines Wissens und Könnens zu überschreiten, wird man es zu einem wirklich nutzbringenden Faktor unseres Sanitätswesens gestalten.

Dass ohne Erfüllung jener Vorbedingung der Stand der approbirten Heilgehülfen nicht lebensfähig ist, hat die Vergangenheit gelehrt, und die Zukunft wird es bestätigen, wenn es nicht gelingt, diese im Verfall begriffene Berufsklasse auf gänzlich veränderten Grundlagen wieder herzustellen, als welche ich an erster Stelle die Aufhebung der Kurirfreiheit ansehe.

Es dürfte nur wenige praktisch veranlagte Menschen geben, die sich dazu herbeilassen, sich einer mit Opfern an Zeit und Geld verbundenen Ausbildung, sodann einer Prüfung und im Falle deren Bestehens einer Beschränkung ihrer Berufsübung auf ganz bestimmte Hülfsleistungen zu unterwerfen, ferner staatliche Aufsicht über Berufsübung, Instandhaltung der Geräthe und Desinfektionsmittel, Führung eines Tagebuches, Gebührentaxe sich gefallen zu lassen, ohne mehr dafür einzutauschen als den Ehrentitel eines staatlich geprüften Heilgehülfen.

Es fällt dabei in's Gewicht, dass die Bevölkerung heutzutage zur Noth noch unterscheidet zwischen approbirtem Arzt und Kurpfuscher, zwischen letzterem aber und dem staatlich geprüften Heilgehülfen in Wirklichkeit einen Unterschied nicht macht und nicht kennt. Der Barbier, der im Nebenberuf, und der seinen Beruf verfehlt habende Hausknecht, welcher im Hauptberuf ohne Befähigungsnachweis sich mit Heilversuchen beschäftigt, gelten beim Publikum genau dasselbe, wie der staatlich approbirte und konzessionirte Heilgehülfe und Massör.

So lange man daher nicht in der Lage ist, dem staatlich geprüften Sanitätshülfspersonal einen festen wirthschaftlichen Halt geben zu können durch Ausschluss zwar nicht diplomirter, sonst aber nicht nur gleich, sondern mehr berechtigter Elemente vom Wettbewerb ums Brot, wird es nicht gelingen, jenem Beruf intellektuell und ethisch geeignete Personen in genügender Zahl zuzuführen und zu erhalten.

Wie die Verhältnisse jetzt einmal liegen, erscheint es selbst bedenklich, die Anforderungen hinsichtlich allgemeiner Befähigung und fachlicher Ausbildung der künftigen Heilgehülfen zu steigern, so nothwendig dies sonst ist in Rücksicht auf das erweiterte Arbeitsfeld derselben und den vorgesehenen amtlichen Charakter ihrer Stellung. Jede Erhöhung dieser Anforderungen wird naturgemäss den Kreis der für den Beruf überhaupt Qualifizirten einengen und die Zahl der sich zur Ausbildung und Prüfung Meldenden verringern. Es wird also durch Steigerung der Forderungen eine Verminderung der Glieder dieser für das moderne Sanitätswesen fast unentbehrlichen Berufsklasse, mithin das Gegentheil dessen erreicht werden, was wir beabsichtigen und wünschen.

Allein selbst auf die Gefahr dieses Misserfolges hin müssen wir doch schon an die allgemeinen Fähigkeiten des unteren Heilpersonals gewisse unentbehrliche Requisite stellen, welche nicht auf die moralische Qualifikation zu beschränken sind, sondern auch die körperliche, und vor Allem die intellektuelle Befähigung in's Auge zu fassen haben.

Auf die sittlichen Erfordernisse für den Beruf ist Bedacht

genommen, indem ein polizeiliches Unbescholtenheitszeugniss für die Zulassung verlangt wird. Nicht minder nothwendig erscheint es, hinsichtlich der geistigen Begabung eine Auslese unter den etwaigen Aspiranten zu treffen. Bekanntlich geschieht das auch bei den zur Erlernung des Hebammenfaches sich meldenden Personen, und zwar zum grössten Vortheil für die Sache. Die Anforderungen an die intellektuelle Befähigung für eine bestimmte Berufsgattung sind ausser von der Schwierigkeit der Erlernung des Faches abhängig zu machen von der für die Ausbildung gebotenen Zeit. Für die Heranbildung des Sanitätshülfspersonals ist ein Zeitraum von nur 6 Wochen in Aussicht genommen. Für den Unterricht der Hebammen werden 6 Monate in der Regel als eine knapp bemessene Frist betrachtet; man erstrebt ihre Verlängerung und hat sie vielfach bereits auf 9 Monate erhöht. Hiernach hätte die Auswahl unter den Aspiranten für den Heilgehülfenberuf hinsichtlich der geistigen Befähigung mit ganz besonderer Sorgfalt zu erfolgen.

Die Heilgehülfen und Massöre mit ihren gegenüber dem Hebammenberuf kaum minder verantwortlichen, sicher aber ungleich vielseitigeren Berufsaufgaben sollen in 6 Wochen, wenn auch jetzt im Krankenhause, ausgebildet werden, und zwar so, dass sie nicht kurpfuschen. Dass sie an dieser Klippe nicht scheitern, davor kann, wie schon Wernich[1]) in der Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins 1891 treffend hervorgehoben hat, in erster Linie eine besonders sorgfältige Schulung schützen. Einen ferneren wesentlichen Schutz dagegen bietet ein auskömmlicher Verdienst, keinen Schutz die noch so scharfe Umgrenzung der Befugnisse in Heilgehülfenordnungen.

Einem im Erfassen und Denken nicht geübten Menschen mit Durchschnittsbegabung alle die Kenntnisse und Fertigkeiten, die der künftige Heilgehülfe und Massör praktisch ausüben soll, in einem Zeitraum von 6 Wochen beizubringen und bei ihm zu befestigen, erscheint kaum als möglich, selbst unter den günstigeren Verhältnissen der anschaulichen Unterrichtsmethode eines Krankenhauses und bei bester Lehrbefähigung des Krankenhausarztes, die ja nicht überall vorauszusetzen ist. Ich halte diese Lehrzeit nicht für ausreichend selbst bei vortheilhaftester geistiger Veranlagung des Lernenden, bezw. bei sorgfältigster Auslese der sich zur Ausbildung Meldenden.

Um ein seinen erweiterten Berufspflichten gewachsenes Sanitätshülfspersonal heranzubilden, welchem der praktizirende Arzt eine hydropathische Einwickelung, einen Wundverband oder die Massage vertrauensvoll überlassen kann, wäre eine wenigstens 3monatige Lehrzeit im Krankenhaus zu fordern.

Es müssten ferner, gleichwie von den Hebammen, Nachprüfungen in etwa 3jährigen Zwischenräumen vorgeschrieben werden, damit die approbirten Heilgehülfen ihre Kenntnisse von

[1]) Wernich: Schlussvortrag aus dem Cyklus: „Der Entwickelungsgang im Preussischen Medizinalwesen." Bericht über die 9. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins 1891.

Zeit zu Zeit aufzufrischen veranlasst werden, und vor zu krassem Banausenthum bewahrt bleiben. Die Nachprüfungen wären zugleich ein werthvoller Bestandtheil der den Kreisärzten obliegenden Kontrole über diese Berufsklasse; sie sollen Gelegenheit geben, die Leute immer wieder auf die ihrer Thätigkeit gezogenen Grenzen hinzuweisen. Soweit es möglich ist, wären die Nachprüfungen in Krankenhäusern abzuhalten; indessen erscheint das nicht als unbedingt nothwendig.

Was nun die Berufsleistungen des Sanitätshülfspersonals im Einzelnen betrifft, so ist gegen die Einbeziehung der Massage in den Kreis dieser Handleistungen dann nichts einzuwenden, wenn man die Ausführung der Massage lediglich auf ärztliche Weisung hin gestattet, wie es auch beabsichtigt ist. Mit schwedischer Heilgymnastik oder Thure Brandt'scher Massage braucht man die Heilgehülfen nicht bekannt zu machen.

Bedingungslos auszuschliessen wäre hingegen von der Berufsthätigkeit des unteren Heilpersonals das Katheterisiren. Die Anwendung des männlichen Katheters ist selbst unter den einfachsten Umständen ein ebenso subtiler wie gefahrvoller Eingriff. Derselbe muss daher Leuten vorbehalten bleiben, welche mit genauer Kenntniss der anatomischen Verhältnisse der betreffenden Theile die nöthige Sicherheit und Geschicklichkeit der Hand, vor Allem aber peinliche Gewissenhaftigkeit verbinden und sich jeder Zeit gegenwärtig zu halten vermögen, dass sie durch irgendwie brüskes Vorgehen schweren und oft gar nicht wieder gut zu machenden Schaden stiften. Einem nur 6 Wochen lang in allen möglichen Handleistungen ausgebildeten Menschen gebe man den Katheter zur Anwendung bei Anderen nicht in die Hand! Es liegt darin eine Gefahr nicht nur für den Kranken, sondern auch für den Heilgehülfen selbst mit Rücksicht auf §. 222 des Strafgesetzbuches. Was aber der Heilgehülfe nicht praktisch bethätigen soll, darin unterweise man ihn lieber nicht.

Ich glaube nicht, dass wir auf einen Ansturm von Aspiranten für den Ehrentitel eines „staatlich geprüften Heilgehülfen und Massörs" zu rechnen haben. Die Aussichten für das Sanitätshülfspersonal liegen noch ohngefähr so wie vor 33 Jahren beim Erlass der Gewerbeordnung für das Deutsche Reich — keinesfalls besser, eher schlechter. Der Erfolg des Versuches, der hinsterbenden Berufsklasse der Heilgehülfen durch Regulativ aufzuhelfen, dürfte zusammenschrumpfen nicht einmal zu einer Zivilversorgung, sondern im günstigsten Falle zu einer Staffage für vormalige Lazarethgehülfen oder Sanitätssergeanten, wie sie jetzt heissen.

Auch von diesen werden unter der Herrschaft der Kurirfreiheit viele den amtlichen Titel wegen seiner die Berufsübung hemmenden Pertinenzien mehr als Bürde, denn als Zierde empfinden, und manche derselben, soweit sie gewissenhafte Leute sind, den Titel zur Verfügung stellen, sonst ihn behalten, aber ihr Gewerbe so betreiben, als hätten sie ihn nicht. Und das hat mit ihren Paragraphen die Gewerbeordnung gethan!

Zur Impftechnik.

Von Sanitätsrath Dr. Weichardt in Altenburg.

Im Anschluss an meinen Artikel in Nr. 11 des vorigen Jahrgangs dieser Zeitschrift findet sich zwei Nummern später in einer kurzen Veröffentlichung des Kreisarztes Dr. Hansen folgende Bemerkung:

„Die Probeimpfung dürfte am zweckmässigsten in der Lymphbereitungsanstalt ausgeführt werden. Auf jeder Begleitkarte wäre eine Angabe über die Stärke der Lymphe zu machen."

Hiergegen lässt sich kaum etwas einwenden. Ja ich möchte diesem Wunsche Hansens hinzufügen: es würde geradezu von allergünstigstem Einfluss auf unser Impfwesen sein, wenn die Vorsteher der staatlichen Anstalten sich dazu verstehen wollten, die Stärke der Lymphe auf den Begleitkarten genau anzugeben; denn dann vermöchte man die soeben erhaltene Lymphe nach Möglichkeit frisch zu verimpfen, ohne die aus Unkenntniss ihrer Stärke drohenden Unannehmlichkeiten — gehäufte Fehlimpfungen oder heftige Impfnebenerscheinungen — befürchten zu müssen.

Freilich wird das durchaus berechtigte Verlangen nach genauer Bezeichnung der Stärke der Versandtlymphe wegen gewisser, sicherlich aber nicht unüberwindlicher technischer Schwierigkeiten noch lange ein frommer Wunsch bleiben. Deshalb sind diejenigen Impfärzte, welche es für fehlerhaft halten, eine Lymphesorte zu implantiren, deren Stärke sie nicht kennen, vor der Hand noch auf eigene Probeimpfungen angewiesen.

Exakte Probeimpfungen mit staffelförmig steigenden kleinsten Gewichtsmengen Lymphe sind übrigens, wie ich wiederholt hervorgehoben habe,[1]) durch Armiren von Reinnickelimpfinstrumenten mittels Eintauchens an den Milligrammtheilstrichen einer mit der Vorrathslymphe erfüllten Lymphmensur überaus leicht ausführbar.

Meine frühere Empfehlung, je zwei Erstimpflinge mit je 4, je zwei andere mit je 3 und noch je zwei mit je 2 mg der zu prüfenden Lymphesorte probezuimpfen, möchte ich bei dieser Gelegenheit dahin erweitern, dass es wünschenswerth ist, auch zwei Erstlingen je 1 mg Lymphe zu implantiren. Denn Dank den Fortschritten unserer staatlichen Anstalten in der Lymphebereitung kommen in der neuesten Zeit ganz vorzüglich kräftige Versandtlymphesorten vor. Zu der Impfkampagne 1901 wurde mir z. B. von der Königlich Sächsischen Anstalt zu Leipzig eine Lymphesorte übersandt, von der bei den Probeimpfungen bereits 1 mg zum vollen Impferfolg, zu vier grossen Erstlingsimpfblattern, vollkommen ausreichte.

Ich möchte diese mich selbst höchlichst überraschende Thatsache ganz besonders betonen, da sie dazu zwingt, mit der bis-

---

[1]) Cf. Heft 8 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1898, ferner: Maiheft der ärztl. Poliklinik, Jahrg. 1900 und Nr. 10 der Münchener med. Wochenschrift, Jahrgang 1901, sowie Heft 11 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1901.

Auch Schenk hat auf die Nothwendigkeit exakter Probeimpfungen hingewiesen. Cf. dessen Veröffentlichung in Nr. 13 der Allg. med. Zentral-Zeitung; Jahrg. 1901.

herigen Annahme: auf je 100 Impflinge 1 ccm Lymphe, also auf je 1 Impfung ca. 10 mg Lymphe, zu brechen. Meinen vorjährigen Impflingen wäre es sicherlich recht übel bekommen, wenn ich ihnen je 10 mg, also das Zehnfache der zweckmässigsten, in den ersten Wochen nach Eintreffen der Lymphe vollkommen genügenden Einzelimpfdosis Lymphe implantirt hätte!

Sicherlich würde das bei einzelnen zu schweren örtlichen und allgemeinen Störungen geführt haben, Störungen, die nur zu geeignet sind, die Schutzblatternimpfung zu diskreditiren und dem Arzte das Impfgeschäft zu verleiden.

Die amtlichen Verrichtungen der Kreisärzte und ihre Vergütungen.

Von Medizinalrath Dr. Bauer, Kreisarzt in Mörs.

Die vorstehende Frage hat von Seiten des Herausgebers in Nr. 7 der Zeitschrift eine eingehende Beleuchtung und Erörterung erfahren, für die ich zunächst an dieser Stelle — ich glaube im Sinne aller Kollegen es zu thun — verbindlichsten Dank sage.

Wir haben das erste Jahr der Neuordnung und nche Erfahrung hinter uns, eine neue Vergütungs- und Gebüh nordnung vor uns; in Bezug auf diese kann es der Sache nur di en, wenn die Kollegen ihre Ansicht darüber äussern, damit sich eraus ein objektives Bild von dem Berechtigten und Erreichbaren gewinnen lässt. Meine Ansicht zur Sache gestatte ich mir kurz in folgende Sätze zusammenzufassen:

1. Zu wünschen ist zunächst eine klare, präzise und bündige Fassung mit Vermeidung dehnbarer unbestimmter Wendungen und Begriffe. Demgemäss müsste überall, wo ein Begriff geklärt ist, dieser im Einzelnen substanziirt werden; es müssten die amtlichen Verrichtungen, welche im allgemeinen staatlichen Interesse vom Kreisarzt ohne besondere weitere Vergütung zu leisten sind, namentlich aufgezählt und bezeichnet werden. Diese Namhaftmachung soll nicht ausschliessen eine weitere Ergänzung, z. B. durch Entscheidungen des Herrn Ministers, des Oberverwaltungsgerichtes, wo ein Fall, ein Begriff noch nicht geklärt war; sie würde aber zur klaren Erkenntniss dessen, was bis jetzt unter amtlichen Verrichtungen im allgemeinen staatlichen Interesse verstanden wird und verstanden werden soll, wesentlich beitragen. Wünschenswerth ist es z. B. zu wissen, ob der Kreisarzt verpflichtet ist, den Verhandlungen des Kreisausschusses über Gewerbe-Anlagen umsonst beizuwohnen. Die Auffassungen scheinen verschieden zu sein: in dem einen Kreise werden diese Termine honorirt, in dem anderen nicht.

2. Das Gesetz müsste diejenigen Gebühren, welche als „pensionsberechtigt“ gelten sollen, genau bezeichnen; desgleichen müsste diese Frage einer eingehenden Revision unterzogen werden. Auf eine nähere Erörterung derselben will ich hier nicht eingehen, nur Einzelfälle erwähnen.

Wenn z. B. das Reichsversicherungsamt ausdrücklich ein amtliches Gutachten in amtlicher Form verlangt, so kann ein solches Gutachten nur ein beamteter Arzt ausstellen und kein nicht beamteter; darum sind die Gebühren auch solche für eine amtliche Verrichtung und können nach meinem Rechtsgefühl nicht ohne Weiteres diesen Charakter verlieren.

Sind ferner die Gebühren für Obduktion und Obduktionsbericht pensionsberechtigt, so ist nicht einzusehen, warum Gutachten, welche die Staatsanwaltschaft in der Voruntersuchung oder nach Erstattung des Obduktionsberichts noch vom Kreisarzt einfordert, nicht ebenfalls pensionsberechtigt sein sollen. Dasselbe gilt betreffs der Gebühren für mündliche Verhandlungen vor Gericht, für Gutachten in Entmündigungssachen, sowie in allen Fällen, wo der Kreisarzt als Gerichtsarzt fungirt.

Nach meiner Rechtsauffassung müssten alle Gebühren, welche der Kreisarzt für amtliche Verrichtungen, Untersuchungen, Gutachten erhält, weil es eben amtliche sind, als pensionsberechtigte gelten; fürchtet man dann ein zu hohes Anschwellen des Pensionssatzes, so sollte man ein anderes Mass für die Pensionsberechnung suchen.

3. Jedenfalls können die Einzelsätze des Tarifs nicht etwa im Hinblick auf das Anschwellen der Pensionen niedrig, womöglich unter die Sätze von 1872 und 1876 oder unter die ärztliche Gebührenordnung herabgesetzt werden, wenn man Gerechtigkeit und Billigkeit als Leitgedanken nicht aufgeben, die Schädigung einer Hauptsache nicht riskiren, eine gründliche, objektive und gewissenhafte Untersuchung und Arbeit nicht gefährdet sehen will. Vor Allem sollte man auch mit dem Imponderabile Arbeitsfreudigkeit rechnen und diese Kraft nicht in einer Weise dämpfen und herabmindern, welche einer Sterilisation nahe käme!

Das Wort „honoriren" drückt deutlich aus, dass es auf beiden Seiten einen Honor zu wahren giebt, auf Seiten des beamteten Arztes: Gewissenhaftigkeit und Unbestechlichkeit, auf Seiten des Staates: Gerechtigkeit und Billigkeit. Darum sollten die Gebühren vor Allem diesem Honor entsprechen, der beide Theile verpflichtet! Wenn es sich um feste, der Mühewaltung und Verantwortlichkeit angemessene Sätze handelt für Gutachten, deren Bewerthung innerhalb des Rahmens von 6—24 Mark nach dem Gesetz von 1872 lag, so kann doch unmöglich der Minimalsatz massgebend sein, wenn, wie z. B. bei Militärreklamationen, den Kreisärzten nicht selten durch wiederholte Untersuchungen, durch die Ermittelung früherer Krankheiten und ihrer Folgen, durch die Einsicht vorgelegter privatärztlicher Atteste u. s. w. eine umständliche und zeitraubende Arbeit erwächst. Ebenso unhaltbar und unbillig ist der Grundsatz, dass, wenn mehrere Gutachten für Angehörige derselben Familie ausgestellt werden sollen, für das zweite, dritte u. s. w. nur die Hälfte der Gebühr (3 Mark) zulässig ist. Hier kann doch höchstens die etwaige Besuchsgebühr nicht in Anrechnung gebracht werden. Jedes weitere Gutachten erfordert

aber dieselbe Arbeit und Mühe; deshalb muss es auch mit der gleichen Gebühr honorirt werden.

Ferner, wenn es sich um Untersuchung und Begutachtung des ganzen Menschen handelt, so galt schon vor 40 Jahren unter allen mir bekannten Aerzten der Satz von 2 Thalern als übliches Honorar; das Gesets von 1872 setzte ihn als Minimalsatz fest. Und jetzt sollte die Untersuchung und Begutachtung einer Frau, die Hebamme werden will, vor Allem ganz gesund sein, lesen und schreiben können, eine hinreichende Fassungsgabe besitzen, d. h. bei der Untersuchung und Prüfung kundgeben muss, ferner die Untersuchung von Aspiranten des öffentlichen Dienstes, bei welcher es sich wieder um den ganzen Menschen und seine Begutachtung handelt, deren Ergebniss in einem Attestgutachten bezeugt werden soll — für 3 Mark, sage und schreibe drei Mark, geleistet werden können?

Ich habe den Eindruck, dass diese Herabminderungen unter dem Druck der Pensionsfrage stehen und schliesse mit dem Wunsche, dass das wahre Staatsinteresse den Sieg behalten möge. Eine Sparsamkeit am unrechten Ort hat noch von jeher verhängnissvoll gewirkt.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Dem Reichstage ist jetzt der Gesetzentwurf über die Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben zugegangen. Bei der vom 24.—26. April stattgehabte ersten Berathung äusserten sich die Vertreter für alle politischen Parteien zustimmend. — Die Petitionskommission des Reichstages hat am 21. April eine Petition, betr. Erlass eines Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln berathen. Der Regierungskommissar Dr. Eucken wehrte sich sehr entschieden gegen diese Forderung und wies darauf hin, dass bereits eine Verordnung in der angedeuteten Richtung vorbereitet werde. Trotzdem empfahl die Kommission die Petition dem Reichskanzler zur Berücksichtigung.

Aus dem preussischen Abgeordnetenhause. In der Sitzung vom 17. April hat die erste Lesung des Gebührengesetzes stattgefunden. Mit Ausnahme des Abg. Dr. Martens sprachen sich alle Redner dagegen aus, dass die Gebühren in einem besonderen Tarif und nicht im Gesetz festgesetzt werden sollten; desgleichen wurde eine einwandsfreie Fassung des §. 1 und vor allem Garantie dafür verlangt, dass die Gemeinden nicht zu sehr belastet würden. Die Nothwendigkeit einer Erhöhung der Gebühren wurde von konservativer Seite nicht unbedingt anerkannt und zunächst eine Uebersicht über die Gebühreneinnahme der Kreisärzte nach Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes gefordert. Hält die Budgetkommission, an die der Gesetzentwurf verwiesen ist, an dieser Forderung fest, so dürfte der Entwurf in dieser Session wohl nicht mehr zur Verabschiedung gelangen.

Abg. v. Kessel (kons.) ist der Ansicht, dass die bei der vorjährigen Berathung geäusserten Bedenken gegen die Fassung des §. 1, wonach die Kreisärzte für amtliche Verrichtungen, deren Kosten der Staatskasse zur Last fallen, keine Vergütigung aus der Staatskasse erhalten, auch jetzt noch bestehen und durch die Erläuterung in der Begründung nicht völlig beseitigt sind. Hauptsächlich sei aber zu erwägen, ob nicht durch dieses neue Gesetz und den neuen Tarif eine erhebliche Belastung der Gemeinden eintritt. Es wird auch zu fragen sein, inwieweit, nachdem die Kreisärzte durch das Gesetz vom vorvorigen Jahre erheblich aufgebessert sind, eine Aufbesserung ihrer Gebühren nothwendig sein wird. Nach dem, was Redner darüber erfahren konnte, bestehen erhebliche Verschiedenheiten in der finanziellen Stellung der ländlichen Kreisärzte des

Ostens und des Westens. Die Kreise sind im Osten grösser und die Kreisärzte in den Berufsgenossenschaften beschäftigt; in Folge dessen stehen sie auch entschieden erheblich besser als diejenigen im Westen. Um sich ein klares Bild darüber zu verschaffen, wie die Gebühren bei den Kreisärzten beschaffen seien, sei entsprechend dem vorjährigen Antrage der Budgetkommission die Vorlage einer neuen Uebersicht darüber erforderlich, wie sich die Gebühren der Kreisärzte heute stellen. Es werde ferner zu erwägen sein, ob es praktisch ist, dass der Gebührentarif nicht in das Gesetz aufgenommen, sondern seitens des Herrn Kultusministers und der anderen in Frage kommenden Herren Minister aufgestellt wird. Der vorliegende Tarif scheine allerdings, abgesehen von unwesentlichen Punkten, im Allgemeinen keine zu hohen Gebühren einzusetzen; aber trotzdem bedürfe er einer ernsten Nachprüfung. Um alle diese Bedenken aufzuklären und zu beseitigen, schlägt Redner Namens seiner Fraktion vor, den Entwurf wie im vorigen Jahre der Budgetkommission zu überweisen.

Abg. Brütt (freikons.) schliesst sich im Wesentlichen Namens seiner politischen Freunde den Ausführungen des Herrn Vorredners und seinem Antrage an. Er hält es ebenfalls für bedenklich, dass an Stelle der gesetzlichen Regelung die Festsetzung des Tarifs für die Gebühren der Kreisärzte in Zukunft durch ministerielle Festsetzung erfolgen soll, und zwar besonders mit Rücksicht auf das Interesse der Steuerzahler. Durch das Kreisarztgesetz ist der Umfang der Thätigkeit der Kreisärzte sehr erweitert, und dementsprechend werden auch die einzelnen Steuerzahler in grösserem Umfange kontributionspflichtig gegenüber den beamteten Aerzten; aber nicht bloss die einzelnen Steuerzahler, sondern auch die Gutsbezirke und Gemeindebezirke, denn die Zahl der verschiedenen Verrichtungen, bei denen die beamteten Aerzte zur Erhebung von Gebühren berechtigt sind, ist eine sehr grosse. Diese Rücksicht auf das Interesse der Guts- und Gemeindebezirke, also der Lokalverbände, legt es auch nahe, zu erwägen, ob nicht in dieses vorliegende Gesetz Bestimmungen hineingebracht werden können, welche über die allgemeine Regelung hinaus näher, spezialisirter festsetzen, in welchen einzelnen Fällen der Staat und in welchen die Lokalverbände, die Gemeinden, respektive Gutsbezirke gegenüber den Kreisärzten zahlungspflichtig sind. Jedenfalls müsse dafür gesorgt werden, dass die Kosten des neuen Kreisarztgesetzes nicht in überwiegender und ungerechter Weise von den Gemeinden und Lokalverbänden getragen werden. Da ferner die Zahl der Geschäfte der Kreisärzte durch das neue Kreisarztgesetz in hohem Grade zugenommen hat, so sei auch anzunehmen, dass die Gebühren derselben in ziemlich hohem Masse gestiegen sind. Um dieses beurtheilen zu können, inwieweit ein Bedürfniss für die jetzt vorgeschlagenen Sätze vorliegt, sei es nothwendig, dass die Königliche Staatsregierung in der Kommission darüber nähere Auskunft giebt, wie hoch sich denn jetzt an der Hand der bisherigen Bestimmungen die Gebühreneinnahmen der Kreisärzte belaufen. In der Denkschrift über die Ausführung des Kreisarztgesetzes sind darüber nähere Angaben nicht enthalten. Redner hofft, dass die Königliche Staatsregierung in der Lage sein wird, in der Budgetkommission hierüber nähere Auskunft zu geben; denn abgesehen davon, dass dieses für die Höhe der künftigen Sätze nothwendig ist, legt auch die Rücksicht auf die anderen Beamtenkategorien die Frage nahe, zu prüfen, wie hoch sich nun im Ganzen die Bezüge der Kreisärzte belaufen. Aus allen diesen Gründen hält er ebenfalls die Ueberweisung des Gesetzentwurfes an die Budgetkommission für erforderlich.

Abg. Dr. Ruegenberg (Centrum): In der Begründung des Gesetzentwurfes ist gesagt, dass die Anforderungen an die wissenschaftliche und praktische Ausbildung der Medizinalbeamten in den letzten Jahrzehnten eine bedeutende Steigerung erfahren haben und dass dem gegenüber die Gebührensätze des Gesetzes vom 9. März 1872 weder gegenüber dem heutigen Geldwerthe, noch auch in Bezug auf die Vermehrung und Schwierigkeit der Mühewaltungen hinreichend erschienen. Es ist vorhin gesagt worden, dass die Kreisärzte in ihren Gehältern bedeutend aufgebessert seien; hoffentlich habe man damit nicht sagen wollen, dass man durch einen niedrigeren Gebührentarif nun mit der einen Hand wieder nehmen solle, was man mit der anderen gegeben hat. Der Tarif bringt ja bei einer Anzahl Positionen ganz wesentliche Verbesserungen, allerdings bei anderen Positionen auch ein Heruntergehen unter die bisherigen Sätze, so dass bei einzelnen Verrichtungen und namentlich solchen, die mit zu den am häufigsten vorkommenden gehören, der Ausfall in dem Ein-

kommen vieler Kreisärzte ein nicht unbedeutender sein wird, wobei in Betracht kommt, dass das auch auf die Pensionirung von Einfluss sein wird.

Was nun die einzelnen Paragraphen angeht, so schliesst sich Redner den Vorrednern in Bezug auf §. 1 an und ist auch der Ansicht, dass derselbe eine präzisere Fassung haben muss und dass es nicht heissen darf: „Die Kreisärzte erhalten für amtliche Verrichtungen, deren Kosten der Staatskasse zur Last fallen u. s. w., keine weitere Vergütigung aus der Staatskasse", sondern „für amtliche Verrichtungen im allgemeinen Interesse". Er ist überhaupt der Ansicht, dass, wenn man die Gebührenpflichtigkeit einer Verrichtung festsetzen will, nicht der Umstand massgebend sein darf, wer die Kosten trägt, sondern in wessen Interesse die Leistung geschieht.

Weiter ist es zweifelhaft, ob nicht §. 7, der die Festsetzung des Tarifs dem Herrn Minister überlässt, und wonach auch bestimmt werden kann, dass für einzelne Arten von Verrichtungen Gebühren nicht beansprucht werden können, seine schweren Bedenken hat; es sei daher in der Kommission darüber zu sprechen, ob nicht, wie bisher, auch künftighin durch Gesetz der Tarif festgelegt wird, mindestens aber, dass keine Aenderung in pejus durch ministerielle Verordnung stattfinden könne.

Ferner ist auch nicht ersichtlich, warum in §. 4 die Leistungen verschieden bewerthet werden sollen, je nachdem sie sich als rein kreisärztliche oder als gerichtsärztliche hinstellen; es würde sich vielmehr empfehlen, für beide Kategorien von Leistungen eine gleichmässige Festsetzung der Tagegelder und Reisekosten entsprechend der amtlichen Stellung vorzunehmen.

Redner betont sodann, dass es sehr peinlich empfunden werden würde, wenn bei jeder Ueberschreitung des Minimalsatzes eine genaue Nachweisung des vermehrten Zeitaufwandes und der vermehrten Arbeitsleistung geliefert werden müsste. Das würde doch sehr leicht dahin führen können, dass, wenn man den Zeitaufwand nach der Länge des Gutachtens beurtheilt, man schliesslich den Werth des Gutachtens mit der Elle bemessen würde, während die kurzen, aber erschöpfenden Gutachten gewöhnlich die besten sind. Und was die vermehrte Arbeitsleistung anbetrifft, wonach soll sie objektiv bemessen werden? Man kann wohl sagen, es sind gewisse technische Methoden angewendet worden, aber die Intensität des Studiums einer Sache ist nicht objektiv nachweisbar. Insofern ist es sehr schwer, ja unmöglich, im einzelnen Falle das Quantum der geleisteten Arbeit auszudrücken.

In den Kreisen der praktischen Aerzte sei endlich eine Beunruhigung dadurch hervorgerufen, dass bei einer Anzahl von Positionen der Satz geringer ist, als die entsprechenden Sätze der Gebührenordnung von 1896. Man befürchtet, dass das dazu führen könne, dass nun bei diesen Verrichtungen sich das Publikum aus Gründen der Billigkeit in Zukunft immer mehr an die beamteten Aerzte wenden würde, dass dadurch den praktischen Aerzten der so wie so schon schwere Kampf um's Dasein noch schwerer gemacht würde, dass aber vor Allem dadurch das gute Einvernehmen zwischen praktischen Aerzten und beamteten Aerzten, worauf auch die Königliche Staatsregierung aus allgemeinem staatlichen Interesse Werth legen muss, schwer geschädigt werden könnte. Es wird auch darüber in der Kommission zu reden sein; bei der Vielseitigkeit der strittigen Punkte dürfte es sich aber empfehlen, die Vorlage an eine 14gliedrige besondere Kommission zu verweisen.

Abg. Dr. Eckels (natlib.) theilt zum Beweis dafür, dass das Gesetz vom 9. März 1872 an vielfachen Zweifeln leide, einen Fall mit, bei dem vor einiger Zeit ein Geh. Obermedizinalrath und Universitätsprofessor auf Requisition des Oberlandesgerichts zu Celle in einer Ehescheidungssache als Sachverständiger vernommen und zwar über gesundheitliche Verhältnisse der einen der beiden prozessführenden Parteien. Er liquidirte als Sachverständiger den in ganz Preussen allgemein üblichen Satz von 6 Mark nach dem Gesetz von 1872, erhielt aber vom Amtsgericht nur 2 Mark zugebilligt, und zwar nach Massgabe der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige vom 30. Juni 1878. Er erhob gegen diese Verfügung Beschwerde. Das Landgericht in Göttingen bestätigte aber den Beschluss, ebenso wie in drei anderen analogen Fällen. Die Gerichte nehmen eben an, dass das Gesetz vom 9. März 1872 sich nur auf Medizinalbeamte beziehe, nicht aber auf andere Aerzte oder auf akademische Lehrer, die keine Beamtenqualität haben. Es folge das aus der Ueberschrift des Gesetzes und aus §. 3, wo nur von Medizinal beamten die Rede sei. Auch

§. 7 des Gesetzes, welcher von nichtbeamteten Aerzten und Thierärzten handele, stehe nicht dieser Auffassung entgegen; denn nach den Motiven des Gesetzes habe §. 7 nur den Fall im Auge, dass nichtbeamtete Aerzte als Stellvertreter beamteter Medizinalpersonen deren Amtsgeschäfte versehen. Der neue Gesetzentwurf habe allerdings eine etwas andere Ueberschrift und etwas andere Bestimmungen, trotzdem stehe zu befürchten, dass dieselbe Kontroverse sich bei dem neuen Gesetzentwurf fortsetzen wird, weil die Bestimmungen doch ganz ähnlicher Natur sind. Es scheint deshalb durchaus geboten, dass bei dieser Gelegenheit, etwa im §. 10 des neuen Gesetzes, die hier eben angedeutete Frage zur Entscheidung gebracht und klargestellt wird.

Abg. Dr. Martens (natlib): In der Begründung des Gesetzentwurfes ist vollständig zutreffend hervorgehoben, dass ein anderes Gebührengesetz nothwendig war: einmal weil die Vergütung für die Leistungen der beamteten Aerzte nicht mehr ausreichend war; dann, weil die Thätigkeit der Kreisärzte ganz bedeutend erweitert ist und jetzt Verrichtungen vorkommen, die in dem alten Gebührengesetz nicht erwähnt sind, und theilweise auch weil das alte Gebührengesetz in mancher Weise lückenhaft war und zu Zweifeln Anlass gab, die geklärt werden mussten. Die Begründung hat auch zutreffend ausgeführt, dass, da doch einmal die Kreisärzte — wenigstens die nicht vollbesoldeten — auf Gebühren zum grossen Theile angewiesen sind, und weil die Gebühren eine Rolle spielen bei ihrer Pensionirung und Reliktenversorgung, sie entsprechend den heutigen Verhältnissen etwas erhöht werden mussten. Die Erhöhung der Gebühren ist jedoch im Durchschnitt nur gering. Wenn die durch das Gesetz vom 9. März 1872 festgesetzten Vergütungen zu den im jetzigen Tarif vorgeschlagenen im Durchschnitt ein Verhältniss von 2 zu 3 zeigen, so scheint diese Steigerung mit Rücksicht auf die inzwischen eingetretene Vertheuerung des Lebens nicht übertrieben zu sein, zumal da gerade für diejenigen Sachen, die am häufigsten vorkommen, die Gebühren fast gar nicht erhöht sind. In einzelnen Fällen sind sogar die Sätze erniedrigt. Redner theilt nicht die von dem Vorredner geäusserten Bedenken, dass der Gebührentarif durch eine ministerielle Verordnung festgesetzt werden soll; denn wenn der Medizinalminister wirklich aus allzu grosser Fürsorge für seine Beamten die Gebühren zu sehr zu ihren Gunsten gestalten wollte, dann haben die anderen Ressortminister, welche nach der Begründung bei der Gestaltung des Tarifs mitwirken, ihrerseits die Interessen der Gemeinden und Steuerzahler vertreten. Dagegen hält er ebenfalls die Abgrenzung derjenigen Fälle, in welchen der Staat die Gebühren, Tagegelder u. s. w. zu zahlen hat und wo die Gemeinde dazu genöthigt ist, für sehr schwierig. Wenn es daher möglich wäre, die Fälle ganz genau zu separiren, wo der eine Theil die Belastung zu tragen hat und wo der andere, so würde er dies mit Freuden begrüssen. Es könne ganz leicht vorkommen, dass ein Amtsvorsteher, um die Kosten von seinem Amt abzuwälzen, säumig ist in der Requisition des Kreisarztes, auch wenn dringende Fälle vorliegen, um die Kosten der Staatskasse zuzuschieben. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, möchte es sich vielleicht empfehlen, den Kreisärzten ein bestimmtes Pauschquantum von Seiten der Staatskasse zu überweisen, und dann alle Kosten, die sowohl von Seiten des Staates, wie von Seiten der Amtsverbände zu entrichten wären, fortfallen zu lassen.

Auch die Fassung des §. 1 genüge nicht, um die alte Streitfrage zu entscheiden, ob in den Städten mit Königlicher Polizeiverwaltung der Staat für die Verrichtungen im ortspolizeilichen Interesse aufkommen muss, oder ob das nicht der Fall ist. Es dürfte auch zweifelhaft sein, ob die Summe von 12 600 M., die als Entschädigung Kreisärzten für den hier entstehenden Ausfall zur Verfügung gestellt sind; ausreichen wird, zumal in den Landgemeinden der Provinz Hannover die sich in gleicher Lage befindlichen Kreisärzte auch in gleicher Weise entschädigt werden sollen, wie die Kreisärzte in den Städten mit Königlicher Polizeiverwaltung.

Redner schliesst sich dem Antrag des Abg. Ruegenberg an, den Gesetzentwurf einer besonderen Kommission von 14 Mitgliedern zu überweisen.

Die Debatte wird hierauf geschlossen und der Gesetzentwurf der Budgetkommission überwiesen.

Bei der am 25. April stattgehabten dritten Berathung des Kultusetats kam die Frage des Wartegeldes der zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten nochmals zur Erörterung. Abg. v. Loebell (kons). begründete einen von fast allen Parteien unterstützten Antrag, die Staatsregierung zu ersuchen, den im Etat ausgeworfenen Fonds von 50 000 Mark „zu Unterstützungen für die auf Grund des Kreisarztgesetzes auf Wartegeld gestellten Medizinalbeamten“ in der Weise zu verwenden, dass 1. allen denjenigen ehemaligen Kreisphysikern, deren Wartegeld jetzt weniger als 1500 Mark beträgt, ein Wartegeld in dieser Höhe gewährt wird, 2. aus dem verbleibenden Rest feste Unterstützungen an auf Wartegeld gestellte Kreisphysiker auf Grund einmaliger Prüfung der Verhältnisse bewilligt werden. Der Redner verwies auf die früheren Verhandlungen über den Gegenstand und auf die Nothlage, in welche ein Theil der Kreisphysiker durch die Ausführung der sogenannten kleinen Medizinalreform gerathen sei.

Abg. v. Staudy (kons.) äusserte sich in gleichem Sinne; auch der Abg. v. Savigny (Centr.) trat für den von ihm mitunterschriebenen Antrag Brütt ein. Ein Mindestwartegeld von 1500 Mark müsse allen in den zeitweiligen Ruhestand versetzten Medizinalbeamten gegeben werden. Gegen die Ausführung dürfte sich von keiner Seite ein Bedenken geltend machen lassen.

Abg. Dr. Ruegenberg (Centr.) schloss sich den Ausführungen der Vorredner an und sprach die Hoffnung und das Vertrauen aus, dass die Regierung der Tendenz des Antrages volle Gerechtigkeit widerfahren lassen und ihn annehmen werde. Jahrzehntelang seien die Medizinalbeamten auf die bevorstehende Reform verwiesen worden. Es würde eine Undankbarkeit gegen die bisherigen verdienten Medizinalbeamten sein, wenn man auch nur einen derselben durch die nothwendig gewordene Zurdispositionstellung in eine ungünstigere Lage brächte. Der Redner bat dann noch um baldige Vorlegung eines Ausführungsgesetzes zum Reichs-Seuchengesetz.

Der Kultusminister Dr. Studt erklärte zunächst, dass ein Entwurf des Ausführungsgesetzes zum Reichs-Seuchengesetz in dem Medizinalministerium ausgearbeitet sei und augenblicklich noch den Gegenstand eines Schriftwechsels mit den beiden anderen betheiligten Ressorts, dem Ministerium des Innern und der Finanzen, bilde. Er hoffe, dass der Entwurf baldmöglichst eine endgültige Gestalt gewinnt und demnächst dem hohen Hause vorgelegt werden kann.

Den vorliegenden Antrag billigt der Minister und theilt durchaus die wohlwollende Absicht der Antragsteller. Er bedauert aber, dem Antrage eine weitere Folge nicht geben zu können, weil er mit dem Wortlaut und der Absicht des Kreisarztgesetzes unvereinbar ist.

Das Gesetz sieht im §. 15 nur einen Höchstbetrag vor, nicht aber einen Mindestbetrag. Hätte es einen solchen Mindestbetrag festlegen wollen, so hätte dies im Gesetz Ausdruck finden müssen. Das ist nicht geschehen. Es würde daher eine Aenderung des Gesetzes erforderlich werden, wenn für die Bezüge der zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten die in dem Antrage vorgesehene Minimalgrenze von 1500 Mark eingeführt werden sollte. Die Königliche Staatsregierung sei jedoch von der festen Absicht beseelt, dem Wunsche, der in dem vorliegenden Antrag zum Ausdruck gekommen ist, sachlich nach Möglichkeit gerecht zu werden.

Zur näheren Erläuterung führt der Herr Minister folgende Zahlen an: Das Gehalt, welches den genannten Beamten nach der Vorschrift des Gesetzes unverkürzt weiter gezahlt wird, beträgt 900 Mark. Hierzu kommt ausserdem die Hälfte der von ihnen bisher bezogenen jährlichen Gebühren bis zum Höchstbetrage von 2000 M. Die gesetzlichen Bezüge werden sich hiernach, wie die angestellten Berechnungen ergeben haben, im Durchschnitt auf 1219 Mark jährlich belaufen. Bei Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes waren 86 Kreisphysiker vorhanden, die auf Grund der Bestimmungen des Gesetzes auf Wartegeld gestellt wurden. Von diesen sind inzwischen 10 gestorben, so dass zur Zeit noch 76 vorhanden sind; 26 davon sind als nicht unterstützungsbedürftig anzusehen. Es bleiben also im Ganzen 50 Kreisphysiker übrig, für deren Unterstützung nach Massgabe des vorliegenden Etatsentwurfs 50 000 Mark zur Verfügung stehen, so dass durchschnittlich auf jeden Einzelnen 1000 Mark entfallen und der Durchschnittsbetrag der gesammten Einkünfte 2219 Mark betragen wird. Mit jedem Sterbefall, der in Zukunft eintritt, vermehrt sich der zur Verfügung stehende Betrag und dem zu Folge auch die Aussicht der einzelnen auf Warte-

geld gestellten Medizinalbeamten auf erhöhte Bezüge. Erwägt man ausserdem, dass ein grosser Theil dieser Beamten noch in der Lage ist, Privatpraxis auszuüben, so wird man einräumen müssen, dass ihnen ein angemessenes Einkommen gesichert ist. Die in Zukunft eintretende Verringerung ihrer Zahl setzt die Verwaltung in die Lage, für ausserordentliche Bedarfsfälle noch besondere Summen anzuweisen. Die Absicht der Antragsteller, den genannten Beamten einen Betrag von wenigstens 1500 Mark zu sichern, wird also annähernd erreicht werden.

Der zweite Theil des Antrages sieht vor, dass aus dem verbleibenden Rest der 50 000 Mark feste Unterstützungen auf Grund einmaliger Prüfung der Verhältnisse bewilligt werden sollen. Mit dem Begriff einer Unterstützung verbindet sich indessen naturgemäss und auch nach Massgabe der bestehenden Verwaltungsgrundsätze die Nothwendigkeit einer Prüfung der individuellen Verhältnisse. Diese Prüfung muss von Zeit zu Zeit wiederholt werden. Laufende Unterstützungen in festen Beträgen auf Grund einmaliger Prüfung der Verhältnisse für alle Zukunft zu bewilligen, das würde mit den bestehenden Verwaltungsgrundsätzen nicht übereinstimmen. Die Königliche Staatsregierung kann sich daher mit einer einmaligen Prüfung der Verhältnisse nicht begnügen. So peinlich es für die Betheiligten sein mag, wenn bei ihnen wieder eine Prüfung der Unterstützungsbedürftigkeit eintreten muss, so liegt es doch in der Natur der Unterstützungen, dass für einen längeren Zeitraum, ohne weitere Prüfung, ob sich die Verhältnisse geändert haben oder nicht, eine solche Unterstützung nicht bewilligt werden kann. Dies liegt im Interesse nicht nur einer möglichen Verringerung des Unterstützungsbetrages, sondern auch der Möglichkeit einer Erhöhung. Es können sehr wohl Fälle vorkommen, in denen die Unterstützungsbedürftigkeit sich erhöht. Aus diesen Gründen bitte der Herr Minister, den vorliegenden Antrag abzulehnen, dabei sich aber überzeugt halten zu wollen, dass die Staatsregierung der Tendenz des Antrages an sich wohlwollend gegenübersteht, wenn sie sich auch nicht in der Lage befindet, formell den Antrag anzunehmen und zwar den Antrag unter Nr. 1 nicht mit Rücksicht auf den Wortlaut des Gesetzes, den Antrag unter Nr. 2 nicht, weil er sich mit den bestehenden Verwaltungsgrundsätzen über die Gewährung von staatlichen Unterstützungen im Widerspruch befindet.

Abg. Dr. Martens (natlib.) bedauert die ablehnende Haltung des Ministers. Mit dem Wohlwollen der Verwaltung allein sei den nothleidenden ehemaligen Medizinalbeamten nicht geholfen.

Abg. v. Loebell zieht hierauf mit Rücksicht auf die Erklärung des Ministers den Antrag Brütt zurück.

Abg. Dr. Hahn (B. d. L.) macht schliesslich darauf aufmerksam, dass im Kreise Kehdingen eine Kreisarztstelle fehle, und schildert eingehend die dortigen Verhältnisse, welche die Stationirung eines Kreisarztes erforderlich machten. In derselben Gegend, in welcher es vier Kreisthierärzte gäbe, seien nur zwei Kreisärzte vorhanden.

Die Besprechung des Medizinalwesens wurde hierauf geschlossen.

Am 23. April hat der erste diesjährige Fortbildungskursus für die preussischen Medizinalbeamten in Berlin begonnen; der nächste wird in der ersten Hälfte des Juni stattfinden. Einberufen sind nur Kreisärzte, während bei den früheren Kursen auch Regierungs- und Medizinal-Räthe einberufen wurden. Es würde sehr zu bedauern sein, wenn dies künftig nicht mehr der Fall sein sollte.

Die Aerztekammer Berlin-Brandenburg hat an das Abgeordnetenhaus eine Petition gerichtet, dass im §. 10 des Gesetzentwurfes, betr. die Gebühren der Medizinalbeamten, die Bestimmung, wonach das Gesetz auch auf nichtbeamtete Aerzte Anwendung findet, gestrichen wird. Den frei praktizirenden Aerzten sollen vielmehr für die von Staatsbehörden und Gerichten geforderten Leistungen diejenigen Honorarsätze zustehen, welche die Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 vorsieht. In der Begründung der Petition heisst es: „Der neue Kreisarzt erhält, wenn er voll besoldet ist, ein Gehalt und den tarifmässigen Wohnungszuschuss, daneben Amtsunkostenentschädigung, bei Dienstreisen Tagegelder und Reisekosten und hat Pensionsberechtigung. Der

nicht voll besoldete Kreisarzt, dem auch die Privatpraxis zum Theil gestattet ist, erhält ein Durchschnittsgehalt von 2700 M., daneben eine Entschädigung für Amtsunkosten, Reisekosten und Tagegelder und hat ebenfalls Pensionsberechtigung. In §. 10 des Gesetzentwurfs betr. die Gebühren der Medizinalbeamten werden die freipraktizirenden Aerzte den beamteten Aerzten in Bezug auf die Gebühren gleichgestellt und erhalten, wenn sie zu einer der in den §§. 1, 2 und 3 bezeichneten Verrichtungen amtlich aufgefordert werden, in Ermangelung anderweitiger Verabredung Gebühren in Gemässheit der §§. 2 und 3, sowie dieselben Tagegelder, Reise- und Fuhrkosten, welche den Kreisärzten in Gemässheit der §§. 4 und 6 zustehen. Diese Bestimmung involvirt für die nichtbeamteten Aerzte eine grosse Ungerechtigkeit, weil der dem Gesetzentwurf betr. die Gebühren der Medizinalbeamten beigefügte Tarif in Rücksicht auf die jetzige höhere Besoldung der beamteten Aerzte aufgestellt worden ist. Der freipraktizirende Arzt erhält dagegen kein Gehalt, hat keine Pensionsberechtigung und ist, wenn er kein Privatvermögen besitzt, darauf angewiesen, lediglich aus den Einkünften seiner Praxis den Lebensunterhalt, die Versorgung für sein Alter und für seine Angehörigen zu bestreiten. Es wird daher in den weitesten Kreisen der praktischen Aerzte als Unbilligkeit empfunden, sie unter den nunmehr gänzlich veränderten Verhältnissen in Bezug auf die Gebühren vor Gericht den beamteten Aerzten gleichzustellen."

Der Vorstand der Berlin-Brandenburger Aerztekammer hat jetzt beschlossen, der Kammer vorzuschlagen, für bestimmte Gruppen der wahlberechtigten Aerzte die Steuern zur Aerztekammerkasse zu ermässigen. Danach soll eine Ermässigung von 10 v. H. der Umlage bei denjenigen wahlberechtigten Aerzten eintreten, die der Ehrengerichtsbarkeit unterstehen (also bei den Medizinalbeamten), eine Ermässigung von 20 v. H. bei denjenigen, welche ärztliche Praxis nicht ausüben, eine Ermässigung von 30 v. H. bei denjenigen, bei denen beide Ermässigungsgründe zutreffen.

Am 14. April d. J. fand in Gegenwart Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin im Plenarsitzungssaal des Reichstages die Generalversammlung des Deutschen Zentralkomitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke statt, die von dem Vorsitzenden, dem Staatssekretär des Innern, Staatsminister Dr. Grafen von Posadowsky-Wehner, mit Worten des Dankes an die Allerhöchste Protektorin eröffnet wurde. Aufgabe der Versammlung sei es, nicht nur Rechenschaft abzulegen über das, was geschehen ist, sondern auch zu prüfen, ob man sich auf dem rechten Wege befinde. Mehr, als jedes andere Land sei Deutschland, das auf diesem Gebiete die Initiative ergriffen habe, in der Bekämpfung der Tuberkulose thätig, und viele Tausende seien schon geheilt. Noch aber gelte es, weitere Zufluchtsstätten für die Unheilbaren und Anstalten für jene zu schaffen, die nicht wieder zum alten Beruf zurückkehren können.

Vor Eintritt in die Tagesordnung nahm dann der im Auftrage des Prof. Brouardel aus Paris erschienene Dr. Sersiron das Wort, um mitzutheilen, dass sich am 16. März in Frankreich ein Syndikat zur Bekämpfung der Tuberkulose unter dem Vorsitz des Präsidenten der Republik gebildet habe, das auch die erfolgreichen deutschen Bestrebungen unterstützen wolle.

Hierauf erstattete der Generalsekretär des Zentralkomitees, Ober-Stabsarzt Dr. Pannwitz, den Bericht über den gegenwärtigen Stand der Tuberkulose-Bekämpfung. Nach demselben sind im Deutschen Reiche zur Zeit 57 Volksheilstätten im Betrieb und 25 weitere im Bau; ferner existiren 20 Privatheilanstalten für Lungenkranke. Der industriereiche Westen und Süden des Reichs ist naturgemäss erheblich dichter mit Heilstätten besetzt als der mehr landwirthschaftliche Osten. Für ausschliesslich weibliche Lungenkranke bestehen nur sechs Anstalten, während einige andere neben den männlichen Lungenkranken auch eine kleinere Anzahl weiblicher aufnehmen. Erfreulich ist es daher, dass eine Reihe neuerer Projekte der Fürsorge für Frauen gewidmet ist. Lebhaft macht sich das Bedürfniss geltend, Heilanstalten mit mässigen Pflegesätzen auch für den Mittelstand zu besitzen. Einige der neueren Vereinsbildungen, so in München, Wiesbaden und Halle, haben sich daher mit Recht die Aufgabe gestellt, der Fürsorge für diese Kreise sich zu widmen.

Auch der Johanniterorden, der Privatbeamtenverein u. a. haben der Befriedigung dieses Bedürfnisses ihre Aufmerksamkeit zugewandt. Alle diese Bestrebungen der Krankenfürsorge für die nichtversicherten Stände genügen freilich dem vorhandenen Bedürfniss bei Weitem noch nicht. Vor Allem gilt es, dem minderbegüterten Mittelstand die Mittel zu beschaffen, damit sie in bestehenden Anstalten eintreten können. Der Referent regte an, dass die privaten Lebensversicherungs-Anstalten die Kosten des Heilverfahrens für ihre Versicherten übernehmen möchten. Die Erfolge der Behandlung sind im letzten Jahre noch günstiger gewesen als früher, was auf eine bessere Auswahl der für eine Heilstättenbehandlung geeigneten Kranken zurückzuführen ist. Sehr reich sind die Erfahrungen, die im Heilstättenbetrieb gemacht wurden. Immer mehr bestrebt man sich auch, die Baukosten in mässigeren Grenzen zu halten. Auffällig ist es, dass sich verhältnissmässig wenig jüngere Aerzte als Assistenten den Heilstätten zuwenden. Man ist zu der Ueberzeugung gekommen, dass man auch bei männlichen Patienten die Schwesternpflege nicht entbehren kann. Als ein indirektes Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose haben sich die Genesungsheime und Erholungsstätten bewährt. Lebhaft zu fördern gesucht wurde auch die ergänzende Fürsorge für die Familien und für die aus der Heilstättenbehandlung Entlassenen. Der Berichterstätter gedachte ferner der Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter, der Wohnungsfürsorge und der Beschränkung der Gefahren, die von gewissen Nahrungsmitteln drohen.

Nach Erledigung der geschäftlichen Angelegenheiten referirten Geh. Rath Prof. Dr. Wernicke und Bürgermeister Künzer-Posen über ländliche Kolonien für Lungenkranke. Dieselben hatten folgende Leitsätze aufgestellt: 1. Die Errichtung ländlicher Kolonien für Lungenkranke bildet eine nothwendige Erweiterung der Massnahmen zur Tuberkulose-Bekämpfung. 2. Derartige Kolonien dienen in erster Linie als Uebergangsstationen zur Gewöhnung an Arbeit nach der Heilstättenbehandlung. 3. Sie dienen ferner zur Befestigung des in Heilstätten erzielten Behandlungserfolges und stellen gleichzeitig ein werthvolles Hülfsmittel dar zur Ueberleitung in andere, weniger schädliche Berufsarten. 4. In die ländlichen Kolonien sollen auch solche Lungenkranke geschickt werden, welche noch mehr oder weniger arbeitsfähig, für die Heilstättenbehandlung indess nicht geeignet sind, und von denen zu erwarten steht, dass sie im ländlichen Betriebe noch längere Zeit leistungsfähig bleiben, in günstigen Fällen auch eine Besserung ihres Zustandes erfahren können. Insbesondere gilt dies für solche Lungenkranke, welche in einem für ihren Gesundheitszustand schädlichen Berufe beschäftigt sind. 5. Die Kolonien sollen unter ärztlicher Aufsicht und thunlichst in direkter Beziehung zu Heilstätten stehen. Die Pfleglinge stehen dauernd unter ärztlicher Ueberwachung und Behandlung und sollen dabei mit den Regeln gesundheitsgemässer Lebensweise vertraut gemacht werden. 6. Als Beschäftigung dient in erster Linie diejenige in der Land-, Garten- und Forstwirthschaft und dazu gehörigen Nebenbetrieben; doch ist auch anzustreben, geeignete Arbeit in gewerblichen Betrieben mit dieser Thätigkeit zu verbinden. Art und Umfang der Arbeit wird für jeden einzelnen Pflegling nach ärztlichem Ermessen bestimmt. Für Lungenkranke ungeeignete Arbeiten sind in den Kolonien durch gesunde Arbeiter auszuführen. 7. Die ländlichen Kolonien sind mit Einrichtungen zu versehen, in denen Erkrankende in geeigneter Weise behandelt und verpflegt werden können. Es ist anzustreben, mit derartigen ländlichen Betrieben auch Pflegestätten für Kranke im vorgeschrittenen Stadium zu verbinden. 8. Die Kolonien sind für beide Geschlechter getrennt einzurichten. Jedoch können sowohl in Männer- wie in Frauen-Kolonien Familien aufgenommen werden, für welche zweckmässige, besondere Unterkünfte bereit zu stellen sind. Auch die Fürsorge für tuberkulöse Kinder ist in Aussicht zu nehmen. 9. Die in die Kolonien Aufzunehmenden haben sich vorher schriftlich zu verpflichten, die mit Zustimmung des Arztes ihnen übertragenen Arbeiten zu verrichten. Der Austritt aus der Kolonie kann jeder Zeit erfolgen. 10. Die ausgeführten Arbeiten werden nach Stundenlohn vergütet. Die in den ländlichen Kolonien gewonnenen Produkte sollen im weitesten Umfange zur Ernährung der Pfleglinge Verwendung finden, im Uebrigen in erster Linie im Heilstätten-Haushalt verwerthet werden. 12. In die in Rede stehenden Kolonien können Angehörige der versicherten, wie der nichtversicherten Bevölkerung aufgenommen werden. 13. Die Einrichtung ländlicher

Kolonien ist Sache der Organe der Arbeiter-Versicherung, der Gemeinden und Gemeindeverbände, sowie privater Wohlthätigkeit. Da es sich um Bekämpfung einer gemeingefährlichen Krankheit und um eine Frage von fundamentaler Bedeutung für Wohlstand, Gesundheit und Wehrkraft des Volkes handelt, ist die Mitwirkung des Staates und des Reiches unerlässlich. 14. Bei der Wichtigkeit, welche die Frage der Beschäftigung Lungenkranker in ländlichen Kolonien für die gesammte Tuberkulose-Bekämpfung im Anschluss an die Heilstätten-Fürsorge hat, erscheint es dringend erwünscht, dass ohne Verzug praktische Versuche mit der Einrichtung derartiger Kolonien angestellt werden.

Sodann sprach der Generalarzt Dr. Schaper-Berlin über das Pflegepersonal in Lungenheilstätten. „Bei der Krankenpflege in Lungenheilstätten", so lauteten seine Leitsätze, „ist, wie bei der in Krankenhäusern, zwischen Pflegedienst und Wärterdienst zu unterscheiden. Die Pflege ist in Lungenheilstätten, soweit als möglich, weiblichen Kräften zu übertragen. Für die Bereitstellung einer ausreichenden Zahl von Pflegerinnen kommen die Diakonissenhäuser, die katholischen Orden und diejenigen weiblichen Pflegerinnen-Verbände in Betracht, welche unter obrigkeitlicher Aufsicht stehen, insbesondere die der deutschen Vereine vom Rothen Kreuz. Die gröberen Arbeiten, Wärterdienste, werden in Männerabtheilungen von Männern ausgeführt. Die hierfür nöthigen Kräfte sind vorzugsweise aus der Zahl der Heilstättenpfleglinge heranzubilden. Erfahrungsgemäss können dort, wo diese Einrichtungen sich eingelebt haben, barmherzige Brüder und Diakone in Männerabtheilungen Pflege- und Wärterdienste selbstständig übernehmen. Für besondere Hülfeleistungen (Bäder, Massage, Gymnastik) sind in Männerabtheilungen besonders geschulte Wärter anzustellen."

Zum Schluss erörtert der Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Rubner-Berlin die Bedeutung der Verhütung von Staub-, Rauch- und Gasentwickelung für die Tuberkulose-Bekämpfung. Er führte aus, dass die Luft im Freien wie auch die Luft in geschlossenen Räumen häufig durch Staub, Rauch und gasförmige Beimengungen verunreinigt wird. Derartige Verunreinigungen finden sich im Allgemeinen in Städten im grösseren Masse als auf dem Lande und sind in Wohn- und Arbeitsräumen besonders bedeutend. Sie können zu mannigfachen Schädigungen der Lunge Veranlassung geben und dadurch einerseits als Hülfsursache zur Entstehung der Tuberkulose angesehen werden, anderseits bei bereits Lungenkranken eine Verschlimmerung ihres Zustandes herbeiführen. Alle Massnahmen, welche daher die Erhaltung der Reinheit der Luft zum Ziele haben, müssen als Mittel zur Bekämpfung der Ausbreitung der Tuberkulose, sowie als Mittel zur Ausheilung der Phthise oder wenigstens zur Lebensverlängerung angesehen werden.

Aerztetag. Der Referent über die auf dem diesjährigen Aerztetag in Königsberg zur Verhandlung kommende Frage über das ärztliche Unterstützungswesen in Deutschland, Geh. San.-Rath Dr. Selberg-Berlin, hat folgende Leitsätze aufgestellt:

„1. Nachdem den Anregungen des 5. u. 6. Deutschen Aerztetages gemäss die Gründung neuer und der Ausbau schon bestehender Kassen in fast allen Theilen des deutschen Vaterlandes gefördert ist, muss jetzt überall, wo er noch fehlt, der obligatorische Beitritt zu den Kassen — der ebenfalls auf jenen Aerztetagen für nothwendig erklärt wurde — gefordert werden.

2. Die staatlichen ärztlichen Vertretungen der Bundesstaaten und, wo jene noch nicht vorhanden, die Vereine, haben das Unterstützungswesen in die Hand zu nehmen derart, dass entweder jede Aerztekammer eine Kasse für ihren Bezirk in's Leben ruft, oder das in den kleineren Bundesstaaten event. auch von mehreren derselben gemeinschaftlich eine grosse Kasse mit obligatorischem Beitritt geschaffen wird. Die bereits bestehenden Kassen sind ihnen, soweit das irgend thunlich, anzugliedern, möglichst unter Berücksichtigung der Intentionen der Stifter und der lokalen Verhältnisse. Zersplitterung in kleinere Unterstützungsbezirke ist nicht zu empfehlen.

3. Die Schöpfung einer zentralen Kasse (z. B. Kasse des Deutschen Aerztevereinsbundes), sei sie als Unterstützungskasse, sei sie als Versicherungskasse gedacht, ist zur Zeit auch in naher Zukunft nicht möglich, vornehmlich, weil

in einem grossen Theile des Reiches das Unterstützungswesen, und zwar unter Genehmigung und Beaufsichtigung der Regierungen, bereits ausgebaut ist (Sachsen) oder sich in vollster Entwicklung befindet (Preussen). Dagegen spricht aber auch eine Menge von anderen Gründen, welche bereits auf den Aerztetagen 1877 und 1878 geltend gemacht wurden. Auch hat der Aerztevereinsbund kein Mittel, eine solche allgemeine Kasse mit obligatorischem Beitrag zu erzwingen. Dagegen ist es wohl möglich und wünschenswerth, dass zwischen den einzelnen Aerztekammer- und Landes-Unterstützungskassen Beziehungen geschaffen werden, die eine einheitliche Besteuerung, gleiche Unterstützungssätze, Austausch und Unterstützung verzogener Klienten anbahnen können.

4. Dass überall zunächst Unterstützungs- und Rechtskassen gegründet oder in Aussicht genommen sind, liegt in realen Verhältnissen, da vor allem die für Rechtskassen nöthigen Kapitalien nicht vorhanden und die dazu unbedingt nöthigen hohen Beiträge nicht zu beschaffen sind. Die Rechtskassen sind das Erstrebenswerthere, und überall ist für die Zukunft die Umwandlung der Unterstützungskassen in solche, wo sie nicht bereits geplant ist, in's Auge zu fassen.

5. Bis es zur Schöpfung von solchen Rechtskassen kommt, muss es die Pflicht aller Kollegen sein, für sich und die Ihrigen durch jede mögliche Art von Versicherung, sei es durch Beitritt zu der Versicherungskasse für die Aerzte Deutschlands, sei es durch Lebens- oder Rentenversicherungen, Wittwenversorgungs- oder Sterbekassen, rechtzeitig Sorge zu tragen.

Die diesjährige Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder findet am Montag, den 26. Mai, Morgens 10 Uhr, im Saale der „Erholung" zu Weimar statt. Zur Besprechung kommen u. a. die Fragen: 1. Wie gelangen kleinere und mittlere Gemeinden am besten in den Besitz einer Badeanstalt mit Brausebädern? (Ref.: Dr. Aschroth-Berlin). 2. Die erziehliche Bedeutung und die bisherige Verbreitung der Volksbäder mit Rücksicht auf die verschiedenen Bevölkerungsschichten (Ref.: Stabsarzt Dr. Krebs-Berlin). 3. Grundsätze für Bauanlage und Einrichtung von Volksbadeanstalten als Programm zum Gebrauch bei der Ausschreibung und Aufstellung der Entwürfe (Referenten: Baurath Peters-Magdeburg und Ingenieur Oslender-Düsseldorf). Sodann ist angeregt worden, die Verunreinigung der öffentlichen Flussläufe in Bezug auf deren Benutzung für Badezwecke vom gesundheitlichen Standpunkt aus kritisch zu erörtern (Prof. Dr. Fränkel-Halle). Ferner wird u. a. zur Diskussion gestellt: 1. Wie weit die Gesellschaft bei der Gründung von Volksbädern durch kleinere Gemeinden mit materieller Unterstützung eintreten kann? (Hofrath Dr. Stich-Nürnberg). 2. Wie die Schulbrausebäder grösseren Bevölkerungskreisen nutzbar zu machen sind? (Medizinalrath Dr. Dornblüth-Rostock). 3. Die Förderung der Schwimm- und Badebassins neben den Wannen- und Brausebädern, bezw. Wettbewerb für Einführung von Schüler- und Volksschwimmbädern in Verbindung mit kleinen Wannen- und Brauseanlagen (Rechnungsrath Kallenbach-Breslau).

Die Mitglieder werden gebeten, ähnliche Anregungen aus ihren eigenen Erfahrungen der Geschäftsstelle übermitteln zu wollen, damit sie dem endgültigen Programm, welches Mitte Mai versendet wird, eingefügt werden können.

Für die vom 1.—6. September d. J. in Brüssel stattfindende internationale Konferenz zur Bekämpfung der Syphilis und der ansteckenden Geschlechtskrankheiten ist folgende Tagesordnung aufgestellt worden:

I. Oeffentliche Prophylaxe. Vorausgesetzt, dass der Staat einerseits die Pflicht hat, die Gesellschaft gegen die Ausdehnung aller ansteckenden Krankheiten, die durch ihre Häufigkeit und die Leichtigkeit, mit der sie sich verbreiten, eine öffentliche Gefahr bieten, zu schützen, und dass er anderseits ausser dem sanitären Gesichtspunkt die Aufgabe hat, die von ihrer Familie verlassenen Minderjährigen zu beschützen:

A. Welche allgemein-prophylaktischen Massnahmen und zwar in Form von gesetzlichen Bestimmungen sind zu ergreifen

a) Mit Bezug auf die Prostitution und zwar:

1. betreffs der Prostitution der Minderjährigen;

2. im Interesse der Moralität und der öffentlichen Ruhe, wie der öffentlichen Gesundheitspflege;

3. gegen das Kuppler- und Zuhälterwesen.

b) Ausserhalb der Prostitution und zwar:

1. betreffend den Schutz der Minderjährigen beider Geschlechter;

2. mit Beruf auf eine Organisation einer kostenlosen Behandlung und Pflege Venerisch-Kranker aus öffentlichen Mitteln; Einrichtung von Versicherungsanstalten und Krankenkassen;

3. betreffend die Beaufsichtigung des Ammenwesens — die Ansteckung durch Hebammen und Wärterinnen, die Vaccination —; die Ansteckung in Werkstätten, Fabriken, Ateliers u. s. w., durch Vermittelung von Werkzeugen — die Stellen-Vermittelungs-Bureaus —; Beaufsichtigung der Geschäfts- und Wohnräume u. s. w.

B. Erscheint es geeignet, die Uebertragung einer venerischen Krankheit nicht nur strafrechtlich, sondern auch zivilrechtlich zu verfolgen bezw. zu bestrafen?

II. Individuelle Prophylaxe. Wenn wir davon ausgehen, dass ebenso wie die staatlichen und öffentlichen Behörden prophylaktische Massregeln gegen die venerischen Krankheiten zu ergreifen haben, auch die einzelnen Individuen die Verpflichtung haben, an diesen Bestrebungen sich zu betheiligen, und zwar die Gesunden, indem sie jede Berührung mit verdächtigen oder bereits infizirten Personen oder Gegenständen vermeiden, die bereits Kranken, indem sie ihrerseits alles vermeiden, was eine Uebertragung auf Andere ermöglichen könnte.

1. Welche Mittel kann man anwenden, um die dazu nothwendigen Kenntnisse unter dem Publikum im Allgemeinen und besonders unter der Jugend betreffs der individuellen und allgemeinen Gefahr der venerischen Krankheiten und über die direkten und indirekten Ansteckungsweisen derselben zu verbreiten?

2. Auf welche Weise kann man am leichtesten die individuelle Prophylaxe durch Einrichtung von Heil-, Behandlungs- und Pflegestätten, und zwar für Personen beiderlei Geschlechts, in die Wege leiten?

III. Statistik. Welches sind die gleichmässigen Grundlagen, auf welchen eine für alle Länder brauchbare Statistik der venerischen Krankheiten ermöglicht würde.

Die Tagesordnung der am Sonntag, den 4. Mai stattfindenden **Jahresversammlung des Württembergischen Medizinalbeamtenvereins** ist wie folgt festgestellt: 1. Geschäftliches; 2. Prof. Dr. Wollenberg-Tübingen: Ueber krankhafte Erinnerungsstörungen; 3. Med.-Rath Dr. Scheurlen-Stuttgart: Die gegenwärtige Stand der Abwässerversorgungsfrage.

Sprechsaal.

H. Kreisarzt Dr. K. in V. Der in der heutigen Beilage (s. S. 102) abgedruckte Ministerialerlass vom 14. März 1902 bezieht sich nur auf gebührenpflichtige auswärtige Dienstgeschäfte medizinal- und sanitätspolizeilicher Art, z. B. Revision von Drogenhandlungen u. s. w. Wenn der Kreisarzt dagegen Dienstgeschäfte im allgemeinen staatlichen Interesse (Ortsbesichtigungen, Schulrevisionen u. s. w.) ausserhalb seines Wohnortes vorzunehmen hat, so ist es nach wie vor unzulässig, dass die erhobenen Tagegelder theilweise oder ganz als Gebühr in das Gebührenverzeichniss aufgenommen werden.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei in Minden.

15. Jahrg. **Zeitschrift** 1902.

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,

H. B. Hofbuchhandlung.

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.

Diensteid. — Sachverständigen-Eid.

Von Med.-Rath Dr. Heinemann, Kreisarzt in Frankenberg.

Es dürfte den Herren Kollegen von Interesse sein, zu erfahren, dass ich bei dem Königlichen Landgericht zu Marburg mit dem Antrag durchgedrungen bin, dass der Diensteid des Kreisarztes von den Gerichten seines Amtsbezirkes als Sachverständigen-Eid, sowohl in Straf-, als in Zivilsachen anzusehen ist. Auf eine Eingabe an den Herrn Landgerichts-Präsidenten, in welcher ich unter Bezugnahme auf einige Entscheidungen des Reichsgerichtes den betreffenden Antrag stellte, erhielt ich zur Kenntniss folgende Verfügung vom 16. Januar 1902 an die Amtsgerichte:

„Nachdem bei mir die Frage angeregt worden ist, ob die Kreisärzte bei ihren Vernehmungen als Sachverständige jedesmal besonders zu vereidigen sind, wenn sie nicht in dem Verzeichnisse der ein für alle Mal vereidigten Sachverständigen eingetragen sind, oder ob bei ihnen die Bezugnahme auf ihren Diensteid genügt, theile ich dem Königlichen Amtsgerichte meine Ansicht über diese Frage mit.

Das Reichsgericht hat in feststehender Praxis (vrgl. Entsch. in Strafsachen, Bd. 3, S. 321, Bd. 8, S. 357, Bd. 30, S. 33) angenommen, dass der Diensteid der Kreisphysiker in Preussen bezw. der Oberamtsärzte in Württemberg, obwohl er vor einer Verwaltungsbehörde geleistet sei, für Gutachten innerhalb des Amtskreises der Medizinalbeamten, auch als ein für alle Mal geleisteter Sachverständigeneid zu betrachten sei. Es gründet diese Ansicht darauf, dass der Diensteid das Gelöbniss der Beamten enthalte, alle vermöge seines Amtes ihm obliegenden Pflichten nach bestem Wissen und Gewissen zu erfüllen, und dass zu ihren Dienstpflichten namentlich die Geschäfte der gerichtlichen Me-

dizin, die des Gerichtsarztes, gehören. Dies gelte sowohl für die Straf-, als für die Zivilrechtspflege.

An dieser Auffassung ist auch nach der neuen Gesetzgebung bezüglich der Kreisärzte festzuhalten. Der Kreisarzt ist nach §. 9 des Gesetzes vom 16. September 1899 (Ges.-S. S. 174) der Gerichtsarzt seines Amtsbezirks, und Alles, was das Reichsgericht bezüglich der Kreisphysiker ausgeführt hat, gilt demnach auch für ihn.

Die neue Bestimmung im §. 86 des Ausführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz (Ges.-S. 1899, S. 277) entscheidet nur die Frage, ob ein für alle Mal zu beeidigende Personen von den Gerichten oder von den Justizverwaltungsbeamten zu beeidigen sind, bestimmt aber nicht etwa, dass andere allgemeine Beeidigungen nicht stattfinden können (vrgl. auch §. 13 der Allg. Verfügung vom 5. Februar 1900, J.-M.-Bl. S. 51). Deshalb bezieht sich auch die auf Grund dieses Paragraphen erlassene Allgemeine Verfügung vom 5. Februar 1900, soweit sie die Aufnahme der bereits früher im Allgemeinen beeidigten Sachverständigen in ein Verzeichniss anordnet, nur auf die von der Justizbehörde bestellten, ernannten oder im Allgemeinen beeidigten Sachverständigen (§. 11, Abs. 2).

Nach fast allen Kommentaren der Zivilprozessordnung ist anzunehmen, dass der im Allgemeinen beeidigte Sachverständige eine besondere Vereidigung verweigern darf, da die Berufung auf den allgemeinen Eid genügt (§. 79, St.-P.-O., §. 410, Z.-P.O.).

Bei alledem ist aber im Auge zu behalten, dass der Diensteid nur diejenigen Bekundungen des Kreisarztes deckt, die er in Folge seines Amtes abgiebt, also nicht etwa Bekundungen über Wahrnehmungen in seiner Privatpraxis, wohl aber (Entsch. in Strafsachen, Bd. 30, S. 33) „diejenigen Bekundungen, welche er nach Zuziehung zu den Handlungen des Gerichts innerhalb seines Dienstes als sachverständiger Zeuge wahrgenommen und seinem Gutachten zu Grunde gelegt hat". Wenn sich ein Bedürfniss herausstellt, den Kreisarzt auch bezüglich seiner ausserordentlichen Wahrnehmungen ein für alle Mal zu beeidigen, so kann dies bei der Justizverwaltung (§. 1 der Allgemeinen Verfügung vom 5. Februar 1900) angeregt werden."

Es wird nun, im Gegensatz zu früher, von den Amtsgerichten meines Amtsbezirkes gemäss dieser Verfügung verfahren, d. h. der Diensteid wird als Sachverständigeneid angenommen.

Als ich am 14. März d. Js. vor der Strafkammer des Landgerichts zu Marburg als Sachverständiger vernommen wurde, führte ich einen Beschluss des Gerichtshofes darüber herbei, ob die erlassene Verfügung nur für die Amtsgerichte meines Bezirks oder auch für das Landgericht als geltend zu betrachten sei. Scheinbar waren die Ansichten der Richter über diesen Punkt differirend. Nach langer Berathung hat der Gerichtshof beschlossen, auch für die Thätigkeit des Kreisarztes als Sachverständiger vor dem Landgericht den Diensteid als Sachverständigeneid gelten zu lassen.

Was nun dem einen Gericht bezw. Kreisarzt recht ist, sollte füglich den andern billig sein. Deshalb rathe ich den Herren Kollegen unter Bezugnahme auf die oben angeführte Verfügung und den Beschluss der Strafkammer des Landgerichts zu Marburg vom 14. März d. Js. die Sache gegebenen Falles mit eventueller Verweigerung des Eides durchzuführen, um eine einheitliche Praxis zu ermöglichen.

Schulbesichtigung und Schulgesundheitspflege.

Nach einem von Dr. Brinkmann-Wollstein in der Versammlung der Kreisärzte zu Posen am 7. Dez. 1901 gehaltenen Vortrage.

Zu einer Schulgesundheitspflege, d. h. zu ganz bescheidenen Anfängen einer solchen, sind wir in Deutschland und speziell in Preussen erst ziemlich spät gekommen. Die ersten Ursprünge gehen nicht weit hinter die Mitte des vorigen Jahrhunderts zurück. Im Jahre 1836 auf der dritten westfälischen Direktorenkonferenz war zum ersten Male die Rede von einer Ueberbürdung der Schüler höherer Lehranstalten; es wurde hierbei auf die Vermehrung einzelner Krankheiten hingewiesen, welche man der Schule zur Last legte und deshalb Schulkrankheiten nannte. Mit der Abwehr dieser Krankheiten beschäftigten sich die folgenden Jahrzehnte, ohne dass man daran dachte, den Schülern genügende Räume, gute Bänke, Licht und Luft zu schaffen; der Turnunterricht sollte hier Abhülfe bringen.

Diese Bestrebungen, denen wohl seitens der Schulaufsichtsbehörden nicht das genügende Verständniss entgegengebracht wurde, betrafen nur die Gymnasien und sonstign höheren Lehranstalten. Um die Volksschulen kümmerte sich vorläufig kein Mensch. Da fing in den siebenziger Jahren die Berliner Presse — und nicht allein die Nörgelpresse, auch die besten Zeitungen — an, sich mit den Missständen der Berliner Gemeindeschulen zu beschäftigen, und das hatte zur Folge, dass nicht allein der Berliner Magistrat, sondern auch die Regierung anfing, sich mit den Missständen der Volksschulen zu beschäftigen. Es wurden Zahlen festgelegt — zunächst auch wieder für die höheren Anstalten — für den Luftraum eines jeden Schülers, für die Grundfläche, man fing an, auf die Beleuchtung der Schulräume zu sehen und im Jahre 1877 erschien das erste Handbuch über die Schulhygiene von Baginsky.

Während man nun in den anderen Bundesstaaten, besonders in Sachsen, Hessen und Württemberg, schon zu Anfang der siebenzieger Jahre feste Normen schaffte, nach denen Volksschulhäuser gebaut, und die Lehrpläne dieser Schulen festgelegt wurden, kam man in Preussen, das in hygienischer Beziehung damals stets etwas nachhinkte, was jetzt glücklicher Weise nicht mehr der Fall ist, erst in den achtziger Jahren dahin, Normalpläne für Schulhäuser auf dem platten Lande vorzuschreiben, der Ueberbürdung der Schule zu steuern, die nöthigen Ruhepausen zwischen den Unterrichtsstunden zu regeln u. s. w.

Leider haben alle diese Bestrebungen die Anstellung von Schulärzten nur vereinzelt in den grösseren Städten zu Wege gebracht; auf dem platten Lande und in den kleinen Städten hat man dagegen bisher Schulärzte noch nicht gekannt; erst durch die Dienstanweisung sind die Kreisärzte auch für die Volksschule auf dem platten Lande in gewisser Hinsicht mit schulärztlichen Funktionen betraut. Es ist dies aber ein bescheidener Anfang, der noch sehr des Ausbaues bedarf, denn wie häufig wird gerade auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege noch gesündigt!

Lässt es sich z. B. in einer Zeit, in welcher wir die Schwindsucht als Volkskrankheit ernsthaft zu bekämpfen suchen, vom hygienischen Standpunkte aus verantworten, ein Schulzimmer mit einer Apsis zu bauen, welches gleichzeitig zum Gottesdienste benutzt werden kann? Wer besucht denn solche Gottesdienste in den abgelegenen Dörfern? Doch nur die Kranken, Elenden und Alten, die Jungen gehen viel lieber ins nächste Kirchdorf. Und wie viel Gelegenheit zur Verbreitung der Schwindsucht geben nicht gerade solche Gottesdienste in den Schulen!

Auch die Benutzung der Schulen als Impfräume ist hygienisch bedenklich. Für die Wiederimpflinge kann man zwar nichts dagegen einwenden, für die Erstimpflinge ist jedoch jeder andere Raum im Nutzen der Schulgesundheitspflege geeigneter, als der Schulraum, der dabei nur verunreinigt wird. Mein Grundsatz ist: Den Schulraum für den Unterricht und für nichts weiter!

Wie die Besichtigung der Schulen durch die Kreisärzte sich zu gestalten hat, dafür giebt Formular IX der Dienstanweisung einen Anhalt; hier ist auf das Genaueste festgelegt, was zu beachten ist. Erstaunlich gross sind nun die Zahl der Mängel, die man bei den Schulen der kleineren Städten und Landgemeinden, namentlich bei den älteren Schulen findet. Gleichwohl muss man bei seinen Abänderungsvorschlägen vorsichtig sein und nicht zu viel auf einmal verlangen, denn allzu scharf macht schartig. Anderseits darf man aber auch nicht allzu zaghaft sein, wenn man überhaupt etwas erreichen will. Mit zielbewusstem, ruhigem Auftreten und mit Masshalten bei seinen Forderungen wird man jedenfalls mehr erreichen, als wenn man sich durch über die Leistungsfähigkeit der Gemeinden hinausgehende Ansprüche sich diese und die Aufsichtsbehörde aufsässig macht. Sehr häufig handelt es sich nun auch hier um Mängel, deren Abstellung den Gemeinden nicht viel Kosten auferlegt; hier muss man diese Abstellung ohne Bedenken fördern; sie wird gleichwohl oft genug nicht so bald und so gut ausgeführt, wie man es im gesundheitlichen Nutzen für die Schule fordern möchte.

Ein häufiger Gegenstand der Bemängelung ist z. B. die Reinlichkeit der Schulräume, die wöchentlich nur ein bis zwei Mal gefegt und jährlich nur eben so oft gescheuert werden, während doch selbst der kleinste Arbeiter sich seine Stube alltäglich fegt und allsonnabendlich scheuert. Das sollte man auch für die Schulräume verlangen; es ist gar nicht so schwer durchzuführen und auch nicht mit zu grossen Kosten verknüpft. Mit Hülfe meines Landraths habe ich z. B. in einem Kreisstädtchen das tägliche Ausfegen und wöchentliche Scheuern der Schulzimmer durchgesetzt und kann nur versichern, dass die Luft in den Schulräumen eine ganz andere geworden ist, dass die Kinder sich entschieden in den sauberen Räumen viel wohler fühlen und die Lehrer erklären, sie könnten in der besseren Luft 10 Jahre länger unterrichten. Vor allem sollte aber die im Regierungs-Bezirk Posen scheinbar noch geltende Verordnung vom 26. August 1882 beseitigt

werden, dass ältere Schulkinder zur Reinigung der Schulräume herangezogen werden können; soweit mir bekannt, sind ähnliche Verordnungen in anderen Regierungsbezirken schon längst aufgehoben.

In vielen, besonders älteren Schulen fällt ferner das Licht von 2 bis 3 Seiten auf die Schultische oder das Verhältniss der Glasfläche zur Grundfläche ist ein sehr ungünstiges und bleibt weit hinter dem Mindestmass von einem Fünftel zurück. Hier ist es schon schwieriger, Abhülfe zu schaffen; denn die hierzu nothwendigen baulichen Aenderungen sind meist ziemlich kostspielig; aber bei richtigem Vorgehen wird man doch den Widerstand der Gemeinden überwinden. Auf weniger Widerstand wird dagegen die Forderung stossen, dass die unteren Fensterscheiben aus geriffeltem Glas hergestellt werden, statt sie durch weissen Oelanstrich zu blenden oder mit weissen, das Licht nicht durchlassenden Scheiben zu versehen.

Recht übel ist es oft mit der Erwärmung der Schulzimmer bestellt. Bei mehreren Schulen ging z. B. aus dem Klassentagebuch hervor, dass zu Anfang des Unterrichts im Schulraum blos + 2° C. waren. Das ist unbedingt zu wenig; + 10° C. sollten bei Beginn des Unterrichts immer sein. Es dürfte sich deshalb eine Anordnung empfehlen, wonach die Lehrer zu Beginn des Unterrichts die Wärme des Klassenzimmers, namentlich während der Monate Dezember bis März, aufzuzeichnen haben, damit erforderlichen Falls den hier zu Lande gebräuchlichen Kachelöfen ein eiserner Ofen zu Hülfe kommt.

In keinem Schulhause habe ich Ofenschirme gefunden, dagegen verdient erwähnt zu werden, dass in 2 Schulen Papierkörbe vorhanden waren und in Folge dessen weder auf dem Schulhofe, noch in der Klasse das geringste Stückchen Papier verstreut lag. Diese billige Einrichtung verdient entschieden Nachahmung.

Einige Schwierigkeit macht die Anbringung von Kleiderhaken zum Aufhängen überflüssiger Kleidungsstücke. Ins Schulzimmer gehören sie von Rechtswegen nicht, weil sie die Luft nicht günstig beeinflussen, namentlich wenn sie nass sind. Lässt man sie aber im Winter draussen im Vorraum hängen, so bleiben sie nass und fangen womöglich an zu frieren, während sie im Schulraum doch trocknen und erwärmt werden. Ob man da nicht lieber die Verderbniss der Luft mit in Kauf nimmt zu Gunsten getrockneter Kleider, das ist jedenfalls eine Frage, die weiterer Erwägung werth ist.

Den wundesten Punkt in den weitaus meisten Schulen bilden die Schulbänke. Was man da alles sieht, ist meistens durchaus unerfreulich. Bänke mit 15 bis 20 cm Plusdistanz für Kinder von 7—8 Jahren sind gar nicht so selten, wie man wohl glauben möchte. Auch hier muss unbedingt allmählich Wandel geschaffen werden. Wenn auch nicht überall sofort zweisitzige Bänke mit Nulldistanz angeschafft werden, so fasst doch wohl mal der eine oder andere Schulvorstand sich ein Herz und beschafft bessere

Bänke, besonders wenn immer wieder von Neuem auf ihre schlechte Beschaffenheit hingewiesen wird. Für die mechanischen Bänke mit Klapptisch oder Klappsitz vermag ich mich nicht zu erwärmen; unsere Landschuljugend geht mit ihnen zu schlecht um und die Anschaffung ist viel zu kostspielig im Verhältniss zur Lebensdauer eines solchen mechanischen Kunstwerkes.

Bei der Umgebung des Schulhauses kommt als wichtig zunächst der Schulbrunnen in Betracht. Kann dieser aus technischen Gründen ein Abessinier nicht sein, so muss er aus Zementringen bestehen, mit einer Steinplatte abgedeckt und mit einer guten, eisernen, vom Brunnen entfernt aufzustellenden Pumpe versehen sein. Vor allen Dingen aber muss die Lage der Brunnen einwandsfrei sein. Wie wenig unsere Baumeister in diesem Punkte sorgsam sind, dafür könnte ich manche Beispiele anführen, bei denen im letzten Jahrzehnt erbaute Schulen Brunnen haben, die nicht einmal die vorgeschriebenen 10 m von Abortgruben entfernt sind. Dass diese Brunnen zum Theil schlechtes Wasser liefern, ist nicht zu verwundern. Auch darauf muss geachtet werden, dass für die Versorgung der Kinder mit Trinkwasser eiserne emaillirte Becher in genügender Zahl vorhanden sind.

Nicht minder häufig ist die Aborteinrichtung ein Schmerzenskind, namentlich bei älteren Schulen. Pissstände sind selten vorhanden und wo sie vorhanden sind, fehlen ihnen die Zwischenwände oder die Bedachung. Hier alle die Mängel schlechter Aborteinrichtungen aufzuführen, würde mich viel zu weit führen; auf ihre Abhülfe muss mit Nachdruck hingewirkt werden.

Dass die Spielplätze bei Landschulen meistens fehlen, ist bekannt; ein vorüberführender Weg wird als Spiel- und Turnplatz benutzt. Auf dem platten Lande ist allerdings das Fehlen eines solchen Platzes nicht von solcher Bedeutung, als in den Städten; hier muss er aber vorhanden und ausreichend gross sein.

Leider werden Schulen noch immer zu dicht an Strassen und Wegen gebaut. Welchen Staub wirbelt nicht das Vorübertreiben von Vieh auf, welchen Lärm macht nicht das Vorüberfahren schwerer Wagen! Ich halte es deshalb für unbedingt erforderlich, dass ein Schulzimmer mindestens 10 m von einer Strasse entfernt liegt, damit im Sommer bei staubigem Wege die Fenster dauernd geöffnet gehalten werden können. Diese Forderung ist besonders bei Begutachtung der Schulbaupläne zu stellen.

Und wie sparsam sind nicht unsere Baumeister mit den Lüftungsvorrichtungen! In dieser Hinsicht muss bei Neubauten die Anlage von Luftkanälen in den Innenräumen, von Luftzuführungsöffnungen in den Aussenwänden und von Glasjalousien oder kippbaren Oberlichtern in den Fenstern verlangt werden.

Schulkrankheiten in dem eigentlichen Sinne giebt es auf dem Lande wohl kaum. Von etwa 1800 Schulkindern in den von mir besichtigten Schulen waren z. B. 6 kurzsichtig, fünf litten an Rückengratsverkrümmungen, welche durch die Schule nicht entstanden waren, eins an Veitstanz, etwa 12 an Trachom leichterer Art. Natürlich sind in den Städten diese Zahlen ganz andere. Auch farbenblinde Kinder habe ich bis jetzt nicht gefunden, doch

festgestellt, dass die kleinsten Mädchen die Farbe viel schneller und sicherer unterscheiden, als die grössten Knaben.

Ganz kurz will ich noch meine Erfahrungen erwähnen in Bezug auf die in Kreislehrerkonferenzen zu haltenden Vorträge über Schulhygiene und damit verwandte Fragen. Ich habe dies bereits vor 5 Jahren gethan, und kann wohl sagen, dass ich eine sehr aufmerksame Zuhörerschaft hatte und dass den hierbei erörterten Fragen sowohl von den Lehrern, als auch von den Schulinspektoren dankbares Interesse entgegengebracht wurde. Ich halte deshalb derartige Vorträge für zweckmässig und folgenreich.

Jedenfalls ist auf dem Gebiete der Schulhygiene noch Vieles der Abhülfe bedürftig! Hier Besserung schaffen, ist eine der wichtigsten Aufgaben des Medizinalbeamten, bei deren Lösung er zielbewusst und nicht zu ängstlich vorgehen darf. Wenn auch nicht sofort alles erreicht wird, allmählich soll und muss es doch besser werden. Jeder Schritt auf diesem Gebiete bedeutet aber einen wesentlichen Fortschritt zum Wohle der heranwachsenden Jugend und somit zum Nutzen unseres gesammten Volkes und Vaterlandes!

Die Granulose in Ostpreussen.

Von Kreisarzt Dr. Dubois in Johannisburg (in Bezug auf „Bemerkungen zur Granulosefrage“ von Med.-Rath Dr. Heidenhain).

Gegenüber den Ausführungen des Med.-Rath Dr. Heidenhein möchte ich vor Allem bemerken, dass die Behandlung der Granulose bei uns in unserm, so oft geschmähten Masuren anscheinend besser ist als in den anderen uns vorgezogenen Gegenden Preussens. Um gleich mit dem Wichtigsten zu beginnen; wir haben hier eine Behandlung durch Aerzte und eine Polizei-Verfügung, welche die Kranken zwingt, zu den Augenterminen zu erscheinen, und sie erscheinen pünktlich und vollzählig. Der Kreis Johannisburg z. B. ist in 5 Theile getheilt, jeder Theil ist einem Arzt zugetheilt und dieser hält im Laufe des Monats in jeder Schule einen Augentermin ab. Diese Termine werden für den ganzen Monat im Kreisblatt und ausserdem noch durch besondere Schreiben an Gemeindevorsteher und Lehrer bekannt gemacht. Der Gemeindevorsteher ist verpflichtet, im Termine selbst zu erscheinen, und jeden Augenkranken, dessen Namen ihm mitgetheilt ist, zu bestellen. Fehlt ein Kranker, so wird er vom Arzt gemeldet, und vom Amtsvorsteher mit 3—10 M. bestraft. Säumige sind jetzt schon sehr selten.

Behandelt werden die Kranken, Erwachsene sowie Schüler im Termine selbst und zwar ohne Instrumente. Wir Aerzte machen es ziemlich gleichmässig in der Art, dass wir die einzelnen Körner mit den Fingernägeln ausdrücken, was bei einiger Uebung ganz leicht geht, und dann mit einem in Sublimatlösung getauchten Wattebausch abwischen bezw. abreiben. Die Hände des Arztes müssen bei jedem Kranken sauber desinfizirt werden. Der Lehrer führt an diesen Terminen nur die Liste. Zwischen den einzelnen Terminen träufelt er den Kindern mit Tropfflasche täglich etwas

Cuprum-Lösung ein, behandelt aber nicht weiter. Behandeln thut der Arzt und kontrolirt nicht blos. Erfolg der Behandlung ist vorhanden, doch wird es noch eine Zeit dauern, bis zur völligen Unterdrückung der Granulose.

Darin gebe ich dem Herrn Kollegen Recht, dass in erster Stelle die Freizügigkeit an der Verschleppung der Granulose Schuld ist, doch müsste hier der Staat eingreifen und anordnen, dass jeder „Sachsengänger" ein Attest, dass er nicht an Granulose leidet, haben muss. Die Orte, in die ein Kranker kommt, leiden, und auch die Orte aus denen er geht. Die Kranken werden an dem neuen Wohnort in's Lazareth gesteckt und das arme Walddorf hat dann nach dem Gesetz vom Unterstützungswohnsitz die Kosten zu zahlen. Ich kenne kleine, arme Dörfer, die gegen 100 Mark bezahlt haben, ein schwerer Schlag für ein armes, kleines Dorf. Besonders wenn man bedenkt, dass hier die Behandlung der Granulose völlig umsonst ist.

Um mich kurz zu fassen, will ich behaupten, dass hier bei uns die Granulose-Behandlung bedeutend besser geregelt ist, als z. B. in Stolp, und Dank der von oben her mehr geregelten Behandlung, auch der Erfolg deutlich sichtbar ist.

Die Aerzte hier müssen in Granulose-Behandlung firm sein und wo sie es nicht sind, müssen sie Kurse nehmen und dann in Uebung bleiben, dann geht's auch ohne Augenklinik bis auf einige schwerere Fälle.

Lymphständer mit Sterilisationsvorrichtung für die öffentlichen Impfungen.

Von Dr. Adolf Salm in Völklingen.

Der unten beschriebene Lymphständer,[1]) der sich vorzugsweise für das öffentliche Impfgeschäft eignet, ist in seiner Konstruktion derartig gedacht, dass er die genaue Handhabung der in dem Ministerialerlasse vom 28. Februar 1900, sowie in den Vorschriften zur Ausführung des Impfgeschäftes gegebenen Anweisungen ohne weiteres Zuthun des Impfarztes sichert. Dementsprechend soll der Lymphvorrath zum Schutze gegen Verunreinigung stets bedeckt sein; die Verwendung der Lymphe ohne Umfüllung aus den Versandgläschen ermöglicht werden, um dadurch eine Vermischung dieser vorzubeugen, damit nicht durch Benutzung einer Mischlymphe sich Schwierigkeiten bei der Feststellung von Schädigungen ergeben, und endlich die Messer im Termine durch Hitze bezw. Alkohol desinfizirt werden können.

Mit Rücksicht auf die Massenimpfungen ist der Lymphständer mit einem möglichst breiten und schweren Untersatze versehen, der gleichzeitig den Spiritus bezw. absoluten Alkohol aufnimmt; es ist dadurch ein Umstossen ausgeschlossen. Ein kleiner Metallzylinder (in Fig. 1 rechts, in Fig. 2 links dargestellt) ist in seinen Massen so gewählt, dass er die Versandgläschen der Berliner Lymph-

[1]) Der Ständer ist durch Adolf Schweickhardt, Fabrik für Chirurgie-Instrumente, in Tuttlingen zu beziehen.

anstalt, denen die der übrigen Anstalten jedenfalls entsprechen, grade aufnimmt; durch eine Spiralfeder im Innern des Zylinders wird das Versandgläschen etwas über den Rand hervorgehoben; diese gewährt ausserdem die Möglichkeit, dass ausser den höheren zu 100, auch die niedrigeren Gläschen zu 50 Impfungen ohne Aenderung in den Zylinder eingestellt werden können. Dadurch wird jedes Umgiessen in ein besonderes Impffläschchen vermieden, so dass der Impfarzt stets versichert ist, die Impfung nur aus Gefässen vorzunehmen, deren Asepsis seitens der Lymphanstalt verbürgt werden kann. Sollten sich aber Impfschäden einstellen, so ist, da jede Möglichkeit einer Mischung ausgeschlossen ist, die Herkunft der Lymphe ohne jeden Zweifel sofort festzustellen. Eine

Fig. 1.

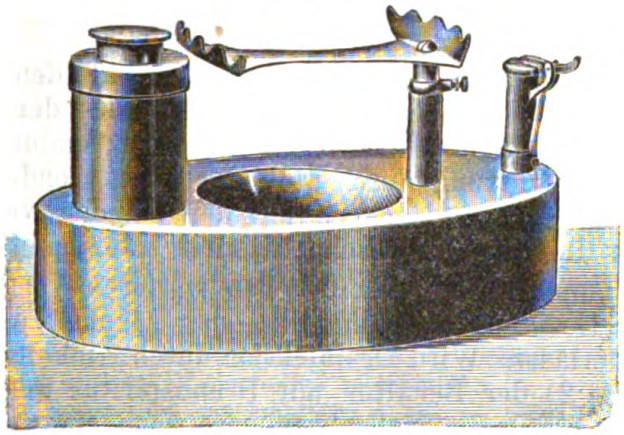


Fig. 2.

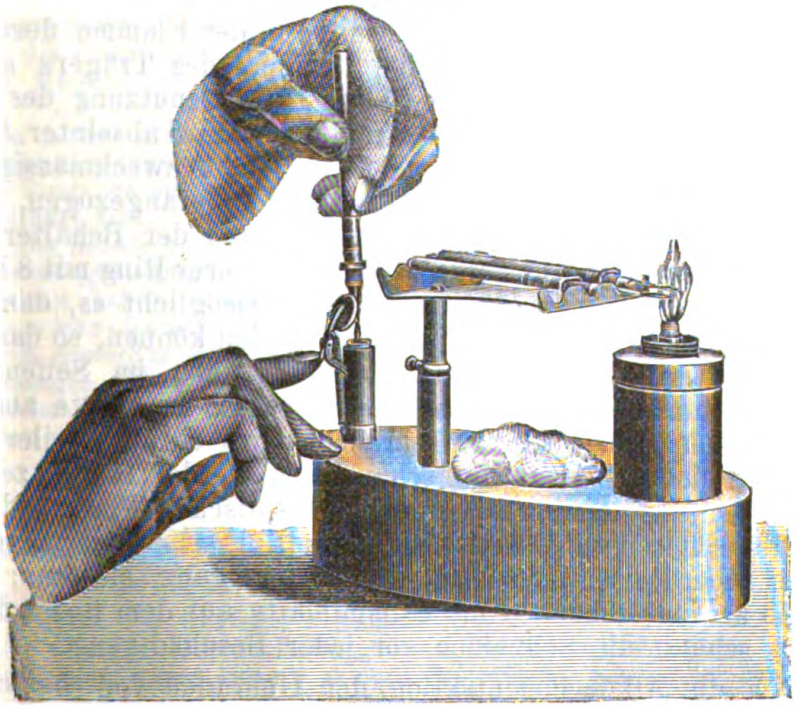
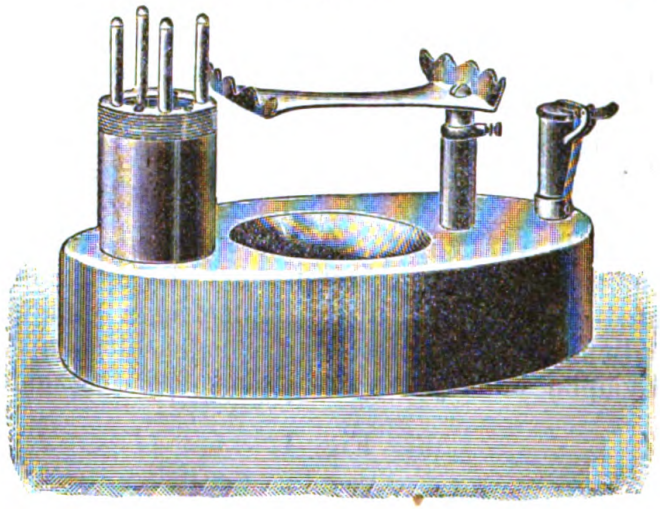


Fig. 3.



zweite Spiralfeder ausserhalb des Zylinders hält den Deckel stets geschlossen, der durch Benutzung des Fingers der linken Hand an seinem langen Stiele (Fig. 2) geöffnet wird; dadurch wird nicht allein die Beschmutzung durch Staub verhütet, sondern auch jede Berührung des Lymphgläschens mit den Händen vermieden, die während der Impfung aseptisch zu halten gänzlich unmöglich ist.

Der Lymphständer gewährt den weiteren Vortheil, dass er die Art der Desinfektion (Glühhitze oder Alkohol) dem Impfarzte zur Wahl überlässt. Wird Desinfektion durch Glühhitze gewünscht, so wird (Fig. 2) der Behälter mit Brennspiritus gefüllt, und der Messerträger durch die Stellschraube so hoch eingestellt, dass die Schneide in die Flamme kommt. Dieser ist für vier Messer eingerichtet; ist eines gebraucht, so wird es an Watte abgeputzt und während der Benutzung des zweiten in der Flamme desinfizirt; hierauf wird es durch eine kleine Drehung des Trägers aus der Flamme gsbracht und hat jetzt während der Benutzung des dritten und vierten Messers Zeit zur Abkühlung. Wird absoluter Alkohol, der nach neueren Untersuchungen vielleicht zweckmässig durch Seifenspiritus ersetzt wird, zur Desinfektion herangezogen, so wird (Fig. 3) der Brennerkopf abgeschraubt, und der Behälter damit anstatt mit Brennspiritus gefüllt. Ein peripherer Ring mit 8 Kerben, in denen die Messer ihren Stand finden, ermöglicht es, dass sie in einer bestimmten Reihenfolge benutzt werden können, so dass jedes genügend Zeit zur Desinfektion findet, wozu im Seifenspiritus $^1/_4$ Minute hinreicht, wenn das Messer vorher an Watte abgeputzt ist. Vor dem jedesmaligen Gebrauche wird es an steriler Watte bezw. an einem Dührssen'schen Tampon, der in der zentralen Delle unter dem Messerträger einen aseptischen Platz findet, von dem überschüssigen Desinfiziens befreit. Der Messerträger, der hierbei überflüssig ist, wird am besten ganz entfernt; er ist deshalb herausziehbar. Eine Gummiplatte auf dem Boden des Behälters schützt die Schneiden vor jeder Beschädigung.

Da die Alkoholdesinfektion den Gebrauch von Stahlmessern

zulässt, so stellt sich der Ständer erheblich billiger; während zur Feuerdesinfektion, zu der ohne Weiteres übergegangen werden kann und worin gerade der Vortheil liegt, Messer mit Platiniridiumschneiden verwendet werden müssen.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten der Prov. Schleswig-Holstein in Neumünster am 6. April 1902.

Anwesend: Reg.- und Med.-Rath Dr. Bertheau-Vorsitzender, die Kreisärzte Med.-Rath Dr. Asmussen-Rendsburg, Dr. Bahrs-Sonderburg, Dr. Bartels-Husum, Dr. Bockendahl-Kiel, Dr. Bruhn-Segeberg, Med.-Rath Dr. Cold-Meldorf, Dr. v. Fischer-Benzon-Flensburg, Med.-Rath Dr. Halling-Glückstadt, Dr. Hansen-Hadersleben, Med.-Rath Dr. Horn-Tondern, Dr. Hunnius-Wandsbeck, Dr. Knuth-Apenrade, Dr. Reimann-Neumünster, Dr. Rohwedder-Ratzeburg, Dr. Schow-Neustadt, Dr. Schütt-Eckernförde und Med.-Rath Dr. Suadicani-Schleswig, Stadtarzt Dr. Schröder-Altona, Gerichtsarzt Dr. Neidhardt-Altona und die Kreisassistenzärzte Dr. Hillenberg-Oldesloe und Dr. Krefting-Helgoland.

1. Zunächst erläutert Reg.- und Med.-Rath Dr. Bertheau die Verfügungen, welche seit der vorjährigen Versammlung erlassen sind.

2. Den Medizinalbeamten der Provinz war in der Woche vor der Versammlung der Entwurf einer Polizei-Verordnung, betreffend die Meldung der Medizinalpersonen, zur Aeusserung zugeschickt worden. Dr. Bockendahl bespricht den Entwurf und im Anschluss daran werden einige Abänderungsvorschläge vereinbart, welche in der Antwort an den Herrn Regierungspräsidenten zum Ausdrucke zu bringen sind.

3. Reg.- und Med.-Rath Dr. Bertheau giebt eine kurze Geschichte des Heilgehülfenwesens und bespricht die jüngst erlassene ministerielle Verfügung, welche sich mit den Heilgehülfen beschäftigt.

Bei der Diskussion wird von mehreren Seiten die Ansicht vertreten, dass man die Einrichtung der Heilgehülfen nicht weiter ausbilden solle, weil dieselben in der Regel zu Kurpfuschern ausarteten.

4. Dr. Rohwedder hat für seine Registratur je eine besondere Akte für Wasserversorgung und Kanalisation und je besondere Schulakten und Ortsakten für die einzelnen Städte und Amtsbezirke angelegt und sich im Uebrigen dem vom Merseburger Medizinalbeamten-Verein entworfenen Muster angeschlossen.

Sein Aktenverzeichniss enthält ausser dem Schema nur noch eine kurze Umgrenzung des Inhalts der einzelnen Akten, während die Verfügungen und sonstigen Vorgänge auf einem jedem Heft vornean eingefügten Rotulus inhaltlich aufgeführt sind.

5. Die bereits zur vorjährigen Versammlung im Entwurf fertiggestellten Schutzmassregeln gegen Uebertragung und Ausbreitung ansteckender Krankheiten haben inzwischen den Mitgliedern zur Aeusserung vorgelegen. Dr. v. Fischer-Benzon berichtet kurz über die Aenderungen, welche dadurch erforderlich geworden sind, worauf die Vorschriften ohne Diskussion zur Annahme gelangen. Man einigt sich dann noch, nach dem Vorgehen im Segeberger Kreise die Hülfe der Landrathsämter zu deren Verbreitung mit in Anspruch zu nehmen.

Dr. Rohwedder-Ratzeburg.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Der Arzt vor Gericht. Originalbeitrag von Dr. A. Kühner, Gerichtsarzt a. D. Deutsche Medizinalzeitung; 1902, Nr. 15 und 16.

Auf Grund seiner eigenen reichen Erfahrungen und an der Hand eines soeben erschienenen englischen Werkes von George Vivian Poore giebt der

Verfasser werthvolle Fingerzeige für das Auftreten des Arztes vor Gericht. Wenn diese Winke dem, der oft vor den Schranken des Gerichtes zu erscheinen hat, nichts Neues bringen, so sind sie doch für den Neuling ein guter Führer.

Verfasser kommt dann auf die Eigenart der gerichtlichen Medizin zu sprechen, bei der es sich so oft um eine „Singularität der Ursache und um eine Pluralität der Wirkung" handelt, im Gegensatz zu der Medizin, wo die Ursache eine Singularität und die Wirkung eine Pluralität sei.

Gegenstand der gerichtsärztlichen Untersuchung können sein: lebende Personen, Leichen und deren Fundstelle, Werkzeuge, fremde Sachen und verschiedene andere Dinge. Der Arzt wird vor Gericht geladen als Zeuge, als Sachverständiger oder als Zeuge und Sachverständiger.

In seinen weiteren Ausführungen schliesst sich Kühner dem bekannten Werke von Rapmund-Dietrich und dem Kompendium der gerichtsärztlichen Praxis von Bornträger an. Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Leichenfauna. Von. Dr. Ritter von Niezabitowski in Krakau. Ibidem, S. 44.

Interessante Untersuchungen hat Verfasser auf Veranlassung von Prof. Wachholz über die bei der Leichenfäulniss auftretende Insektenfauna angestellt. Er fand, dass im Hochsommer das Leichenzerstörungswerk in 14 Tagen vollendet ist, während im Frühjahr und Herbst, ausserdem bei niederer Lufttemperatur die Insekten in geringerer Menge auftreten, die Leichenfäulniss langsamer erfolgt und demgemäss eine Verlängerung eintritt. Der Unterschied zu Mégnin's Resultaten, nach dessen Beobachtungen die Leichenzerstörung erst nach 4 Jahren vollendet war, erklärt sich dadurch, dass Mégnin die Versuche in geschlossenen Räumen, Verfasser aber in freier Luft anstellte.

Die eigentlichen Todtenarbeiter sind die Fliegen und Käfer und zwar kommt der Löwenantheil den Fliegen, namentlich den Maden von Lucilia caesar zu, während bei Fäulniss an freier Luft gewisse von Mégnin beschriebene Insektengattungen vollkommen fehlen, z. B. bestimmte Lepidopteren. Die Vermuthung, dass die Leichen gewisser Thiere, ebenso wie die Menschenleichen nur durch gewisse spezifische Leicheninsekten zerstört werden, erwies sich als irrig. Die Zerstörung der Leichen geht zwar in den Jahreszeiten, Sommer, Frühling und Herbst verschieden schnell vor sich, die Leichenfauna aber bleibt dieselbe. Gewisse Insektenarten treten nur in der Nähe von Menschenansiedlungen auf, andere nur dann, wenn die Leichen weit von menschlichen Wohnungen liegen. Nach Verfassers Meinung ist die entomologische Forschung über die Leichenfauna zwar im Stande, manche Aufklärung gerichtsärztlich wichtiger Fragen zu geben, aber doch nur ausnahmsweise geeignet zur Zeitbestimmung für forensische Zwecke zu dienen. Prof. Dr. Ziemke-Halle.

Beiträge zur gerichtlichen Toxikologie. Von Prof. Dr. Kratter in Graz. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. F., Bd. XXIII. 1. Heft, S. 1.

Verfasser liefert einen interessanten Beitrag über Phosphor- und Arsengebrauch als Fruchtabtreibungsmittel auf Grund einer Anzahl eigener Beobachtungen. Die Fruchtabtreibung wird auch in der Gegend von Graz ziemlich häufig mit Phosphor versucht; die Beobachtungen ergeben aber, dass die Wirkung durchaus unzuverlässig ist. Nur in zwei Fällen trat der gewünschte Erfolg ein, beide Male aber auch der Tod der Mutter. Die abortive Wirkung wird verursacht durch Blutungen zwischen Ei und Gebärmutter. Einmal wurde die Fruchtabtreibung auch rein mechanisch herbeigeführt. Eine spezifische Abortivwirkung kommt dem Phosphor nicht zu. Noch weniger kann eine solche den Arsenpräparaten zugeschrieben werden. Unter den Beobachtungen des Verfassers trat der Abort nur ein Mal nach Einnahme von Arsen auf und zwar als Nebenwirkung einer heftigen Gastroenteritis, durch die sekundär Kontraktionen des schwangeren Uterus ausgelöst wurden. Für die Mutter sind beide Gifte annähernd gleich gefährlich. Prof. Dr. Ziemke-Halle.

Ueber das Vorkommen von Arsen in menschlichen Organen und seinen Nachweis auf biologischem Wege. Von Prof. Dr. E. Ziemke. Ibidem, S. 51.

Nach Gautier's Untersuchungen soll das Arsen in gewissen Organen des menschlichen Körpers normalerweise sich als integrirender Bestandtheil derselben finden, so z. B. in der Schilddrüse, im Gehirn der Thymusdrüse u. a. Dass es bisher nicht gefunden sei, liege an den Methoden des Arsennachweises, bei welchen das Arsen in Form flüchtiger Chlorverbindungen verloren gehe. Untersuchungen einer grösseren Zahl von menschlichen Organen, die sowohl auf die von Gautier vorgeschriebene Weise, wie nach einer Anzahl anderer neuerdings angegebener Methode, welche alle den Verlust von Arsen vermeiden sollen, ausgeführt wurden, ergaben niemals auch nur Spuren von Arsen. Zur Kontrolle wurde noch das biologische Verfahren durch den Schimmelpilz Penicillium brevicaule und zwar gleichfalls stets mit negativem Erfolg herangezogen. Gautiers's Resultate sind vielleicht dadurch zu erklären, dass in Frankreich die Ueberwachung der Nahrungsmittel und Gebrauchsgegenstände besonders auf ihren Arsengehalt keine so sorgfältige ist, wie in Deutschland und dass anderseits die von Gautier genannten Organe zu jenen gehören, welche das Arsen mit Vorliebe aufnehmen und besonders lange festhalten.

Autoreferat.

Zwei Gutachten über Schwefel-Kohlenstoff-Vergiftungen. Von Dr. J. Lowinsky. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1902, Nr. 6.

Die CS_2 — Vergiftung der Gummiarbeiter (in Deutschland bekannt geworden durch Laudenheimer, Leipzig 1899) wurde zum ersten Mal Gegenstand gerichtlicher Beurtheilung. Der Aufsatz Lowinsky's giebt zwei Gutachten, in denen ausgeführt wird, dass die eigenartige Erkrankung zweier Drechsler mit hoher Wahrscheinlichkeit zurückzuführen ist auf den Aufenthalt in Räumen, „in welchen Kautschuck auf kaltem Wege unter Anwendung grösserer Mengen Schwefelkohlenstoff vulkanisirt wurde". Die sogenannte „Gummiluft" ist ein Gemisch von Schwefelkohlenstoff und Chlorschwefel, wovon nach Lehmann nur der erstere giftig wirkt. Der eine Kranke, der ein der multiplen Sklerose ähnliches Krankheitsbild darbot, hatte fast zwei Jahre in solchen Räumen gearbeitet; er klagte über heftige Schmerzen (wo? Ref.) und Schlaflosigkeit, und war im Gebrauch der Hände, durch starkes Zittern der Vorderarme besonders bei gewollten Bewegungen behindert. An den Beinen bestand spastische Parese.

Der zweite Arbeiter hatte nur 5 Wochen in bezw. neben den Vulkanisirraum gearbeitet. Auch er zeigte Zittern der Hände, Herabsetzung ihrer motorischen Kraft bei normaler elektrischer Erregbarkeit der Muskeln und leichte Radialisparese.

In beiden Fällen muss man, besonders aber im zweiten an Hysterie und Simulation denken. Der Patient erwies sich sehr informirt über die „Gummilufterkrankung".

Die beiden Gutachten, für welche man in einigen Punkten genauere objektive Erhebungen wünschte, verdienen Beachtung seitens der Fabrikärzte und Gewerbeaufsichtsbeamten. Es ist dem Referenten ausser Zweifel, dass Haftpflichtprozesse wegen CS_2-Vergiftung häufiger vorkommen werden, wenn erst der Sinn der Arbeiter für diese Möglichkeit der Gesundheitsbeschädigung geschärft ist.

Dr. P. Stolper-Breslau.

Vergiftung durch Akonit. (Der Fall Condon). **Mit Bemerkungen über die physiologische Analyse der Alkaloide.** Von W. S. Magill, Newyork. Vortrag in der Medical-legal society. The medico-legal journal; Dezember 1901, S. 444.

Thatbestand: Die Angeklagte, Frau Condon, sollte einer Gläubigerin am Freitag Abend eine Geldsumme bezahlen. Am Dienstag begleitete sie einen Vetter, der sich als Arzt bezeichnete, in eine Drogerie, wo ihr derselbe auf ihr Verlangen eine Flasche mit ca. 60 gr Tinctura Aconiti kaufte. Statt des Geldes sandte sie nun der Frau eine Flasche Wein zum Geschenk, der sie die Akonittinktur beigemischt hatte. Eine Portion desselben Weines, aber ohne das Gift, schickte sie einer Freundin. Die Empfängerin jener ersten

Portion trank noch am Abend von der Mischung. Sie fühlte sich am nächsten Morgen unwohl und trank zur Linderung etwa die Hälfte des Weines aus. Es trat das Gefühl von Kälte, Unfähigkeit, sich zu bewegen, ein; eine eigenartige Steifheit trat hinzu, das Gesichtsfeld verdunkelte sich, Angst, Unruhe, Hinfälligkeit hinderten sie daran, um Hülfe zu rufen. Sie kämpfte sich zur Thüre durch. Eine Frau, die endlich hinzukam, fand sie schon ohnmächtig. Es bedurfte seitens des Arztes 3 Stunden hindurch fortgesetzter Bemühungen, die schliesslich aber das Leben retteten.

Jahrelang gaben die Chemiker an, das Akonitin gebe keine genügend zuverlässige chemische Reaktion, die es ermögliche, eine quantitative Bestimmung des Giftes zu machen, umsomehr, als das Alkaloid ein so furchtbares Gift sei und in so geringen Quantitäten angewendet werde, dass die Analyse unausführbar sei. Indessen erlaubt die qualitative chemische Analyse eine leichte und eindeutige Identifizirung des Akonitins; eine quantitative Schätzung dagegen erlauben die physiologischen, graphischen Methoden, die noch Schwankungen von $^5/_{1000}$ eines Milligrams nachzuweisen vermögen.

Injizirt man einem Thiere von einer verdächtigen Substanz ein bestimmtes Volum oder Gewicht intravenös und nimmt Puls-, Blutdruck-, Athmungskurven graphisch auf; führt man das bei einer Reihe von Thieren planmässig durch, nimmt man dann von einer Normallösung des chemisch oder durch die Krankheitserscheinungen identifizirten Alkaloids die entsprechenden Kurven auf, bis für jedes Thier eine Kurve gefunden wird, die den auf die erste Art gewonnenen Kurven derselben Thiere genau entspricht, — so giebt die bekannte Dose der Normallösung den genauen Gehalt der Alkaloidlösung an Alkaloid.

Verfasser machte an Kaninchen, Katzen, Tauben und Fröschen mit der zur Vergiftung benutzten Lösung von Akonittinktur in Wein die entsprechenden Versuche. Nach Vergleich der bei diesen Experimenten gewonnenen graphischen Kurven mit jenen von Normallösungen von bestimmtem Gehalt, ergab sich, dass die Menge Alkaloid, die nothwendig war, um die Symptome zu erhalten, wie sie der vergiftete Wein erzeugte, einer Lösung von $^1/_{10}$ mgr Akonitin im ccm entsprach. Die Vergiftete hatte also 3,4 mgr des reinen Alkaloids verschluckt.

Verfasser schreibt der geschilderten physiologischen Methode eine grosse Bedeutung für die Zukunft zu; er glaubt, dass mit Hülfe derselben kleinste Mengen mächtiger Gifte mit Genauigkeit bestimmt werden können und dankt seinem Lehrer Dr. Laborde-Paris, dem Direktor der physiologischen Laboratorien, dafür, dass dieser zuerst die Anwendung graphischer Kurven für die Identifizirung eines Giftes in Vorschlag gebracht habe.

(Wenn auch im vorliegenden Falle die Form der Anwendung des Giftes bei der quantitativen physiologischen Analyse gute Resultate ermöglicht hat, so dürften die Einwände, die gegen das physiologische Experiment überhaupt erhoben sind, im Allgemeinen gegen besondere quantitative Schlüsse erst recht gemacht werden, in erster Linie in solchen Fällen, in denen kadaveröse Einflüsse nicht ausgeschlossen werden können. Übrigens hat Ipsen bereits 1892 (Vierteljahrsschr. f. ger. Medizin (3, IV., S. 37) den Werth solcher Kurven der physiologischen Reaktion für forensische Zwecke besonders betont und ihnen, falls sie dem Gericht übergeben werden, etwa den Beweiswerth der von den Chemikern geübten Vorlegung von Arsenspiegeln zugesprochen. Ref.)

Dr. Mayer-Simmern.

Folgen nach Gebrauch eines sogenannten unschädlichen Haarfärbemittels. Von Dr. Josef Schütz in Frankfurt a./M. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1902. Nr. 6.

Das aus Paris stammende Haarfärbemittel Juvenia erzeugte nach einmaliger Anwendung ein Wochen lang fortschreitendes, schliesslich den ganzen Körper einnehmendes akutes, juckendes, mit Blasenbildung und schliesslich Verkrustung einhergehendes Erythem. Die Ursache davon war, wie die chemische Analyse ergab Paramidobenzol (Paraphenylendiamin), in der französischen Litteratur vielfach als Ursache schwerer Hautentzündungen beschrieben. Verfasser empfiehlt, es möchte künftighin die Gesetzgebung auch das Hautorgan mehr als Resorptionsfläche für gesundheitsschädliche Chemikalien berücksichtigen.

Das „chinesische Haarwasser Fo", das Haarwasser „Phönix", ferner „Aureol", „Teinture africaine" sind ebenfalls als gefährliche Kosmetika anzusehen.

Dr. P. Stolper-Breslau.

Zur Paraphenylendiaminvergiftung. Von J. V. Laborde und Meillère. Comptes rendus social biol. T. 53.; S. 213 und 249.

Im Anschluss an eine Arbeit von J. Schütz-Frankfurt a./M. (Folgen nach Gebrauch eines sogenannten unschädlichen Haarfärbemittels, Aerztl. Sachverständigen-Zeitung, 1902, S. 108)[1]) dürfte der Bericht über die klinischen und experimentellen Studien interessiren, die in einem verwandten Falle von den französichen Autoren gemacht worden sind.

Eine Dame, deren glänzend schwarzes Haar bei einem Alter von 50 Jahren allerseits aufgefallen war, litt an Appetitlosigkeit, Mattigkeit, schneller, fortschreitender Abmagerung.

Am Nacken, an Schultern und Armen traten Hauteruptionen ein. Permanenter Kopfschmerz war mit Schmerzen im Epigastrium vergesellschaftet, mit Anfällen von Ekel und Erbrechen flüssiger und schleimiger Massen. Die Aerzte dachten an Urämie. Die Kranke kam dauernd herunter, bis sich schliesslich ergab, dass sie gewohnt war, jeden Abend ein Haarfärbemittel anzuwenden und am nächsten Morgen mit harter Bürste die behaarte Vorderhauptgegend stark zu reiben. Nach Aussetzen des Mittels hörten die Anfälle mit einem Schlag auf, traten neue Hautausschläge nicht mehr ein und nahm der Urin, dessen Mahagonifärbung der Dame aufgefallen war, normales Aussehen an. Die benutzte Haartinktur bestand aus einer Mischung von Paraphenylendiamin mit Resorzin.

Die Oxydationsprodukte des Paraphenilendiamins bedingen eine schwarzblaue Färbung des Haars; das Resorzin, das in dem Gemisch dadurch nachgewiesen wird, dass es mit Phtalsäure Fluoreszein bildet, giebt dem Haare eine rothe Färbung. Beide Mittel zusammen geben unter bestimmten Verhältnissen ein ausgezeichnetes Färbemittel.

Nach Subkutaninjektion von 0,1 bis 1 gr der Mischung bei einem 1—12 kg schweren Hunde traten Speichelfluss, Durchfälle, Stupor, Beschleunigung der Athembewegungen, Niesen, Husten ein. Reizung der Conjunktiva bulbi und der Lider, Vortreten des Augapfels und Auftreibung der Lider, schliesslich völlige Erblindung des Thieres sind Symptome, die Puppe bereits 1896 (Vierteljahrschrift f. ger. Medizin, (31) 12 Suppl., S. 116)[2]) erwähnt hat; die Arbeiten Puppe's scheinen den Verfassern nicht bekannt gewesen zu sein.

Die Lungen zeigten mächtige Blutüberfüllung, das Herz Gerinnsel; Schleimhäute, Organe und Muskeln waren bei subkutaner sowohl, wie bei intravenöser Injektion schwärzlich gefärbt.

Zwischen den Ergebnissen der Versuche von R. Dubois und Vignon, die mit reinem Paraphenylendiamin gearbeitet hatten, und den eigenen, sehen die Verfasser den wesentlichen Unterschied in der Beschaffenheit der Lungen, die dort blutleer, hier blutüberfüllt waren.

Dr. Mayer-Simmern.

Lungengangrän nach Aspiration einer Kornähre. Von Dr. Schlechtendahl in Barmen, ehemaliger Assistent der Universitäts-Kinderklinik in Leipzig. Münchener med. Wochenschrift; 1902, Nr. 11.

Im Anschlusse an ein von Zuppinger-Wien bei Gelegenheit der letzten Naturforscherversammlung in Hamburg demonstrirtes und von einem durch Aspiration einer Kornähre herrührendes und verändertes Lungenpräparat berichtet Verfasser über einen fast analogen Fall dieser verhältnissmässig seltenen Art von Fremdkörpern in der Lunge.

Derselbe betrifft ein 3jähriges Mädchen, welches bei irgend einer Gelegenheit eine Kornähre aspirirt hat und in Folge dessen an den Erscheinungen von Lungengangrän nach vorausgegangener Thorakotomie und späterer Pneumotomie bezw. Verschorfung der freigelegten gangränösen Partie der rechten

---

[1]) Siehe Referate darüber, S. 350.

[2]) Siehe Referat dieser Zeitschrift 1896, S. 705.

Lunge mittelst Paquelin und nach einem Krankheitsverlauf von ca. 5 Monaten an Sepsis zu Grunde ging.

Die Sektion ergab neben septischen Veränderungen der übrigen Organe eine rechtsseitige schwielige Pleuritis; die rechte Lunge war gangränös mit Kavernenbildung und im rechten unteren Bronchus II. Ordnung stach eine völlig gut erhaltene 5½ cm lange Kornähre mit ihrem Stiel nach unten. Im Eiter, der in unmittelbarer Nähe dieser Kornähre sich befand, liessen sich bei der mikroskopischen Untersuchung Aktinomyzespilze nachweisen, während diese in den entfernter liegenden Bronchien und Kavernen fehlten, wie auch intra vitam nur Staphylokokken und kurze Streptokokkenreihen, aber niemals Aktinomyzespilze im Sputum gefunden wurden.

Wahrscheinlich hat der Fremdkörper zuerst, ohne besondere Störungen zu verursachen, in einem Bronchus gelegen, bis die allmählich um den Fremdkörper sich entwickelnden bronchopneumonischen Herde und die dadurch bedingten Störungen eine ärztliche Behandlung veranlassten.

Der Fremdkörper ist dann nach Einschmelzung des Gewebes immer tiefer aspirirt worden und hat so immer weitere Partien der rechten Lunge und der Pleura in den Krankheitsprozess gezogen, bis sich schliesslich vollständig Lungengangrän und Empyem bildeten und das Kind an Sepsis zu Grunde ging.

Nach dem Funde der Kornähre im Bronchus lag die Vermuthung nahe, dass sich durch die so gerne auf Kornähren wachsenden und dann jedenfalls mit aspirirten Aktinomyzespilze auch eine Aktinomykose der Lunge hätte entwickeln müssen und bei der Sektion liessen sich auch in dem der unmittelbaren Nähe des Fremdkörpers entstammenden Eiter Aktinomykosepilze nachweisen. Die Aktinomykose der Lunge ist jedoch in unserem Falle nicht zur Entwickelung gekommen, sondern wir müssen die Erkrankung vielmehr nur als eine durch Fremdkörper hervorgerufene Gangrän der Lunge auffassen, bei welcher der am Fremdkörper haftende Strahlenpilz das Krankheitsbild nicht weiter beeinflusst hat.

Dr. Waibel-Kempten.

Eine neue Lungenprobe. Aus der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zu Berlin. Von Dr. Placzek. Münchener medizinische Wochenschrift; 1902, Nr. 7.

Nachdem Verfasser sich in der Einleitung seiner höchst interessanten Arbeit über die Geschichte der hydrostatischen oder Lungenschwimmprobe und insbesondere über die verschiedenen Einwände einzelner Forscher verbreitet hat, welche die Methode nicht über jeden Zweifel zuverlässig erscheinen lassen, schlägt er eine neue Methode vor, welche sich auf die physiologisch feststehende Lehre über den Mechanismus der Athembewegungen und auf die Thatsache stützt, dass in einem Brustraum, der lufthaltige Lungen enthält, ein negativer Druck herrscht, und mit Nothwendigkeit zu dem weiteren Schlusse zwingt, dass in dieser Körperhöhle der Druck gleich Null sein müsse, wenn die Lungen fötal sind, dass also nur der Nachweis des im Brustraum vorhandenen Manometerdruckes von Nöthen ist, um über stattgehabte oder nicht stattgehabte Athmung zu entscheiden.

Hierzu wäre es nur nöthig, ein Manometer luftdicht in einem Interkostalraum einzuführen, oder so mit dem Interkostalraume zu verbinden, dass die Aussenluft nicht gleichzeitig eindringen könnte, was am einfachsten durch einen Troikart mit leicht gekrümmter Spitze, dessen Kanüle an ihrer Aussenwand einen Abschlusshahn trägt, geschehen kann. So wird es möglich, beim Zurückziehen des Troikarts die im Interkostalraum steckende Kanüle von der Aussenluft abzuschliessen und sie durch einen Schlauch mit einem Manometer zu verbinden, ehe man den Abschlusshahn öffnet.

Verfasser empfiehlt folgende Technik mit diesem Instrumentarium: Man macht zunächst den vorgeschriebenen Längsschnitt durch die Haut, doch nur vom Kinn bis zum Schwertfortsatz und verlängert den Schnitt nicht gleich bis zur Schamfuge, wie es das Regulativ verlangt, um vorsichtiger Weise zu verhindern, dass der bei Eröffnung der Bauchhöhle auf den Baucheingeweiden lastende Aussendruck den Zwerchfellsstand sich verändere und so vielleicht Luft aus den Lungen treibe.

Nun unterbindet man zunächst vorschriftsmässig die Luftröhre und präparirt die Brusthaut beiderseits bis zur Achsellinie zurück, wobei

grosse Vorsicht nöthig ist, um nicht durch Anschneiden der zarten Rippen vorzeitig Luft in den Pleuraraum zu bringen.

Hierauf sticht man den Troikart in einem Interkostalraum etwa 1—1½ cm tief ein, so dass man deutlich das Durchdringen der Kanüle durch die Interkostalmuskeln spürt. Verfasser wählt dabei zumeist den 3.—5. rechten Interkostalraum und zwar die Mitte zwischen Achsel- und Brustwarzenlinie. Nun zieht man den Troikart vorsichtig bis zu einer Marke zurück, die anzeigt, dass die Troikartspitze den Abschlusshahn des Kanülenrohres passirt, schliesst den Hahn sorgfältig und entfernt dann den Troikart ganz. Dabei überzeugt man sich, ob die Kanüle auch nicht zu tief eindrang und korrigirt jetzt event. die Stellung. Dann wird das freie Ende der Kanüle durch einen Schlauch (mit einem Durchmesser von 10 mm) mit dem einen Schenkel eines Quecksilbermanometers verbunden. Oeffnet man nun den Hahn und steigt das Quecksilber im zugewandten Schenkel, so ist die Lunge überdehnt und hat geathmet; der im Brustraum vorhandene negative Druck wirkt aspirirend. Bleibt das Quecksilber unbeweglich, so besitzt die Lunge ihr fötales Volumen und hat nicht geathmet. Wünschenswerth ist es, die Brutstichprobe in jedem Falle beiderseits auszuführen.

Verfasser prüfte die Methode an einer grossen Zahl von Todtgeburten stammenden Kindesleichen und kontrolirte das Ergebniss stets durch die Lungenschwimmprobe und die Sektion der Lungen, wobei übereinstimmend das Quecksilber in dem zugewandten Manometerschenkel und zwar um 2—30 mm stieg, wenn die Lungen lufthaltig waren, und unberührt blieb, wenn dieselben fötal waren.

Als Vorzüge dieser Methode, mit deren Ergebniss Verfasser bisher sehr zufrieden war, hebt er hervor, dass sie 1. mit einem einfachen, transportablen Instrumentarium zu jeder Zeit und an jedem Orte in wenigen Minuten ausführbar, 2. technisch leicht anstellbar und 3. nicht die Vorbedingungen für die Schwimmprobe und Sektion der Lungen, worauf Verfasser den Hauptwerth legt, zerstört.

Verfasser fordert die Fachgenossen zur Nachprüfung auf und erklärt schliesslich noch ausdrücklich, dass die Methode nur über stattgehabte oder nichtstattgehabte Athmung, nicht aber über die Luftmenge, über komplete oder partielle Athmung Aufschluss giebt.

Es wird sich fragen, ob das Manometer auch bei spärlichem Luftgehalt feinempfindlich genug ist, ob die Methode auch bei einer Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraum und dadurch bedingter Kompression der Lungen gut funktionirt, endlich ob nicht weitgehende Fäulniss der Lunge den Brustraum derart verändern kann, dass die Probe ein falsches Resultat giebt. In praxi dürfte letztere Streitfrage allerdings kaum auftauchen, denn weit vorgeschrittene Fäulniss erschwert ja auch sonst das Urtheil über den Luftgehalt der Lungen oder macht es unmöglich. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber die Werthigkeit der einzelnen Symptome und Zeichen der beginnenden Schwangerschaft. Von Dr. Ferdinand Schenk, I. Assistent an der K. K. Universitäts-Frauenklinik zu Prag. Prager med. Wochenschrift; 1902, Nr. 3.

Durch die bimanuelle Untersuchungsmethode steht uns eine Reihe werthvoller Symptome für die frühen Stadien der Schwangerschaft zur Verfügung; trotzdem kommen wir häufig ganz in die Lage, trotz genauester Untersuchung eine bestimmte Diagnose zu einer Zeit noch nicht mit Sicherheit stellen zu können, in der von uns bereits eine präzise Entscheidung verlangt wird. Von welchen unangenehmen Folgen aber eine falsche diesbezügliche Diagnose begleitet sein kann, ist bekannt. Verfasser bespricht den Werth der einzelnen frühen Schwangerschaftszeichen für die Diagnose, die bei der Palpation des Uterus gefunden werden. Das erste ist das Hegar'sche Symptom der Kompressibilität des unteren Uterinsegmentes, das von Reinl, Compes und besonders von Sonntag nachgeprüft wurde. Letzterer konnte bei 50 Fällen von Gravidität zwischen der 6. und 16. Woche jedes Mal das Symptom nachweisen, und betont besonders, dass die Auflockerung des supravaginalen Theils des Cervix nicht entfernt so hochgradig ist, als die des unteren Uterinsegmentes.

Das zweite gleichfalls von Hegar angegebene Symptom der frühesten Schwangerschaftsperiode ist das Fühlen einer queren Falte an der vorderen Wand des Uterus, das von Sellheim bestätigt wurde.

Auf ein weiteres Zeichen hat Dickinson zuerst aufmerksam gemacht. Dieses besteht in der Zunahme der Gebärmutter im sagittalen Durchmesser: Anschwellung und Vorwölbung der sonst flachen Oberfläche des Uteruskörpers, was auch von Hegar bestätigt wurde.

R. v. Braun und Piskacek haben zu gleicher Zeit, jedoch unabhängig von einander auf weitere, sehr wichtige und typische Gestaltsveränderungen des graviden Uterus aufmerksam gemacht: Schon frühzeitig zeigt dieser eine ganz eigenthümliche Gestalt, indem er auf der einen Seite dicker erscheint und gewöhnlich auch weicher, als auf der anderen. An der Grenze der beiden ungleichen Hörner tastet man eine deutliche, längs verlaufende Furche an der vorderen und hinteren Wand, oder auch nur an einer. Dieses Symptom findet sich schon zu Beginn der Schwangerschaft, oft sogar in der 5. Woche nach dem Eintreten der letzten Periode.

Verfasser kann auf Grund von 105 untersuchten Fällen diese Ansichten nicht durchweg bestätigen. Bei 61 dieser Fälle handelte es sich um zweifellose Schwangerschaft, weswegen er auch nur diese besonders zur Beurtheilung heranzieht. Er theilt sie in drei Gruppen, deren erste sich auf die ersten 6 Wochen bezieht, während die zweite und dritte Schwangerschaften von 6 bis 8 resp. 8—12 Wochen umfassen. Auf Grund seiner Befunde spricht er dem Symptom der Zunahme im sagittalen Durchmesser, sowie den damit einhergehenden typischen Formveränderungen im Uterus für die frühesten Stadien der Schwangerschaft die grösste Werthigkeit zu, neben diesem in zweiter Reihe dem Hegar'schen Symptome und in dritter Reihe dem von v. Braun und Piskacek beschriebenen Schwangerschaftszeichen. Erst gegen Ende des zweiten Monates treten das Hegar'sche, sowie das Piskaceck-Braun'sche Symptom in den Vordergrund, wobei zunächst das erstere überwiegt. Das Fehlen beider Symptome beweist aber in diesen Stadien noch nichts gegen das Vorhandensein einer Gravidität. Im dritten Monat fehlt das Hegar'sche Zeichen nur ausnahmsweise, ebenso lässt sich in mehr als $^3/_4$ der Fälle das Piskacek-Braun'sche Sympton nachweisen.

Dr. Glogowski-Görlitzt.

Beeinflussung der Schnelligkeit der Blutgerinnung durch eine Wunde. Von M. Arthus. (Institut Pasteur de Lille.) Comptes rendus de soc. biol.; 1902, Tome LIV., S. 93.

Delezenne hat bereits nachgewiesen, dass Vogelblut, das einem arteriellen Gefässe derart entnommen wird, dass es mit den Rändern der Wunde nicht in Berührung kommt, nur mit äusserster Langsamkeit (in 2 bis 8 Tagen) gerinnt. Hat das Blut derselben Vögel aber Gelegenheit, die Nachbargewebe der Arterie zu berühren und über die Ränder der bei dem Eingriffe gesetzten Wunde sich zu ergiessen, so gerinnt es im Gegentheil mit ausserordentlicher Beschleunigung (in 30 Sekunden bis 2 Minuten).

Auch bei den Säugethieren lässt sich, wie Spangaro bereits nachgewiesen hat, Aehnliches konstatiren.

Verfasser legte an der Aussenseite des Hinterbeines eines Hundes eine 10 cm lange Wunde an, durchtrennte die Haut, das Unterhautgewebe, unterband die durchschnittenen Gefässe, stillte die parenchymatöse Blutung durch Tamponade und wusch die Wunde mit physiologischer Kochsalzlösung aus. Beide Femoralarterien wurden blossgelegt, in jede eine mit Kautschukrohr versehene Kanüle eingeführt. Das Blut aus der einen Femoralis wurde nun in ein Gefäss geleitet, das der zweiten liess man, immer in kleinen Portionen von 5—10 ccm, über die Oberfläche der Wunde fliessen. Notirte man die Zeitdauer der Blutgerinnung, so ergab sich, dass das Blut, welches auf die Wunde geflossen war, immer rascher in dem Glasgefäss, in dem man es sammelte, zur Gerinnung kam, als das direkt im Glasrohr gesammelte Blut; so etwa in 40 Sekunden statt in 3 Minuten.

Eine Wunde liefert nun nicht allein dem darüber geleiteten Blute, sondern auch sogar einer 1% NaCl-Lösung, die man Tropfen für Tropfen

auf die blutleer gemachten Wände der Hautwunde aufträufeln lässt, die Fähigkeit, die Gerinnung des Blutes zu beschleunigen.

Bringt man in ein Glasrohr 2 ccm NaCl-Lösung und 10 ccm Blut aus der Femoralis, so tritt die Gerinnung etwa in 3½ Minuten ein; bringt man in ein zweites 2 ccm jener Waschflüssigkeit zu demselben Quantum (10 ccm) arteriellen Blutes, so tritt schon in 2 Minuten die Gerinnung ein.

Die Substanz, die dergestalt von der Wunde geliefert wird, die also beschleunigend auf die Blutgerinnung einwirkt, ist kein Fibrinferment, auch kein Profibrinferment; sie wirkt, indem sie die Bildung des Fibrinfermentes aus seinen Muttersubstanzen beschleunigt.

Die von der Wunde dem umspülenden Blute oder der NaCl-Lösung gelieferte Substanz kann als chemisches Existenz für die Sekretion von Fibrinferment durch die farblosen Blutkörperchen betrachtet werden.[1])

Zur gerichtsärztlichen Bedeutung der Nervenreizmittel. I. Von Dr. A. P. Grinnel-Burglington (Vermont). In der New-York medico-legal society gehaltener Vortrag. The medico-legal journal; XIX, 2, September 1901.

Der Staat Vermont mit 24,770 qm Inhalt und einer Bevölkerung von 340000 Einwohnern hat 690 Aerzte. Die grosse Mehrzahl derselben (90%) dispensirt selbst. Die Arzneimittel werden gewöhnlich nicht den Apotheken des Wohnortes entnommen.

Der Verfasser machte nun die Beobachtung, dass im Handverkauf ein ausserordentlich grosser Verbrauch narkotischer Arzneimittel stattfinde. Um eine annähernde Schätzung dieser Mengen zu erhalten, sandte er an alle Apotheken in Vermont einen Fragebogen, wie gross das Quantum des verkauften Opiums sei, wie viel Morph. sulf. in Pillen oder Pulver, von Dower'schem Pulver, von Tr. Opii camphorata, von Tr. Opii simpl, von Cocain, Chloral, Cannabis indica, Chinin in Pulver oder Pillen pro Monat verkauft zu werden pflege. Von 130 Apotheken antworteten 116, von 172 Kleindrogerien 160.

Die so gewonnenen Zahlen sind wesentlich geringer, als der wirkliche Verbrauch ist. Sie geben kein Bild von der Ausdehnung des Verbrauches der Patentmedizinen und Geheimmittel, ferner von dem unmittelbar aus dem Grosshandel stammenden Quantum narkotischer Mittel. Drei Fabriken, in denen Tr. Opii camphorata, simpl, Ol. menthae piperitae, Tr. Valerianae dargestellt wird, verkaufen von ihren Produkten sehr viel durch ländliche Hausirer. Dem Verfasser verweigerten sie jede Auskunft und jede zahlenmässige Angabe.

Verfasser ist der Ansicht, dass seine Zahlen noch mit 5 zu multipliziren sind, wenn sie der Wahrheit entsprechen sollen. Trotzdem sind sie an und für sich schon erschreckend gross und verblüfften den Autor in dem Masse, dass er anfänglich glaubte, die Antworten bezögen sich nicht auf die Grösse des monatlichen, sondern des jährlichen Verbrauches.

Die Apotheke eines kleinen Ortes, der kaum auf der Karte genannt wird, verkauft im Monat 1750 g Opium, 180 g Morphin, 2500 g Tr. Opii spl. und 90 g Chininpulver. In einer Stadt mit 2 Apotheken verkaufte die eine 1500 g Opium, 4000 g Tr. Opii camphorat., 8000 g Tr. Op. simpl., 150 g Chininpulver und 1000 Stück Chininpillen à 0,12 g.

Ausser dem, was die Aerzte selbst dispensiren, ausser dem Vertrieb an Geheimmitteln verbrauchen die Drogenhandlungen im Monat 3 300 000 Dosen Opium. Es entfallen somit auf jeden Mann und jede Frau über 21 Jahre an jedem Tag im Jahre 1½ Dosen Opium. Eine Dose ist etwa 0,06 Opium oder 0,008 Morphin, 15 g Tr. Opii camphorat. oder 20 Tropfen Laudanum.

---

[1]) Diese Versuche dürften in zweierlei Hinsicht für die gerichtliche Medizin von Werth sein. Einmal geben sie eine Erklärung für die von Seydel betonte Thatsache, dass die Blutgerinnung im Verhältniss zur Grösse der Verletzung steht und dass Höhlenergüsse, obwohl vital entstanden, wenig Gerinnungen zu zeigen brauchen (cf. z. B. Schulz im Bericht über die XIII. Hauptversammlung des Pr. Mediz.-Beamten-Vereins, 1896, S. 96). Anderseits fördern sie das Verständniss für die Thatsache, dass leukotaktische Mittel bei lokaler Applikation — insbesondere z. B. Terpentinöl — auf die Blutgerinnung begünstigend einzuwirken vermögen.

Auch Chinin wird viel als Reizmittel gebraucht; es gilt allgemein für einen Ersatz des Alkohols; thatsächlich bringt auch eine Chininpille zu 0,12 g eine solche Fluxion des Gesichtes hervor, wie ein Trunk Whiskey bei Jemanden, der nicht daran gewöhnt ist. Jeder Mann auf Reisen hat seine Chininpille in der Tasche. Die gewonnenen Zahlen würden der Annahme entsprechen, dass jeder und jede Erwachsene in Vermont Tag für Tag 0,12 g Chinin verbraucht.

Hat so das Publikum Gelegenheit in den Staaten, in denen der Alkoholgenuss auf jede Weise verhindert wird, Narkotika aller Art als Ersatzmittel zu verwenden, so sind die Aerzte selbst grade in diesen Staaten die grössten Alkoholisten.

Verfasser war mehrere Jahre hindurch beauftragt, in Vermont und New Hampshire Vertrauensärzte für Lebensversicherungsgesellschaften anzustellen. Die Gesellschaften hatten gerade in den Prohibitivstaaten mit betrunkenen Aerzten die meisten Unannehmlichkeiten und trafen eigene Vorsichtsmassregeln zur Prüfung, ob die Aerzte seit ihrer Approbation die Keeley-Kur[1]) oder eine andere Kur zur Verhütung der Trunksucht durchgemacht hatten.

In anderer Weise wieder sündigen die Führer und Redner in Temperenzlerversammlungen. Der eine trinkt zu jeder Mahlzeit 3 Tassen starken Kaffees, der andere kann seinen Vortrag nicht halten ohne Genuss von Tr. Gentianae comp.

Der Verfasser ist der Ansicht, dass der Mensch eines Reizmittels bedarf und dass, wo ihm der relativ ungefährlichere Alkohol nicht zur Verfügung steht, er zu Ersatzmitteln greifen muss, die das Nervensystem in noch schlimmerer Weise schädigen.[2])

Dr. Mayer-Simmern.

Die Frage nach der verminderten Zurechnungsfähigkeit, ihre Entwickelung und ihr ggenwärtiger Standpunkt und eigene Beobachtungen. Von Dr. Frh. v. Schrenck-Notzing in München. Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalstatistik; 8. Band, Heft 1, ausgegeben am 23. Dezember 1901.

Ueber die Existenzberechtigung des Begriffes der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ sind von jeher die Ansichten der Aerzte und Strafrechtslehrer auseinander gegangen. Die Einen sagen: Zwischen der Breite der Gesundheit und ausgesprochener Geisteskrankheit existirt eine grosse Reihe von Uebergangszuständen, so dass eine scharfe Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit oft schwer zu ziehen ist. Theoretisch muss sich also die Zurechnungsfähigkeit, d. h. der Grad der Schuld in dem Verhältniss mindern, in welchem die Geisteskrankheit wächst; eine absolute Grenze der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit kann es nicht geben. Das praktische Bedürfniss verlangt daher für jene Zwischenstufen geistiger Gesundheit und Krankheit Bestimmungen über geminderte Zurechnungsfähigkeit. Andere sagen dagegen: Wenn ein Geisteskranker als solcher eo ipso in seiner Totalität als krank betrachtet wird, so kann man umgekehrt mit demselben Rechte einen Geistesgesunden in seiner Totalität als gesund betrachten. Giebt es also keine partielle geistige Gesundheit. dann giebt es auch keine partielle geistige Krankheit. Diejenigen, welche die verminderte Zurechnungsfähigkeit eingeführt haben wollen, müssen zugeben, dass Jemand, der vermindert geistig gesund ist, mit anderen Worten als nicht ganz geisteskrank aufgefasst werden kann, und Jemand, der nicht ganz geisteskrank ist, auch nicht ganz zurechnungsfähig zu sein braucht. Man läuft damit die grosse Gefahr, im eigentlichen Sinne Geisteskranke als nicht ganz zurechnungsunfähig zu halten. Thatsächlich

---

[1]) Keeley's Kur gegen Trunksucht. Nach Husemann „Geheimmittel“ enthält das Mittel: Auro-Natrium chloratum, Strychnin, Atropin, Extr. fl. Cocae etc.

[2]) Der Vortrag erläutert in prägnanter Weise einen von R. Wehmer (Oeffentliches Gesundheitswesen, 1894) betonten Hinweis des Präsidenten der englischen pharmazeutischen Gesellschaft: „dass Opium sehr leicht zu erlangen sei und seinem Missbrauche als Genussmittel von derselben Regierung nahezu Nichts in den Weg gelegt werde, die den Alkoholgenuss so sehr erschwere und einschränke.“

ist nun jenen Zwischenstufen in den Strafgesetzbüchern einzelner Länder, z. B. in der Schweiz, in Oesterreich, Frankreich, Italien, Rechnung getragen, und dies war auch in früheren deutschen Landesgesetzgebungen der Fall. Dagegen wurde schon in dem Entwurfe zum Strafgesetzbuch für den Norddeutschen Bund ein bez. Antrag abgelehnt, und der §. 51 des D. St. G. B. spricht nur von „freier Willensbestimmung". Nach der Auffassung Jolly's, dem das Verdienst gebührt, die wichtige Frage über geminderte Zurechnungsfähigkeit von Neuem angeregt zu haben, bedeutet diese Ersetzung des Ausdrucks „Zurechnungsfähigkeit" durch „freie Willensbestimmung" einen Rückschritt, da hierdurch die Annahme einer Zwischenstufe der Zurechnungsfähigkeit ausgeschlossen erscheint. Er betont, dass nicht die einfache Feststellung irgend eines beliebigen Grades geistiger Störung für die Anwendung des §. 51 genügt, sondern dass eine gewisse Erheblichkeit, ein gewisser Grad von Krankheit erforderlich ist. Nun findet allerdings die geminderte Zurechnungsfähigkeit nach der gegenwärtigen Rechtspraxis insofern eine Berücksichtigung, als durch Annahme mildernder Umstände eine entsprechende Strafmilderung stattfinden kann. Aber auch dieser Ausweg erscheint J. unzureichend, da es unter 239 Verbrechen und Vergehen nur 62 mit der Zulassung mildernder Umstände giebt, und die mildernden Umstände nicht die Bedeutung haben, einer bestimmten Geistesbeschaffenheit des Thäters allgemein als Strafmilderungsgrund zur Geltung zu bringen. J. verlangt Aufnahme von Bestimmungen über geminderte Zurechnungsfähigkeit in das D. St. G. B. Auf die Anregung J.'s hin hat sich dann der Verein deutscher Irrenärzte wiederholt mit der betreffenden Frage beschäftigt; zum ersten Male in der Versammlung im Jahre 1888, woselbst Mendel und Grashey die Referate erstatteten. M. steht auf dem prinzipiellen Standpunkt, dass „Zurechnungsfähigkeit" lediglich ein juristischer Begriff sei, und dass es gar nicht zur Kompetenz des Arztes gehöre, über Zurechnungsfähigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit zu entscheiden, sondern nur die Frage zu beantworten, ob der Angeschuldigte zur Zeit der Begehung der Handlung geistesgesund oder geisteskrank war. Nach M. wisse eigentlich Niemand recht, was er mit der „freien Willensbestimmung" anfangen solle, jeder interpretire hier nach Gutdünken. Das Mittelding der verminderten Zurechnungsfähigkeit könnte aber nur dazu dienen, die Verantwortlichkeit des Arztes zu mindern, oder aber auch seine Unkenntniss zu verbergen. Im Gegensatz zu Jolly stellt M. an der Hand des Quellenmaterials fest, dass die mildernden Umstände bestimmt seien, die geminderte Zurechnungsfähigkeit zu ersetzen. Grashey kam zu einem wesentlich anderen Resultate. Nach G. muss der Nachdruck auf das Wort „krankhaft" gelegt werden, und die Aufgabe des Sachverständigen bestehe in dem Nachweise, dass eine bestimmte Handlung durch eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit herbeigeführt war. In einem solchen Falle sei dann eo ipso für Arzt und Richter die Annahme freier Willensbestimmung ausgeschlossen. — Erst 11 Jahre später beschäftigte sich der Verein von Neuem mit dieser Frage, in der Versammlung zu Halle, woselbst Hitzig, Schäfer, Wollenberg u. a. ihre Ansichten entwickelten. Der augenblickliche Stand derselben lässt sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

1. Es giebt Zwischenzustände zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit, für welche der Ausdruck geminderte Zurechnungsfähigkeit am Platze ist.

2. Das D. St. G. B. berücksichtigt diese Zustände nicht genügend. Das Auskunftsmittel der mildernden Umstände, oder einer mildernden Bestrafung schützt die Gesellschaft nicht genügend vor den unausbleiblichen Rückfällen solcher Individuen. Die einfache Bestrafung im Sinne der gegenwärtigen gesetzlichen Bestimmungen erfüllt also ihren Zweck nicht.

3. Aus diesem Grunde ist eine qualitativ andere Behandlung solcher Individuen nothwendig. Als bestes Mittel empfiehlt sich die Errichtung von ärztlich geleiteten Detentionsanstalten.

Was nun die psychischen Abweichungen und Störungen anlangt, welche in foro vorwiegend für die veränderte Zurechnungsfähigkeit in Betracht kommen, so sind hierzu zu rechnen alle Individuen, die man im weitesten Sinne als Degenerirte und Minderwerthige zu bezeichnen pflegt, die Epileptischen, Hysterischen, die erworbenen Degenerations- und Schwächezustände, die psychischen Störungen des Alkoholismus, Morphinismus, weiterhin intervalläre Zustände periodisch Geistesgestörter, Frühstadien der Dementia senilis. Ferner gehören in jenes Grenzgebiet die sexuell Perversen, Konträr-Sexualen und zum Theil

wenigstens, die Exhibitionisten. Grosse Schwierigkeit bietet unter Umständen die Beurtheilung der leichten Schwachsinnsformen.

Die besonderen Momente, welche zur Zeit der Begehung der That solche Individuen zu einem Konflikte mit dem Strafgesetzbuch treiben, sind hauptsächlich: starke Affekte, Vergiftung mit Alkohol, sexuelle Erregung, Menstruation, Schwangerschaft und Klimakterium. Unter den Rechtsverletzungen, die hier in Frage kommen, überwiegen im Allgemeinen die Affektvergehen, Beleidigungen, Körperverletzungen und Delikte auf sexuellem Gebiet.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Ein Fall reflexoiden Handelns. Von Dr. Max Pollak, Vertheidiger in Strafsachen in Wien. Archiv für Kriminal-Anthropologie u. Kriminalistik; 1902, 8. Bd., Heft II.

P. berichtet über einen unmotivirten Tödtungsversuch, bei dem ein Fleischer einem Portier, der ihm Nachts die Hausthür geöffnet hatte, ohne jede Veranlassung das Messer in die Gurgel stiess, das ihm beim Herausholen des Geldbeutels, um dem Portier das „Sperrgeld" zu geben, zufällig aus der Tasche gefallen war. Das Beweisverfahren ergab, dass weder ein Motiv der Rache, noch der Gewinnsucht vorlag. Die Handlung konnte auch nicht als Ausfluss der Verzweiflung, der Nothlage, oder als Ausbruch der Zerstörungswuth aufgefasst werden. Sinnesverwirrung, Trunkenheit, Affekte mussten ebenso ausgeschlossen werden. Der Thäter liess weder im Augenblick des Zustossens, noch in den folgenden eine Aeusserung der Wildheit, des Blutdurstes, der Befriedigung über den gelungenen Stich oder der Unlust über das Misslingen der Tödtung verlauten; er hat weder Anstalten zur Vollendung des begonnenen Werkes noch zur Flucht gemacht, Momente, von denen nach P. wenigstens das eine oder andere hätte vorhanden sein müssen, wenn die That dem Bewusstsein des Thäters entsprungen wäre. Nach P. bleibt somit nur der zwingende Schluss übrig, dass die That nicht dem freien Willen des Thäters ihre Entstehung verdankte, sondern der Ausfluss unbewusster Regungen war, und dass er erst nach Verübung zur vollen Einsicht des Vorgefallenen gelangte. Bei dem Umstande nun, dass eine Geistesstörung beim Angeklagten weder früher, noch später beobachtet worden ist, und dass auch nach seiner Angabe ein die Thätigkeit des Bewusstseins ausschliessender Rauschzustand nicht vorlag, erübrigt nach P. keine andere Erklärung, als die des sog. „reflexoiden Handelns". Unter diesem wird ein solches Handeln verstanden, welches zwar nicht als blosse Reflexbewegung, durch einen peripheren Reiz, ohne Vermittelung des Bewusstseins erzeugt, zu Stande kommt, welches aber doch nicht einem bewussten Willensentschlusse des Thäters entspringt, sondern auf ein in seinem Unterbewusstsein wirkendes Movens zurückzuführen ist. Die Handlung ist nicht „bewusst", sondern „unbewusst" gewollt; Gewohnheit, Trieb, Instinkt lösen im Zentralnervensystem eine Assoziationsvorstellung aus, indem eine in analogen früheren Fällen der Wahrnehmung unmittelbar folgende Vorstellung, Entschliessung und dementsprechende Bewegung hervorgerufen wird, ohne dass der Thäter Zeit gehabt hätte, den Unterschied der früheren Fälle von dem jetzigen in's Gedächtniss zu rufen und sein Handeln dementsprechend zu modifiziren.

Den Antrag des Vertheidigers auf Untersuchung des Geisteszustandes des Angeklagten lehnte das Gericht als irrelevant ab und verurtheilte den Angeklagten ohne Weiteres zu einer zweijährigen schweren Kerkerstrafe.

Dr. Rost-Rudolstadt.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Paranoia (Querulantenwahn) nach Trauma. Von Dr. Meyen, Kreisarzt in Muskau. Monatsschr. f. Unfallheilkunde; 1901, Nr. 8.

In einem Entmündigungsgntachten wird nach der Vorgeschichte und dem Zukunftsbild begründet, dass ein Schmied in Folge eines Betriebsunfalls (Stirnverletzung durch einen Dampfhammer) an Paranoia (Qnerulantenwahn) leidet, was bisher als Unfallfolge noch nicht beobachtet war.

Die Begründung war erschwert, da der Verletzte vorher von einem Sachverständigen für einen Simulanten gehalten wurde, obwohl darauf hingewiesen werden musste, dass derselbe mit der Hartnäckigkeit eines Querulanten

immer wieder auf's Neue mit seinen schiedsrichterlich zurückgewiesenen Anträgen auf Rentenerhöhung vorstellig geworden war.

Von den zahlreichen Schreiben des Kranken an das Reichsversicherungsamt, der Berufsgenossenschaft, Richter, Aerzte, Instanzen und Personen, welche der Angelegenheit ferner standen, werden Proben angeführt, um die zweck- und sinnlosen Eingaben als Zeichen der geistigen Schwäche zu kennzeichnen. In den Schreiben ist inhaltlich neben dem ursprünglichen Zweck der Erlangung einer höheren Rente die Benachtheiligung der Person besonders in rechtlicher Beziehung charakteristisch.

Die vagen und oberflächlichen Aeusserungen konnten nur von dem verkehrten Ich-Standpunkt ihre Erklärung finden. Ausser Gehörshalluzinationen, Beeinträchtigungs- und Selbstüberschätzungsideen bestand Intelligenzschwäche und Einengung der geistigen Interessensphäre, bei welcher die veränderte geistige Persönlichkeit sich nur mit der nächstliegenden Unfall-Angelegenheit und den damit verbundenen Rechtsverhältnissen beschäftigte. Autoreferat.

Kritik der sogenannten traumatischen Syringomyelie. Von Dr. Rob. Kienböck-Wien. Jahrb. für Psych. u. Neurologie; Bd. XXII, 1902, 162 Seiten.

Syringomyelie — Gelenkerkrankung — Trauma. Von Dr. Stolper-Breslau. Aerztl. Sachverständigen-Ztg.; 1902, Nr. 2 u. 3.

Kienböck, ein Schüler von H. Schlesinger, dessen Buch über die Syringomyelie soeben in 2. Auflage erschienen ist, geht mit scharfer Kritik an die zahlreichen Veröffentlichungen über traumatische Syringomyelie. Er schliesst zunächst von der echten Syringomyelie alle Affektionen aus, die stets oder zuweilen mit Höhlenbildung einhergehen, wie reine Hydromyelie, Gliomatose (echte Geschwulstbildung), Myelomeningitis (syphilit.), sklerosirte Narben nach Verletzungen. Von den letztgenannten stellt er eine grosse Zahl von anatomisch und klinisch beobachteten Fällen zusammen, die zum Theil viele Jahre beobachtet sind. Ihnen allen fehlte indess der chronische Charakter. Keiner der zahlreichen Fälle von schwerer traumatischer Rückenmarksläsion mit dem Bilde eines sofort nach der Gewalteinwirkung apoplektiform auftretenden schweren Lähmungszustandes (traumatische Myelodelese) ist je unter dem Bilde einer echten Syringomyelie verlaufen. Es handelt sich oft um eine zystische Vernarbung mit Bildung eines geschrumpften sklerotischen Gewebes im Zentrum des Rückenmarks, um einen stationären klinischen, nicht um einen chronisch fortschreitenden Zustand.

Auch die Möglichkeit der Entstehung einer Syringomyelie durch traumatisch entstandene aszendirende Neuritis, z. B. von einer Fingerverletzung aus, ist durch keinen Fall anatomisch sicher erwiesen. Eine andere Gruppe von Fällen ist überhaupt nicht als Syringomyelie anerkennbar.

Nur für eine sehr kleine Anzahl erkennt Kienböck dem Trauma eine Bedeutung zu, nämlich wenn die Gewalteinwirkung ein schon an Syringomyelie erkranktes Rückenmark traf. Dann ist der Unfall ein verschlimmerndes Moment, aber nicht die Ursache der Affektion.

Stolper, der selbst früher (Bd. 40 der Deutschen Chirurgie, 1898) zystische Vernarbung der zentralen Partien eines schwer gequetschten Rückenmarks als traumatische Syringomyelie beschrieben hat, erkennt die Berechtigung der Kienböck'schen Einwendungen und Einschränkungen vollauf an. Er betont unter Hinweis auf Schlesinger's grosse Kasuistik die Nothwendigkeit bei Spontanluxationen bezw. Spontanfrakturen immer an Syringomyelie zu denken. An der Hand eines durch Photographien und Röntgenbilder erläuterten Falles bespricht er die versicherungsrechtliche Bedeutung der bei Syringomyelitis vorkommenden Gelenkerkrankungen, die etwa ebenso häufig wie bei Tabes beobachtet werden, nur dass bei letzterer vornehmlich die unteren Extremitäten, bei Syringomyelie die oberen das interessante Bild der Arthropathie zeigen.

In dem ausführlich beschriebenen Fall war durch Umkippen eines beladenen Schiebkarrens und Fall auf die Hand das rechte, offenbar seit langer Zeit schon schwer destruirte Ellenbogengelenk plötzlich zusammengebrochen, ein Schlottergelenk geworden. Es handelt sich bei solchen Patienten um die Frage, ob der gegenwärtig verschlimmerte Zustand des Gelenks in ganz natur-

gemässer Fortentwicklung des alten Leidens entstanden ist, oder ob man den Betriebsunfall als verschlimmertes Moment anzusehen hat. Schon die den Arzt an sich nicht angehende Frage, ob der Unfall überhaupt ein Betriebsunfall im Sinne des Gesetzes ist, wird der ärztliche Gutachter gelegentlich entscheiden müssen, da dem Laien das Verständniss für die eigenartige Knochen- und Gelenkerkrankung fehlt. Dr. Stolper-Breslau.

Ueber Varicen als Unfallsfolgen. Von Dr. Schwarze. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1902, Nr. 5.

P. Wagner hatte folgende Thesen (Aerztliche Sachverständigen-Zeitung, 1899, Nr. 11) aufgestellt: 1. Varicen als solche können nicht durch ein Trauma entstehen, 2. vorhandene Varicen können die Folgen eines Unfalls schwerer gestalten, 3. vorhandene Varicen können durch die bei der Behandlung nothwendigen therapeutischen Massnahmen in ihrer Entwickelung beschleunigt werden (z. B. Kontentivverbände, Wirbelatrophie), 4. die durch den Unfall beschleunigte Varicenentwickelung begünstigt gelegentlich die Entstehung des Plattfusses, seltener des Schweissfusses. Schwarze geht über diese Schlüsse, von denen der sub 4 auch schon mit einiger Vorsicht hingenommen werden muss, noch hinaus und führt an der Hand einiger kurz skizzirten Fälle aus, dass Varicen auch Unfallsfolgen sein können, wenn gar keine direkte Verletzung am Unter- oder Oberschenkel gesetzt ist, z. B. durch längeres Krankenlager. Deshalb soll der Gutachter nach jeder Beinverletzung auf etwa vorhandene Varicen oder auf Anlage dazu an beiden Beinen achten und den Befund verzeichnen. Bei jeder späteren Untersuchung ist dies zu wiederholen. Varicen, welche erst auftreten, nach dem alle anderen Unfallsfolgen verschwunden und normale Verhältnisse wieder eingetreten sind, könne man nicht mehr als Unfallsfolgen ansehen. Dr. P. Stolper-Breslau.

Ohrenerkrankungen und Lebensversicherung. Von Dr. H. Burger. Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie; 1901, V. Bd., 4. Heft.

Der Autor hält es im Interesse der Lebensversicherungs-Gesellschaften für geboten, dass die zu Versichernden, wenn sie an Ausfluss aus den Ohren gelitten haben oder noch daran leiden, von einem Ohrenarzt untersucht werden.

Im Anschlusse daran wird die Frage erörtert, inwieweit die Lebensdauer eines Menschen durch die verschiedenen Ohrenerkrankungen beeinflusst werden kann. Bezold hat bei akuter, eitriger Mittelohrentzündung an seinem Krankenmaterial eine Mortalität von 0,6%, Burger von 0,3% berechnet, während bei chronischer, eitriger Mittelohrentzündung die Bezold'sche Statistik eine Mortalität von 0,47 bis 0,59%, die Burger'sche 0,46%, die Sammelforschung von Bürkner eine solche von 1,3% und die Jacobson'sche Zusammenstellung verschiedener Berichte die Zahlen 0,18—0,29—0,70, 3,0 und 3,22% ergiebt.

In Betreff der Häufigkeit der Todesfälle in Folge chronischer Ohrenentzündung im Vergleich zur totalen Mortalität erweist die Pitt'sche Statistik einen Prozentsatz von 0,63 (9000 Sektionen, Guy's Hospital, 1869—1888) und die Barker'sche Statistik über 8028 Sektionen einen solchen von 0,56%.

Von den Folgerungen, welche der Autor in 11 Schlusssätzen zum Ausdruck bringt, erwähne ich Folgende:

2. Bei akuten Entzündungen des äusseren und des mittleren Ohres wird man erst den Ablauf der Krankheit abwarten, bevor man zur Abschliessung der Versicherung schreitet.

7. Ueber die Möglichkeit der Annahme von Otitis media chronica suppurativa unter erschwerenden Bedingungen soll in jedem Falle für sich, nach einer Untersuchung durch einen kompetenten Ohrenheilkundigen entschieden werden.

9. Durch die „Radikaloperation" geheilte chronische Eiterungen können, ungeachtet grösserer Knochendefekte resp. retro-aurikulärer Oeffnung in Folge der Operation, unter Prämienerhöhung angenommen werden.

Dr. Rudloff-Wiesbaden.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer tödtlich verlaufenen Lungenentzündung und einem Unfalle (Sturz in einer Baugrube aus einer Höhe von etwa 1 m, Aufschlagen mit der Brust auf eine hölzerne Rinne). Obergutachten, erstattet auf Ersuchen des Reichs-Versicherungsamts unter dem 7. Juli 1901 von Prof. Dr. C. Gerhardt in Berlin. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts; 1902, Nr. 3.

B. war Trinker. Trinker sind der Erkrankung an Lungenentzündung mehr ausgesetzt als andere und durch dieselbe mehr gefährdet. Die Sterblichkeit an Lungenentzündung nimmt mit dem Alter zu und ist gross bei Trinkern und bei Herzkranken. All das traf bei B. zusammen. Lungenentzündung entsteht durch die krankmachende Einwirkung gewisser Arten von Spaltpilzen auf das Lungengewebe. Diese gleichen Spaltpilze, namentlich die von A. Fränkel beschriebenen gewöhnlichsten Erreger der Lungenentzündung, können sich in den Luftwegen des Menschen befinden, ohne dass dieser Lungenentzündung bekommt. Aeussere Einflüsse: wie Erkältung und Brustverletzung hönnen die schon vorher vorhandenen, gleichsam bereitstehenden Spaltpilze in grössere Wirksamkeit versetzen. So rechnet man, dass 0,13 bis 4,4 Prozent der Fälle von Lungenentzündung zur nächsten Veranlassung des Ausbruchs der Krankheit eine Brustverletzung (meist Quetschung oder Erschütterung) haben. Man hat darüber gestritten, ob solche durch Verletzung entstandenen Lungenentzündungen besondere Eigenschaften und Zeichen erkennen lassen. Man hat behauptet, dass sie meist mit Schüttelfrost beginnen, stärker blutigen Auswurf haben, dass die Lunge länger in dem Zustande der rothen Verdichtung verharre und sich nicht, wie sonst, grau verfärbe. Keines dieser Kennzeichen ist nothwendig vorhanden, nur für sich beweisend und zuverlässig. Jedes kann fehlen. Bei Lungenentzündungen mit gröberen durch Verletzung entstandenen Zerreissungen des Gewebes der Lunge wird allerdings alsbald stärker bluthaltiger Auswurf eintreten. Allein bei jenen Lungenentzündungen, die nur durch Quetschungen oder Erschütterungen des Brustkorbs verursacht sind, fehlt dies Zeichen. Bei einer grossen Zahl von Lungenentzündungen, die nach und offenbar durch Gewalteinwirkungen auf die Brust veranlasst auftraten, war der Verlauf dem aller anderen Lungenentzündungen vollkommen gleich (vergleiche R. Stern „Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten"; Heft I, 1896). Solche Entzündungen treten wenige Stunden bis mehrere Tage nach dem Unfall ein. Als wesentliche Gründe für die Annahme eines Zusammenhanges zwischen Unfall (Trauma) und Lungenentzündung werden z. B. von Dr. Demuth verlangt: 1. dass wirklich eine durch Gewalteinwirkung erfolgte („traumatische") Erschütterung stattgehabt hat; 2. dass der Betreffende vorher gesund war (betreffs der Lunge).

Wendet man diese medizinischen Erfahrungen auf den Fall B. an, so ergiebt sich Folgendes: B. war nach Aussage seines Mitarbeiters bis zum Tage des Unfalls (30. April 1900) gesund und zu schwererer Arbeit befähigt. Unmittelbar nach dem Falle war er auch noch gesund; denn er kletterte aus der Grube hinauf und arbeitete noch eine Viertelstunde. Dann wird er mit einem Male blass, schwindelig, taumelt und muss weggeführt werden. Man führt ihn an die Bude und setzt ihn an die Sonne. Dort bleibt er mehrere Stunden sitzen, ist nichts, trinkt aber eine Flasche Sodawasser, Kaffee, 1 Flasche Bier und geht dann nach Hause. Bei der ersten ärztlichen Untersuchung am 1. Mai fiebert er bereits. Ob er Frost hatte, scheint ihn Niemand gefragt zu haben. Wenn dies aber auch nicht der Fall war, so stellt doch diese Art plötzlichen Krankheitsanfanges mitten in der Arbeit mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit gerade das dar, was man ganz gewöhnlich als Beginn einer Lungenentzündung beobachtet. Dass er nun zunächst über Durchfall und Kreuzschmerzen klagte, ist durchaus nicht widersprechend, wenn auch nicht die Regel. Manche Lungenentzündungen zeigen im Beginn und mitunter auch im weiteren Verlaufe vorwiegend Störungen der Unterleibsorgane als äusseres Bild. Erst wenn man die Brust untersucht, findet man — und auch da erst mitunter am zweiten oder dritten Tage — die bezeichnenden Krankheitserscheinungen. Sobald B. untersucht, nicht blos besucht wurde, waren auch die Erscheinungen der Lungenentzündung nachweisbar, und zwar derart, dass sie nicht erst eben im Entstehen sein konnten, denn es war der rechte Unterlappen schon verdichtet und gab deutliche Dämpfung. Diese Verdichtung fand sich auch thatsächlich bei der Leichenöffnung. Ob sie grau oder roth war, ist für die Beurtheilung des

Zusammenhanges zwischen Unfall und Erkrankung nicht von Bedeutung, da man keineswegs aus grauer Verfärbung oder Verdichtung schliessen kann, dass sie nicht von einem Unfalle herrühre (zu vergleichen Fälle bei Stern). Uebrigens ist dies in Betreff des Falles B. nicht einmal aus dem Befunde der Leichenöffnung klar ersichtlich. Die Farbe des Lungengewebes ist nicht genannt, sondern nur die der ausfliessenden Flüssigkeit.

Nach diesen Erörterungen dürfte Folgendes feststehen:

B. war vor dem Unfalle nicht krank, sondern vollkommen arbeitsfähig.

Er fiel 80 bis 100 cm tief mit der Brust auf eine Holzrinne, dies war der Unfall.

Er erkrankte nach etwa einer halben Stunde fortgesetzter Arbeit plötzlich, falls nicht mit Frost, so doch mit Erblassen und Schwindel. Die damit beginnende Erkrankung war eine rechtsseitige Lungenentzündung. Dies war die Krankheit, an der er nach drei Tagen starb.

Entweder war die Krankheit Folge des Unfalls oder es lag ein zufälliges Zusammentreffen von Unfall und Krankheitsbeginn vor.

Die Wahrscheinlichkeit eines zufälligen Zusammentreffens ist viel geringer, als die eines ursächlichen Zusammenhanges.

Ich gebe deshalb mein Gutachten dahin ab: Die tödtliche Erkrankung des B. ist mit grosser Wahrscheinlichkeit als Folge des kurz zuvor erlittenen Unfalls zu betrachten.

Nach Kenntnissnahme von dem vorstehenden Obergutachten hat die beklagte Berufsgenossenschaft ihren Rekurs gegen die sie zur Entschädigung der Klägerin verurtheilende Entscheidung des Schiedsgerichts zurückgenommen.

Zeitdauer zur vollständigen Gewöhnung an den Verlust eines Fingergliedes. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 16. November 1902.

Das R.-V.-A. ist zwar mit den Vorinstanzen darin einverstanden, dass die Art der Verletzung — Verlust von etwa 1½ Gliedern des Ringfingers der rechten Hand — für den Kläger, einen gewöhnlichen Handarbeiter, auf die Dauer einen messbaren Ausfall an Erwerbsfähigkeit nicht bedingt. Dagegen ist es der Ansicht, dass dem Kläger eine bedeutend längere Zeit zur vollständigen Gewöhnung an den Verlust gelassen werden muss, als dies durch den angefochtenen Bescheid geschehen ist. Das R.-V.-A. hat diese Zeit auf Grund vielfacher Erfahrung auf etwa zehn Monate seit Beendigung des Heilverfahrens, also seit dem 13. Oktober 1900 bemessen. Bestätigt wird diese Auffassung durch die Lohnverhältnisse. Denn der Kläger bezog nach der Auskunft der Zechenverwaltung vom 13. Mai 1901 erst wieder einen Lohn von 3,10 Mark, während er bis zum Unfall einen solchen von 3,46 Mark gehabt hat. Die Rente von 10% ist deshalb noch bis zum 12. August 1901 einschliesslich zugebilligt. Darüber hinaus stehen dem Kläger aber Ansprüche nicht zu. Kompass, Nr. 3.

Keine Erwerbsverminderung bei einem Schmied durch Verlust des Endgliedes des rechten Zeigefingers. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 28. Oktober 1901.

Die Aerzte Dr. K. und Dr. von B. haben bei ihrer Untersuchung des Klägers am 4. April 1901 festgestellt, dass die Narbe des Fingerstumpfes nicht mehr druckempfindlich sei und dass ausser dem Verlust des Endgliedes irgend welche weitere schädigende Folgen des Unfalls nicht mehr beständen. Dieses Ergebniss der ärztlichen Untersuchung ist durch den vom Schiedsgericht eingenommenen Augenschein auf Grund einer offenbar sorgfältigen Besichtigung der verletzten Hand in allen Punkten bestätigt worden. Diese übereinstimmenden Feststellungen werden durch das vorgelegte Gutachten des Dr. med. Z. nicht erschüttert. Er gelangt zu einer abweichenden Beurtheilung im Wesentlichen auf Grund der subjektiven Klagen des Verletzten über eine noch fortbestehende Druckempfindlichkeit der Narbe des Stumpfes. Einen objektiven Anhalt für das thatsächliche Bestehen dieser Beschwerden hat der Gutachter jedoch nicht mitgetheilt. Die gute Beschaffenheit der Stumpfbedeckung spricht im Gegentheil dafür, dass eine nennenswerthe Empfindlichkeit der Narbe nicht mehr vorliegt.

Die von dem Gutachter ferner angenommene Behinderung der Funktionen der erhaltenen Glieder des Zeigefingers um nur einige Grade ist, wenn sie thatsächlich vorhanden sein sollte, so geringfügig, dass sie praktisch nicht in's Gewicht fallen kann.

Der Senat geht mit den Vorinstanzen davon aus, dass es sich im Wesentlichen nur noch um den Verlust des Endgliedes des rechten Zeigefingers handelt. Die allgemein gestellte Frage, ob dieser Verlust bei Schmieden eine die Erwerbsfähigkeit nennenswerth beeinträchtigende Schädigung bedeute, hat das Rekursgericht verneint. Nur bei Berufen, die eine besondere Geschicklichkeit der einzelnen Finger erfordern, kann zugegeben werden, dass jener Defekt eine abschätzbare Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zur Folge hat. Bei einem Zechenschmied dagegen, wie der Kläger, bei dessen Thätigkeit es fast ausschliesslich auf die Verrichtung grober Arbeit und die Entfaltung der rohen Kraft ankommt, wird durch den geringfügigen Verlust des Endgliedes des Zeigefingers die Gebrauchsfähigkeit der Hand nicht wesentlich herabgesetzt. Dass dies auch im vorliegenden Falle zutrifft, wird durch die Thatsache bestätigt, dass der Kläger bereits wieder seit längerer Zeit mit demselben Arbeitslohn in der gleichen Weise wie vor dem Unfalle beschäftigt wird, ohne dass er, wie die Beobachtungen an der Arbeitsstelle ergeben haben, hinter den Durchschnittsleistungen seiner Arbeitskameraden zurücksteht.

Kompass, Nr. 4.

Grad der Erwerbsverminderung bei einem Brikettformer durch Verlust eines Auges. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 28. November 1901.

Das Schiedsgericht ist über den auch in der Rechtsprechung des R.-V.-A. im Allgemeinen festgehaltenen Satz von 25 bis $33^1/_3$ % der Vollrente für den durch Verlust eines Auges verursachten Schaden an der Erwerbsfähigkeit eines gewöhnlichen Arbeiters deshalb erheblich hinausgegangen, weil es den Kläger wegen der besonders scharfes und genaues Sehen erfordernden Thätigkeit als Brikettformen-Schleifer und Einleger als einen Spezialarbeiter angesehen hat, für den ein gutes und doppelseitiges Sehen einen höheren Werth hat, ja die Voraussetzung seiner Verrichtungen bildet. Es entspricht der Spruchübung des R.-V.-A., in einem solchen Falle über obigen Durchschnittssatz hinauszugehen, da in jedem Falle die besonderen Umstände in Betracht gezogen werden müssen, auf denen die Erwerbsfähigkeit des Verletzten zur Zeit des Unfalls beruhte; im Verhältniss zu dieser damaligen individuellen Erwerbsfähigkeit ist der Schaden zu schätzen, welcher durch die Unfallrente vergütet werden soll — §. 9 Abs. 2 Ziffer 2 des hier gemäss §. 27 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unf.-Vers.-Ges., anzuwendenden Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges., sowie §. 5 Abs. 6 Buchstabe b des Unf.-Vers.-Ges. — Nach der Ueberzeugung des Rekursgerichts hat der Kläger bei seiner besonderen Ausbildung und Geschicklichkeit als Schleifer und Einleger der Brikettformen allerdings nicht die Hälfte, wohl aber 40 % seiner Erwerbsfähigkeit durch den Verlust eines Auges eingebüsst, zumal er damals, abgesehen von dem guten Sehvermögen, körperlich sehr wenig leistungsfähig, vielmehr mit mancherlei Gebrechen (Herzschwäche, Muskelzittern, Magenkatarrh) behaftet war, seine Arbeitsfähigkeit also mehr als sonst auf dem guten Sehvermögen beruhte, das er in Folge des Unfalls zu einem grossen Theile verloren hat.

Kompass, Nr. 3.

C. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Infektion und Autoinfektion. Von Professor Dr. Wassermann. Deutsche med. Wochenschrift; Nr. 7.

Damit ein Mikroorganismus infizire, muss er, abgesehen von seiner Pathogenität, in das Gewebe des menschlichen Körpers gelangen und sich dort vermehren können. Gegen die Infektion stehen dem Organismus Waffen zur Verfügung, zum Theil sind sie zellulärer Art, zum Theil liegen sie im Serum, welches normal im Stande ist, Bakterien im starken Masse abzutödten. Zwei Substanzen im Serum kommen hierfür in Betracht, der wärmebeständige Zwischenkörper, und eine sehr labile, fermentartige, das sog. Komplement.

Diese Komplemente sind besonders wichtig. Es wirken demnach Ansammlungen frischen Serums, d. h. von Zwischenkörpern und Komplementen nach einer Stelle stärker bakterizid (Bier'sche Stauungshyperämie, Alkoholverbände), und umgekehrt zeigt jede Körperstelle, an der eine Verminderung der Komplemente durch Zirkulationsstörung oder sonstwie zu Stande kommt, eine verminderte Resistenz gegenüber Infektionen. Verminderung dieser aktiven Stoffe im Serum kann durch chronische Erkrankung innerer Organe, durch chronische Eiterung eintreten, ferner vermögen todte Gewebe Komplemente zu binden, daher die leichte Wundinfektion bei zerstörtem, gangränösem Gewebe. So erklärt sich auch die naheliegende Möglichkeit der Autoinfektion, wenn ein Individuum schon an einer Infektion leidet. Es vermögen dann gewisse pathogene Bakterien, die vorher in oder auf dem Körper nur saprophytisch lebten, sich anzusiedeln; denn alsdann hat die primäre Infektion einen grossen Theil der Schutzkörper aufgebraucht.

Man hat nun ferner gefunden, dass bei einer Anzahl von Infektionskrankheiten die spezifischen Schutz- und Heilstoffe sich hauptsächlich im Knochenmark bilden, dass also bei vielen, auch leichten Infektionen Erreger oder deren Produkte in das Knochenmark kommen müssen, um dort die zur Heilung nöthigen Reaktionen auszulösen. Dort bleiben nun derartige Keime, wie beobachtet, oft jahrelang liegen, lokalisiren sich und werden hier durch die Kräfte des Blutserums an der Weiterentwickelung gehindert. Tritt aber durch Trauma oder einen anderen Zufall eine Unterbrechung der normalen Zirkulation ein, so dass die Schutzkräfte an dieser Stelle nicht mehr voll wirken können, dann kann eine Keimvermehrung die Folge sein, die oft zu Knochenmarks- oder periostitischen Prozessen führt. Dr. Wolff-Hamburg.

Histologische und bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberoso-anästhetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems. Von Dr. Uhlenhuth u. Dr. A. Westphal. Klinisches Jahrbuch. Achter Band. Erstes Heft.[1])

Der aus ganz gesunder Familie stammende Patient hatte als Oberlazarethgehülfe der holländischen Kolonialarmee häufig Leprakranke gepflegt und 1890 zuerst einzelne gelbe Flecken an der linken Kniegegend bemerkt, die sich nach seiner Rückkehr nach Deutschland (1893) über den ganzen Körper verbreiteten und zur Verdickung der Haut führten. 1896 in das Institut für Infektionskrankheiten aufgenommen, zeigte der Kranke eine typische facies leonina, die Körperhaut nur an einzelnen kleinen Partien normal aussehend und eine so erhebliche Sensibilitätsstörung, dass er sich z. B. eines Tages, an einen eisernen glühenden Ofen gelehnt, eine Verbrennung zweiten Grades seiner rechten Wade zuzog, auf die er selbst nur durch den brenzlichen Geruch aufmerksam wurde. Patient wurde 2 Jahre lang mit allen Mitteln, die gegen Lepra empfohlen sind, behandelt — ohne irgend welchen Erfolg — und starb in Folge eines schweren Erysipels. — Aus der grossen Menge der von dem Verfasser mit ausserordentlichem Fleiss festgestellten Thatsachen sollen nur einige für die allgemeine Auffassung der Krankheit wichtige Ergebnisse hervorgehoben werden. In fast sämmtlichen untersuchten Organen waren Leprabazillen, zum Theil in ausserordentlicher Menge, und ausgesprochene histologische Veränderungen nachweisbar, jedoch stand der Bazillengehalt und die Schwere der Organveränderungen nicht immer in gleichem Verhältniss. Auffallend war das Fehlen von Bazillen in den Epithelzellen, besonders der Epidermis und der drüsigen Organe, während die Endothelien reichlich Bazillen enthielten. Nach den Befunden ist ferner wohl sicher, dass die Bazillen im Körper sich sowohl auf den Lymphbahnen, als auf dem Blutwege verbreiten. Der Hauptausscheidungsort für die Leprabazillen ist der Nasenschleim und der Auswurf; hingegen war eine Ausscheidung derselben durch den Schweiss, Urin, Speichel, Fäces nicht nachweisbar, durch die intakte Epidermis wenig wahrscheinlich. Der Primäraffekt der Erkrankung ist mit grösster Wahrscheinlichkeit in der Nase zu suchen. Die ob-

---

[1]) Von Prof. Frh. v. Eisenberg in Wien, Prof. Dr. Flügge, Geh. Med.-Rath in Breslau, Prof. Dr. Frh. v. Mering in Halle a. S. und Professor Dr. Werth, Geh. Med.-Rath in Kiel. Jena. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°; 160 Seiten. Preis: 5 Mark.

jektiven Erscheinungen von Seiten des Nervensystems fanden ihre Erklärung durch die nachgewiesene interstitielle Neuritis und Perineuritis. Auffallend ist in dem Falle das fast bis in die letzte Zeit nachweisbare gute Allgemeinbefinden des Patienten trotz fast völliger Durchwucherung der gesammten Körpergewebe mit Leprabazillen. Dr. Roepke-Lippspringe.

Zur Frühdiagnose der Tuberkulose bei der versicherungspflichtigen Bevölkerung. Von Dr. Ernst Neisser, Direktor der Inneren Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Stettin. Ibidem.

Um den Heilstätten geeignete initiale Fälle von Lungentuberkulose zuzuführen, hält Verfasser eine in besonderer Krankenhausabtheilung über eine Reihe von Tagen ausgedehnte Beobachtung mit 2stündlichen Temperaturmessungen, täglichen Untersuchungen und Vornahme der Tuberkulinreaktion für sehr empfehlenswerth; letztere wird insbesondere als ein vortreffliches Hülfsmittel anerkannt, das in Verbindung mit der klinischen Beobachtung — deutlicherwerden zweifelhafter Spitzengeräusche in der Reaktionszeit — vollste Berücksichtigung verdient. Eine solche Beobachtungsstation ist seit Mai 1900 im Stettiner städtischen Krankenhause für die Ortskrankenkassen eingerichtet; in dieselbe können die Krankenkassenmitglieder jeder Zeit von ihrem Arzte zur 7tägigen Beobachtung gewiesen werden. Die Kasse trägt die Kosten, die städtischerseits für den Tag auf 1 Mark ermässigt sind, und zahlt bei verheiratheten Mitgliedern während dieser Zeit ausserdem das volle Krankengeld an die Familie. Die Kassenärzte sind aufgefordert, jedem überwiesenen Kranken ein kurzes Begleitschreiben mitzugeben, welches mit 3 Mark von der Landesversicherungsanstalt honorirt wird. Im Falle sich Tuberkulose ergiebt, meldet dies die Station der L. V. A., welche event. unmittelbar das Heilverfahren übernimmt. Dieser unmittelbare Verkehr der Station mit der Landes-Versicherungsanstalt, sowie die Heranziehung und Honorirung der Kassenärzte scheint dem Verfasser von besonderer Wichtigkeit zu sein. Ausserdem werden in der Station unentgeltlich tuberkuloseverdächtige Sputa für die Aerzte der Ortskrankenkassen untersucht. Dr. Roepke-Lippspringe.

Untersuchungen mit dem für Ratten pathogenen Bacillus. Von B. Issatschenko, Privatdozent der K. Universität in St. Petersburg. Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten; I. Abth., 1902, XXXI. Bd., Nr. 1.

Verfasser hat mit seinem im Centralblatt 1898 beschriebenen, aus Ratten gezüchteten Bacillus ausgedehnte Thierversuche angestellt. Er fand, dass der Bacillus für Hausthiere vollständig unschädlich ist; dagegen wurden Ratten und Mäuse durch denselben prompt infizirt. Von 443 infizirten Ratten starben bis zum 15. Tage p. inf. 363, später noch 68, während nur 12 davonkamen. Praktisch erprobt wurde die Verwendbarkeit des Bacillus zur Vernichtung der Ratten im grossen Umfange seitens des K. Ministeriums für Ackerbau in vielen Gegenden Russlands. Diese Versuche ergaben in 70,1 % günstige Resultate.

Dr. Lentz-Berlin.

Virulente Diphtheriebazillen bei einfacher Rhinitis. Von Dr. med. et phil. R. O. Neumann, 1. Assistent am hygienischen Institut zu Kiel. Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infektionskrankheiten; I. Abth., 1902, XXXI. Bd., Nr. 2.

Neumann unterscheidet die primäre oder latente Nasendiphtherie ohne Membranbildung und die mit Membranbildung einhergehende Rhinitis fibrinosa, zwischen denen jedoch Uebergänge häufig sind. Beide Formen sind nach den Literaturangaben im Verhältniss zur Rachendiphtherie seltene Erscheinungen.

Nach den Beobachtungen von Neumann scheint dagegen die primäre Nasendiphtherie nicht so selten zu sein, da sie sich sehr häufig unter der Form eines einfachen Schnupfens verbirgt, und so dem praktischen Arzt, der eine bakteriologische Untersuchung anzustellen nicht in der Lage ist, leicht entgeht. Neumann beschreibt fünf derartige Fälle, von denen zwei mit gleichzeitiger Betheiligung der Conjunktiva einhergingen. In allen fünf Fällen konnten durch die Kultur und das Thierexperiment virulente Diphtheriebazillen nachgewiesen werden. In keinem der Fälle kam es zur Membranbildung; die Erscheinungen

in der Nase bestanden lediglich in einem zähen, eitrigen Sekret und ein Mal in leichtem Bluten der Nasenschleimhaut. Letzterem Symptom ist, wenn vorhanden, diagnostische Bedeutung beizumessen. Die Diphtheriebazillen waren zum Theil noch nach Wochen nach der Heilung der Affektion im Nasensekret nachweisbar; einer der Fälle endete tödtlich durch Stridor laryngis.

Neumann weist auf die Gefahr hin, welche solche lavirten Diphtheriefälle bildeten. Zweifelhafte Schnupfenfälle sollten deshalb stets bakteriologisch untersucht werden, um möglichst sofort mit der Serumbehandlung vorgehen zu können. Die Pseudodiphtheriebazillen sieht Neumann als harmlose Schmarotzer an; indessen lässt seine eigene Erkrankung, sowie die eines anderen Assistenten am Kieler Institut an einem eigenthümlichen Schnupfen, bei dem die bakteriologische Untersuchung nur Pseudodiphtheriebazillen ergab, zu einer Zeit, in der ein dritter Assistent desselben Instituts an Nasendiphtherie ohne Membranbildung mit echten Löffler'schen Bazillen im Nasensekret litt, die Richtigkeit dieser Ansicht immerhin fraglich erscheinen. Dr. Lentz-Berlin.

Die Ergebnisse der Neutralrothmethode zur Unterscheidung von Bact. typhi und coli. Von Dr. Alfred Wolff in Berlin. Aus dem städtischen Krankenhause in der Gitschinerstrasse 104/105 (dirigirender Arzt Prof. M. Litten). Ibidem.

Wolff hebt noch einmal die Vorzüge der von ihm empfohlenen Stichkultur in Rotberger'schem Neutralrothagar zur Unterscheidung von Bact. typhi und coli hervor. Auf nach dieser Methode hergestellten Platten war eine Unterscheidung der beiden Bakterienarten unmöglich.

Bei diesen Versuchen fiel ihm auf, dass die Kolonien sich dunkelroth gefärbt hatten. Eine nähere Untersuchung dieser Erscheinung ergab, dass die Bakterien je 1—2 purpurroth gefärbte Körnchen enthielten, während der übrige Zellleib ungefärbt war. (Aufschwemmung in verdünnter Neutralrothlösung zur Untersuchung nothwendig.) Die Bakterien machten bei dieser Methode der vitalen Färbung stets den Eindruck von Kokken. Dr. Lentz-Berlin.

Osteomyelitis und Phlegmone erzeugt durch den Bacillus pneumoniae (Friedländer). Von Privatdozent Dr. Friedrich Schlagenhaufer, k. k. Prosektor in Wien. Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten; I. Abth., 1902, XXXI. Bd., Nr. 3.

Verfasser fügt zu den bisher in der Literatur mitgetheilten Fällen, in denen der Friedländer'sche Bacillus zu eitrigen Prozessen in inneren Organen geführt hat, einen Fall von akuter Osteomyelitis des Femur mit Vereiterung des Kniegelenks und ausgebreiteter eitriger Phlegmone, bei welchem sich im Eiter neben einigen Streptokokken grosse Mengen des Friedländer'schen Bacillus fanden. Dr. Lentz-Berlin.

Zur Tuberkulose im Kaltblüterorganismus. Aus der Untersuchungsstation des Königlichen Garnisonlazareths in Würzburg. Von Dr. H. Herzog, Assistenzarzt im Königl. bayer. 9. Inf.-Regt Wrede. Mit 2 Figuren. Ibidem.

Impfungen, welche mit den Erregern der Fisch- und Säugethiertuberkulose an Fröschen vorgenommen wurden, führten zu ausgedehnter tuberkulöser Erkrankung der inneren Organe der Versuchsthiere. Makro- wie mikroskopisch waren die pathologischen Veränderungen fast die gleichen. Der einzige Unterschied bestand darin, dass bei den mit Säugethiertuberkulose geimpften Fröschen die Gewebsproliferation, bei den mit Fischtuberkulose geimpften Thieren die Degenerations- und Reparationserscheinungen in den Tuberkeln mehr in den Vordergrund traten.

In Ausstrichpräparaten konnten die Tuberkelbazillen jedes Mal ausser in der Lymphsackflüssigkeit in allen lebenswichtigen Organen nachgewiesen werden.

Ein Meerschweinchen, das mit Leberemulsion eines an Säugethiertuberkulose 60 Tage p. inf. verendeten Frosches geimpft wurde, erkrankte nicht, während ein gleichzeitig mit derselben Emulsion geimpfter Frosch am 22. Tage p. inf. unter den Erscheinungen allgemeiner Tuberkulose einging.

Die Untersuchungen werden weiter fortgesetzt. Dr. Lentz-Berlin.

Zur Biologie der Gonokokken. Aus der dermatolog. Universitätsklinik Bern (Prof. Sadassohn). Von Dr. H. Wildbolz-Bern. Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten; I. Abth., 1902, XXXI. Bd., Nr. 4.

In einer vorläufigen Mittheilung berichtet Wildbolz über Kulturversuche mit Gonokokken, welche ergaben, dass Gonokokken entgegen der allgemein verbreiteten Ansicht auch auf gewöhnlichen Nährböden wachsen, allerdings erst dann, wenn sie bereits in mehrfachen Generationen auf Serumagar fortgezüchtet waren. Auf dieses Verhalten der Gonokokken hatte bereits Wertheim 1892 aufmerksam gemacht, doch scheint dies gänzlich in Vergessenheit gerathen zu sein. Wildbolz fand bei seinen Untersuchungen, dass sich die einzelnen Gonokokkenstämme verschieden verhalten. Während einige Stämme bereits aus der 2. und 3. Serumagargeneration sich mit Erfolg auf gewöhnlichem Agar bezw. Bouillon übertragen liessen, gelang dies bei anderen erst aus der 62. Serumagargeneration. Nur 4 von 20 Stämmen konnten von ihm bisher überhaupt noch nicht auf gewöhnliche Nährböden übertragen werden. Weitere Mittheilungen behält sich Verfasser vor. Dr. Lentz-Berlin.

Ueber das Vorkommen der Tuberkelbazillen in der Budapester Marktbutter. Aus dem Königl. ung. bakteriologischen Institut in Budapest. Von Dr. Aladár Anjeszky, Adjunkt der Königl. ung. thierärztlichen Hochschule. Ibidem.

Anjeszky hat 20 ebenso vielen Budapester Bezugsquellen entnommene Butterproben nach Obermüller's Methode auf Tuberkelbazillen untersucht und letztere in 17,6% der Proben nachweisen können, ein Resultat, das die Budapester Marktbutter nicht schlechter erscheinen lässt, als die der meisten Grossstädte. Dr. Lentz-Berlin.

The etiology of acute dysentery in the United States. Fram the Pathological Laboratory of the University of Pennsylvania, Philadelphia. By E. B. Vedder and C. W. Duval. Ibidem.

Die beiden Autoren haben unter Flexner's Leitung in den östlichen Staaten der Vereinigten Staaten von Nordamerika eine Anzahl von Dysenteriefällen bakteriologisch untersucht und aus den Fäces der Kranken einen Bacillus isoliren können, der sich in nichts von den von Shiga, Flexner, Strang und Kruse beschriebenen Ruhrbazillen unterschied.

Die Mehrzahl der Fälle kam in Anstalten (Armenhäusern und Irrenanstalten) vor, ein Umstand, den die Verfasser Kruse gegenüber hervorheben, der bekanntlich die Anstaltsdysenterie noch für eine von der epidemischen Ruhr verschiedene Krankheit hält; diese Ansicht erklären Vedder und Duval auf Grund ihrer Befunde für unhaltbar. Auch hinsichtlich des klinischen Bildes, sowie des pathologisch-anatomischen Befundes stimmten ihre Fälle mit denen, wie sie bei der gewöhnlichen epidemischen Ruhr beschrieben werden, überein. Weder bei der Züchtung auf den gewöhnlichen Testnährböden noch bei der Agglutination mittelst eines von Shiga hergestellten Pferde-Ruhr-Serums zeigten sich wesentliche Unterschiede zwischen den von den Verfassern gefundenen und den bisher von den anderen Autoren beschriebenen Dysenterie-Bazillen. Dr. Lentz-Berlin.

Panophthalmia bovina carcinomatosa. Von Dr. O. Voges in Buenos Aires. Ibidem.

Bei Stieren der Hearesforth-Rasse beobachtete Voges Karzinome der Augenlider, welche zu Verlust des Auges und unter allgemeiner Kachexie zum Tode der Thiere führten. Bezüglich der Einzelheiten dieser interessanten Erscheinung sei auf das Original verwiesen. Dr. Lentz-Berlin.

Karzinom in Schweden. Von U. Quensel. Brit. med. Journal. Ref. in Public Health; 1901, S. 521.

Die Sterblichkeit an Krebs war von 1875 bis 1879 nur 8 auf 10000 Einwohner und ist von 1895/1899 auf 9,76 gestiegen. Von der Gesammtsterblich-

keit repräsentirte damals Karzinom 3,57, jetzt 6,27. Die Zunahme betrifft hauptsächlich das männliche Geschlecht: Das Verhältniss war

1875/1879: 192 Frauen : 100 Männer,
1895/1899: 150 Frauen : 100 Männer.

Was die Dichtigkeit der Bevölkerung anlangt, so fanden sich in Städten unter 2000 Einwohnern: eine Mortalität von 10,5 : 10000; in Städten von 2000—10000 Einwohnern eine solche von 9,08, in solchen von 10000—100000 Einwohnern eine solche von 8,53 : 10000. Dr. Mayer-Simmern.

Zur Lehre des Gewebes und der Ursache der Krebsgeschwülste. Von Dr. Feinberg. Deutsche mediz. Wochenschr.; 1902, Nr. 11.

Verfasser, welcher sich seit dem Jahre 1895 fast ausschliesslich mit den Untersuchungen der Geschwülste beschäftigt hat, stellt Eingangs seiner Arbeit nochmals fest, dass die s. Z. von Schaudinn in der Ascitesflüssigkeit einer Patientin (Diagnose Leberkarzinom) beobachteten und wegen der aussergewöhnlichen Bewegungen für Amoeben erklärten Zellen keine Amoeben, sondern Körperzellen waren, wie sie eben beim Krebs, hervorgerufen durch die Veränderung, die sie erleiden, stets vorkommen. Nachdem der Verfasser dann noch seine Beobachtungen über das Wachsthum der Krebsgeschwülste, über das Aussehen der Krebszellen ausserhalb und innerhalb des Gewebes, sowie ihre Degenerationsformen kurz erwähnt hat, schildert er ausführlich die Untersuchung solcher Krebsgeschwülste, die erst ganz kurze Zeit — einige Wochen bestanden hatten. In dem Gewebe solcher direkt aus der Hand des Operateurs entgegen genommenen Tumoren fand F. ganz unabhängig von einzelnen Zellen mitten in Zellenhaufen Vakuolen, Blasen könnte man fast sagen, die bei den intensivsten gewöhnlichen Färbungsmethoden überhaupt keinen Inhalt zeigen. Erst durch eine besondere — ausführlich beschriebene — Technik der Fixation, Einbettung wie Färbung wurden diese Vakuolen (Blasen) als Organismen kenntlich, die von den Zellen, Kernen oder Kerne enthaltenden Zelleinschlüssen der Krebsgeschwulst so differenzirt sind, dass man sie als selbstständige, von dem menschlichen Körper unabhängig in diesem Gewebe vorkommende Organismen ansehen kann. Ihre drei charakteristischen Merkmale sind folgende: 1) Eine starke, doppelt konturirte Membran, die sich mit Plasmafärbung (Orange G) intensiv färbt; 2) ein durch Kernfärbung darstellbares Kernkörperchen, umgeben von einer ungefärbten, hellen Zone — id est die den einzelligen selbstständigen thierischen Organismen eigene Kernform —; 3) ein diese Zone umgebendes Plasma, das sich mit Orange G oberflächlich färbt, nie aber mit Kernfarbe darstellbar ist. Verfasser ist geneigt, diese so charakterisirten und bei 2 Mamma-, 1 Rectum-, 2 Darm-Karzinomen nachgewiesenen Organismen der allgemeinen Gruppe der Protozoën — speziell vielleicht den Sporozoën — zuzuweisen. Jedenfalls nimmt F. bezüglich des Vorkommens des beschriebenen Organismus im Krebsgewebe an, dass derselbe in ursächlichem Zusammenhang mit den Krebsgeschwülsten steht, dass er einen eingekapselten, enzystirten Zustand darstellt und ursprünglich, sowie auch in seinen Entwicklungsstadien eine etwas andere Form analog dieser besitzt. Das Auffinden solcher Organismen wird in zweifelhaften Fällen die Diagnose Karzinom sicherstellen. Mittheilungen über weitere Beobachtungen, denen man mit Interesse entgegensehen muss, stellt Verfasser in Aussicht.

Dr. Roepke-Lippspringe.

Ueber Zurückbleiben in der Entwickelung nach experimentell gesetzten Schilddrüsenveränderungen. Von Roger und Garnier. Comptes rendus de soc. de biol.; 1901, S. 1129.

Der vorige Jahrgang der „Zeitschrift für Medizinalbeamte“ brachte eine Besprechung über eine Arbeit E. Hertoghe's: „Die Rolle der Schilddrüse bei Stillstand und Hemmung des Wachsthums und der Entwickelung.“ An dieses Referat schliesst sich sinngemäss eine kurze Darlegung der Versuche von Roger und Garnier an.

Hunde sind bekanntlich im Stande eine Exstirpation der Schilddrüsen zu überleben, wenn man die Nebenschilddrüsen schont. Sie kommen dann in einen Zustand, der dem Myxoedem ähnlich ist.

So wichtig eine Kenntniss dieser Thatsache ist, so ist ein solches Experiment doch schon aus dem Grunde nicht vollendet, weil die Schilddrüsenexstirpation eine so grobe Läsion darstellt, wie sie von der Natur bei Krankheitsvorgängen nie in ähnlicher Weise geübt wird.

Den krankhaften Prozessen in höherem Masse entsprechend musste ein Vorgehen sein, bei welchem eine sklerosirende Substanz in die Gefässe der Drüse junger Thiere injizirt wurde. Als eine solche ist nach den Arbeiten Bouchard's das Naphtol anzusehen.

Die Verfasser legten einem jungen Thiere die Karotiden bloss, legten über dem Ursprung der Art. thyreoid. supp. eine temporäre Ligatur an und injizirten eine wässerig-alkoholische Naphtollösung mit einer feinen Kanüle in die Halsschlagadern unterhalb der Unterbindungsstelle. Bei der Berührung mit Blut giebt diese Substanz einen Niederschlag. Sie wird in fein vertheiltem Zustande in das einzige Gefäss verschleppt, das für die Passage frei ist: in die Schilddrüsenschlagader. Die Drüse nimmt eine weisse Färbung an, wenn das Experiment gelingt. Nach einigen Minuten wird die Ligatur gelöst. Die Stichwunde der Arterie schliesst sich von selbst; eine etwaige Blutung wird durch lokale Anwendung von Gelatine gestillt.

Ein auf diese Weise operirtes Thier — ein junger Hund, der 4 Wochen nach der Geburt 2160 g wog, nahm in den nächsten Wochen um 60 g ab, während die Kontrolthiere vom selben Wurf um etwa 1100 g zunahmen. Auch in der Körperlänge blieb das Thier zurück; die Masse betrugen: die Gesammtlänge 29 statt 33 cm, Länge der Vorderpfote 12 statt 13½, der Hinterpfote 13 statt 14½, Thoraxumfang 25 statt 30 cm.

Das operirte Thier war weniger lebhaft, ging schwerfälliger als die übrigen, seine Haare blieben kurz, gelichtet, spröde, brüchig, während sie bei den Kontrolthieren lang, üppig, wollig waren.

Dr. Mayer-Simmern.

Zur Vorbeugung des Kindbettfiebers. Von Dr. Fred H. Morison, Medizinalbeamter für West Hartleport. Vortrag in der Versammlung der Nord-Abtheilung des Medizinalbeamtenvereins. Public Health; 1901, XIV Nr. 2, Novemberheft.

Der Vortrag entwickelt etwa folgenden Gedankengang:

Dass ein Fall von Kindbettfieber für einen Arzt als Schande gilt, geht daraus hervor, dass man auf den einlaufenden Anzeigeformularen von dem anzeigenden Arzte mit rother Tinte geschriebene Bemerkungen findet: „Die Entbindung ist nicht von mir geleitet worden.“ „Eine Hebamme war bei der Geburt.“

Was haben wir nun nach Empfang einer solchen Anzeige zu thun? Wir haben nicht das Recht, der Hebamme ihre Berufsthätigkeit auf eine gegebene Zeit zu untersagen; auch Desinfektion der Kleider, Gewährung eines Reinigungsbades würde wenig Nutzen bieten, da sie doch rasch wieder „septisch“ werden würde und nahezu jeden Fall weiter infiziren würde.

Wäre es nicht besser, wenn alle Hebammen nur nach Ertheilung einer Bestallung von den Behörden ihres Bezirkes praktiziren dürften, so dass bei Eintritt von Kindbettfieber die Hebamme gewarnt würde, dass, falls sie weitere Frauen infizire, ihr die Bestallung entzogen würde? Bei letalen Fällen müssten Untersuchungen angestellt und die Ausstellung des Todtenscheines verweigert werden.

Viel Gutes könnte geschehen, wenn der Gesundheitsbeamte jeder Hebamme seines Bezirkes Instruktionen senden würde, welches die beste Methode ist der Händewaschung und Reinigung, auch der Fingernägel, bevor innere Untersuchungen ausgeführt werden.

Nach dem bisher Gesagten liegt das Hebammenwesen in England noch recht im Argen. Mit der Ausführung der Geburtshülfe durch Aerzte macht uns der Redner durch folgenden Passus bekannt: „Wie viele Männer, die der Geburtshülfe obliegen, sind vorsichtig genug, den Aermel ihres Rockes in die Höhe zu schlagen, um nicht die Empfindlichkeit ihres Pfleglings zu reizen? Erst recht aber ziehen sie ihren Rock nicht aus oder rollen ihre Hemdärmel in die Höhe und wundern sich nachher, dass sie so viele Fälle von Wochenbettfieber haben.“

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber die Einführung ständiger Krankenräume in unsere Miethswohnungen. Von Geh. Med.-Rath Dr. E. Roth, Reg.-Rath in Potsdam. Die Krankenpflege; Bd. 1, H. 4, 1901.

Um beim Auftreten übertragbarer Krankheiten in der Familie die übrigen Familienmitglieder, die Hausbewohner und die Allgemeinheit zu schützen, verlangt Verfasser die ausreichende Absonderung des Kranken vom ersten Beginn der Erkrankung an und die unschädliche Beseitigung der Ansteckungsstoffe im Hause. Da eine vollständige Umordnung der Wohnräume und die Einrichtung des abgelegensten Zimmers zum Krankenraum nur ausnahmsweise möglich sein dürfte, empfiehlt sich eine anderweite Anordnung des Grundrisses der Wohnungen, und zwar zunächst der mehrräumigen Wohnungen der besser situirten Gesellschaftskreise, in der Weise, dass je nach der Himmelsrichtung ein in der Nähe des zweiten Zugangs oder des Haupteingangs am Ende des Korridors gelegener, von den übrigen Räumen durchaus getrennter Raum als Krankenraum vorgesehen wird, in dessen Vor- oder Nebenraum sich die Badeeinrichtung befindet. Ein beigegebener Uebersichtsplan erläutert den überaus glücklichen Gedanken zur Einfügung ständiger und stets bereitstehender Krankenzimmer in unsere modernen Miethswohnungen. Des Weiteren bespricht Verfasser noch im Einzelnen die Beschaffenheit und Einrichtung eines solchen „Haussanatoriums", sowie alle Massnahmen, die bei der Reinigung der Räume, bei der Pflege des Kranken und Genesenen in prophylaktischer Hinsicht zu beachten sind und empfiehlt zur Durchführung der Desinfektion des Krankenzimmers und seines Inhalts nach Ablauf der Krankheit, dem Pflegepersonal und den Haushaltungsvorständen gedruckte Anweisungen über die wichtigsten Schutzmassnahmen zugänglich zu machen, wie solche von dem Vereine der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Potsdam herausgegeben sind und sich vorzüglich bewährt haben. Bei dem Mangel zuverlässigen Pflegepersonals grade in der offenen Krankenpflege sei es ausserdem nothwendig, dass die spezielleren Massnahmen der behandelnde Arzt selbst ertheile; weiterhin seien, ausser den Krankenpflegerinnen für erkrankte Wöchnerinnen, Helferinnen und Hauspflegerinnen zum Zwecke der Wartung und Wirthschaftsführung bei frisch entbundenen, im Uebrigen aber gesunden Wöchnerinnen heranzubilden. Eine spezielle Vorbildung erscheine ferner für das Pflegepersonal in den Lungenheilstätten erforderlich und sei Aufgabe der Heilstättenärzte.

Dr. Roebke-Lippspringe.

Schulärztliche Untersuchungen in Stadt und Bezirk Kannstatt. Von Medizinalrath Dr. Blezinger in Kannstatt. Sonder-Abdruck aus dem Württ. Medizinischen Korrespondenzblatt; 1901.

In Württemberg sind regelmässige oberamtsärztliche Gemeinde-Medizinal-Visitationen vorgeschrieben. Alle 6 Jahre findet eine solche Visitation in jeder Gemeinde durch den Oberamtsarzt unter Mitwirkung des Bezirksamtsvorstandes statt und erstreckt sich auf Schulen, Kirche, Kirchhof, Wasserversorgung, Ortsreinlichkeit, Gefängnisse, Kost- und Ziehkinder etc. Verfasser hat seit 19 Jahren diese Visitationen in den 19 Orten seines Amtsbezirks vorgenommen und hierbei der Schulhygiene seine besondere Aufmerksamkeit zugewendet. Neben den Mängeln in der Anlage, Einrichtung etc. der Schulen hat er stets eine Anzahl Schüler mit körperlichen oder geistigen Defekten herausgefunden und die Eltern oder Pfleger durch Vermittelung des Schulinspektors oder Lehrers auf den betreffenden Schaden aufmerksam machen lassen; ob darauf aber etwas geschah, entzog sich seiner Kenntniss. Dies hat er stets als einen Mangel empfunden, und die Einführung von regelmässigen schulärztlichen Visitationen neben den offiziellen oberamtsärztlichen Gemeinde-Medizinal-Visitationen als nothwendig erachtet. Er war jedoch der Ansicht, dass diese Untersuchungen für den Arzt nicht zu umständlich und zeitraubend sein und keine wesentliche Belastung der Lehrer herbeiführen dürfen, wenn nicht die ganze Einrichtung von Anfang an in Frage gestellt werden sollte. Darum Beschränkung auf das Nothwendigste: Heraussuchen der körperlich oder geistig Schadhaften unter den Schülern und, wenn irgend möglich, Sorge für Beseitigung des Schadens, event. auf öffentliche Kosten. In Folge einer im Frühjahr 1899 erfolgten Anregung seitens des Oberamtes und des Stadtschultheissamtes in Kannstadt hat nun Verfasser schulärztliche Untersuchungen in sämmtlichen

Volksschulen der Stadt und des Bezirks vorgenommen; bei der Bestellung des Oberamtsarztes zum alleinigen Schularzt für Stadt und Bezirk war man von der Ansicht ausgegangen, dass bei der zunächst versuchsweisen Einführung dieser Untersuchungen eine einheitliche Regelung nöthig und wünschenswerth sein dürfte. Am 14. Dezember 1899 hat er damit angefangen und bis zum 1. September 1901 alle vorgenannten Schulen mit ganz wenigen Ausnahmen in zweifachem Turnus auf die Gesundheit der Schüler visitirt und zwar vom 14. Dezember 1899 bis 1. Oktober 1900 106 Schulen mit 6783 Kindern, 10 Kleinkinderschulen mit 1148, d. i. zusammen 116 Schulen mit 7931 Kindern; vom 1. Oktober 1900 bis 1. September 1901 hat er besucht: 104 Volksschulen mit 6643 Kindern, 10 Kleinkinderschulen mit 1052 Kindern, d. i. zus. 114 Schulen mit 7695 Kindern; im Ganzen also 230 Schulen mit 15626 Kindern; jedenfalls eine ganz ausserordentliche Arbeitsleistung.

Bei der Untersuchung der Schüler ist er folgendermassen vorgegangen: Vor seinem Besuch, wenn möglich einige Tage zuvor, wurde der Ortsschulinspektor davon in Kenntniss gesetzt. Die Schüler mussten während seiner Anwesenheit in der Schule aufrecht sitzen und die Hände auf den Tisch legen. Darnach wurde jeder einzelne Schüler besichtigt, die fehlerhaft erscheinenden mussten zu einer genaueren Untersuchung heraustreten. Nach der Besichtigung wurde der Lehrer gefragt, ob ihm etwa schadhafte Kinder bekannt seien, und diese dann auch genauer untersucht. Das Ergebniss der Untersuchung wurde in einer Tabelle mit verschiedenen Spalten (Tag der Untersuchung, Schulklasse, Namen und Geburtstag des Schülers, Befund und Anordnung) eingetragen, die in der Schule aufbewahrt, bei dem Klassenwechsel weitergegeben und bei dem nächsten schulärztlichen Besuche ergänzt wird.

Nur in ganz seltenen, einfachen oder sehr dringenden Fällen ist ein direkter ärztlicher Rath ertheilt, in den allermeisten Fällen sind die Kinder an den Hausarzt oder Ortsarzt gewiesen, oder an den Spezialarzt für Augen-, Ohren-, Hals-, Hautkrankheiten, den Orthopäden, oder für eine Soolbadkur vorgemerkt. Bei dem zweiten schulärztlichen Besuch fand zunächt die Kontrolle statt über die vorher schadhaft befundenen Schüler, ob und was geschehen, ob und welcher Erfolg nachzuweisen war. Der neue Erfund wurde wieder in die Tabelle eingetragen und diese so fortlaufend ergänzt. Dann wurden inzwischen neu eingetretene Schüler untersucht und in gleicher Weise behandelt. Auf diese Weise hat Verfasser im ersten Turnus unter 6783 Volksschülern 605 schadhafte herausgefunden, nämlich 270 von 2334 Schülern der Stadt, 335 von 4449 Schülern der Landorte, d. i. = 8,9 %, oder für Stadt und Land besonders berechnet, für Stadt 11,6 %, für das Land 7,5 %. Im zweiten Turnus fanden sich unter 6643 Schülern (2335 Stadt, 4308 Land) 624 schadhafte = 9,4 %, oder bei den Schülern der Stadt 12 3 %, bei denen der Landgemeinden 7,7 %. Bei 1148 bezw. 1052 Kindern der Kleinkinderschulen wurden dagegen nur je 9 schadhafte ermittelt.

In Bezug auf die einzelnen Erkrankungsformen ergab sich folgendes Resultat: Es wurden festgestellt (Kleinkinderschulen eingeschlossen) Störungen des Sehvermögens 1899—1900: bei 167, 1900—1901: bei 156 Kindern, Störungen des Hörvermögens, Hals- und Nasenleiden: bei 176 (159), Sprachstörungen: bei 37 (29), Schwachsinn u. s. w.: bei 32 (28), schwächliche Konstitution (Blutarmuth, Bleichsucht, Skropheln u. s. w.): bei 121 (183), mangelhafter Körperbau: bei 51 (46), Haut- und Haarkrankheiten: bei 20 (26), Erkrankungen der Lungen und des Herzens: bei 10 (5), ansteckende Krankheiten: bei 0 (1) Kindern.

Von den schadhaft befundenen Kindern wurden 154 (208) einer spezialärztlichen Behandlung überwiesen, für 50 (89) eine Badekur in einem Soolbade angemeldet. Ueber die Erfolge der im ersten Turnus in Bezug auf die kranken Schulkinder getroffenen Massregeln liegen nur über 246 Kinder Zahlenangaben vor, da viele derselben bei der zweiten Revision die Schule schon verlassen hatten. Von diesen 246 Kindern waren inzwischen 86 geheilt, 144 gebessert und nur 16 ungebessert geblieben. Der Verfasser betont mit Recht, dass nicht jede Heilung oder Besserung den schulärztlichen Bemühungen zuzuschreiben sei; denn mancher Schüler und manche Schülerin habe wahrscheinlich der vis medicatrix naturae die Wiedergenesung zu verdanken. Immerhin müsse doch eine ganz und gar nicht zu verachtende Reihe von solchen Kindern angenommen werden, bei denen die schulärztliche Untersuchung den Anlass zur Heilung oder Besserung gegeben habe. Dieses gehe sowohl aus den Berichten

der Spezialärzte, als aus den Angaben der Lehrer hervor. Nicht selten habe z. B. der Lehrer berichtet, dass aus dem oder jenem Schüler seit der Behandlung durch den Ohrenarzt ein ganz anderer, aufmerksamer, lebhafter Mensch geworden sei. Ganz besonders sei die günstige Wirkung der vierwöchentlichen Soolbadekur in Hall oder Jagstfeld gerühmt. Von 44 Augenkranken, die vom Augenarzt Dr. Piesbergen in Stuttgart behandelt sind, wurden 25 geheilt und 17 gebessert; von 95 von Hofrath Dr. Müller in Stuttgart behandelten Ohrenkranken wurden 12 geheilt und 28 gebessert. Aehnliche Erfolge sind von dem Spezialarzt für Hautkrankheiten Hofrath Dr. Veiel-Cannstadt bei 3 und von dem Spezialarzt für Orthopädie Dr. Müller-Stuttgart bei 8 ihm zur Behandlung überwiesenen Schulkindern erreicht. Bei mehreren von den ungebessert gebliebenen Schülern hiess es „zu spät", eine Mahnung, mit den schulärztlichen Untersuchungen, zumal in den frühesten Jahren, es recht genau zu nehmen. Verfasser erwähnt hierbei, dass die Indolenz und Gleichgültigkeit vieler Eltern gegen offenbare, leicht wahrnehmbare Schäden ihrer Kinder leider mitunter geradezu unbegreiflich sei. „Dass heutigen Tags noch mit Läusen behaftete Kinder die Schule besuchen, dass Kinder mit ausgedehnten kahlen Stellen auf dem Kopf oder mit sichtbaren Ohrpolypen, mit stinkendem Ohrfluss, mit schweren Sehstörungen, mit Missbildungen aller Art ohne ärztliche Hülfe bleiben in einer Stadt und Gegend, wo weder an Aerzten, noch an Spezialärzten ein Mangel ist, dass auch Leistungen des Kurpfuscherthums und alberne Auswüchse der Homöopathie zur Beobachtung gelangten, das lasse doch einen traurigen Schluss machen auf die vielgepriesene vorgeschrittene Kultur."

Der Ansicht des Verfassers, dass namentlich für die Schwachen am Geiste und für die mit Sprachstörungen Behafteten besser als bisher gesorgt werden müsse, kann man nur beipflichten. Auch nach dieser Richtung hin werden die schulärztlichen Untersuchungen eine Besserung herbeiführen. Dasselbe gilt betreffs der körperlichen Ausbildung, denn in vielen Fällen konnten Knaben, die auf Grund von Zeugnissen vom Turnen dispensirt waren, dem Turnunterricht zurückgegeben werden, weil entweder die Zeugnisse veraltet, oder auch die bezeugten Schäden nicht mehr oder gar nie vorhanden waren. Verfasser ist der Ansicht, dass auch wirklich schadhafte Kinder im Interesse der Disziplin von der Anwesenheit bei dem Turnunterricht nur in ganz besonderen Fällen dispensirt werden sollen. Er hat bei seinen schulärztlichen Besuchen weiterhin besonders Veranlassung genommen, die Schüler ganz kurz auf verschiedene, die Körperpflege betreffende Dinge hinzuweisen. Schmutzige Hände und Ohren, Kopfausschläge gaben ihm Anlass, mit den Kindern über das Waschen und Kämmen, sowie über den Segen der Reinlichkeit zu sprechen, schlechte Zähne über die Zahnpflege, ein verbundener Finger über die Ursache der sogen. bösen Finger und deren Verhütung durch sorgfältige Behandlung kleinster Wunden, schmutzige Fingernägel über die Gefahren des Kratzens, Ohrringe über die Gefahren des Ohrstechens, die kalte Jahreszeit über Lüftung und Heizung der Zimmer, über Frostbeulen, die warme über das Baden, über Fussschweiss, die Kirschenzeit über die Gefahr des Kirschensteinschluckens, blasse Gesichter über den Nutzen der Bewegung in frischer Luft, über die Vortheile des Wasser- und Milchtrinkens gegenüber der Schädlichkeit des Alkohols in jeglicher Form, über Berufswahl etc. Ob durch diese kurzen Besprechungen viel erreicht werden wird, lässt sich allerdings vorläufig nicht beurtheilen, aber es genügt schon, wenn nur dann und wann etwas hängen bleibt; der Tropfen höhlt den Stein.

Aus dem freundlichen Entgegenkommen und der Unterstützung, welche Verfasser bei Geistlichen und Lehrern gefunden hat, glaubt er den Schluss ziehen zu können, dass ihnen die Neuerung willkommen ist. Die Lehrer lernen die Schadhaften unter ihren Schülern sozusagen offiziell kennen, ihr Interesse für die körperlichen Schäden derselben wird geweckt, das Auge dafür geschärft; nicht selten wird ihnen auch das körperliche Verhalten den Schlüssel zur Erklärung des geistigen Verhaltens der einzelnen Schüler geben.

Auch den Eltern der Schüler scheint die Neueinrichtung grösstentheils willkommen zu sein; das beweisen die vielen Anfragen, welche von den Eltern an den Verfasser gestellt werden. Die Kostenlosigkeit spielt allerdings dabei eine grosse Rolle, jedoch darf in dieser Hinsicht zahlungsfähigen Eltern gegenüber nicht zu weit gegangen werden. Die Kosten haben bisher im Ganzen nur 1500 Mark betragen; damit sind nicht nur die allerdings verringerten Kur-

kosten in den Bädern und in den Anstalten, orthopädische Schuhe, Brillen etc., sondern auch die Honorirung der Aerzte bestritten. Hoch kann die letztere demnach nicht gewesen sein; die Aerzte und speziell der Verfasser scheinen hier in dem Bewusstsein, eine gute und nothwendige Sache zu fördern, auf ein ihrer grossen Mühe nur einigermassen entsprechendes Honorar verzichtet zu haben.

Die Frage, ob die Erfolge im Verhältniss stehen zu dem Aufwnnd an Arbeit und Kosten, wird von dem Verfasser unbedingt bejaht. Er hält jedoch die ursprünglich geplante zweimalige Untersuchung im Jahre für unnöthig und eine einmalige für ausreichend, da erforderlichen Falls in der Zwischenzeit ein ausserordentlicher schulärztlicher Besuch ausgeführt werden kann. Für die regelmässigen Besuche sei die Zeit vom 1. Oktober bis 1. April am geeignetsten, weil sie am wenigsten durch Ferien unterbrochen wird und die Lehrer bis dahin die im Frühjahre eingetretenen Schüler kennen gelernt haben, auch der Austritt der ältesten Klasse noch nicht erfolgt ist. Die von mancher Seite gehegte Befürchtung einer Kollission des Schularztes mit den übrigen Aerzten hat sich als völlig hinfällig herausgestellt, denn die letzteren werden immer mehr und mehr einsehen, dass der Schularzt nicht zu ihrem Schaden thätig ist, sondern eher zu ihrem Nutzen, da die Eltern durch Vermittlung der Kinder gerade durch ihn ermahnt werden, den Hausarzt zu Rathe zu ziehen in Fällen, in denen sie dies sonst nicht gethan hätten. Unitis viribus soll Arzt und Schularzt arbeiten! Wenn dieser da oder dort einmal energischer vorgehe, als es dem einen oder anderen Arzte nöthig erscheint, seine Absicht ist doch stets eine ehrliche und gute; denn „die salus publica ist und bleibt einziger Zweck und Leitstern seiner Bestrebungen“. Rpd.

Tagesnachrichten.

Aus dem preussischen Abgeordnetenhaus. a. Herrenhaus. In der Sitzung vom 7. d. Mts. giebt Graf von Hutten-Czapski seiner Freude darüber Ausdruck, dass, der Bedeutung der Medizinalabtheilung entsprechend, der Chef derselben zum Ministerialdirektor ernannt worden ist. Zur Erforschung der **Krebskrankheit** werden neue Versuche durch einen bewährten Gelehrten angestellt, dessen grosse Verdienste erst vor Kurzem durch die ganze wissenschaftliche Welt gewürdigt seien. Die Krebskrankheit habe in der letzten Zeit erhebliche Ausbreitung gewonnen, hoffentlich werde sich der Kultusminister, wenn sich wieder die Nothwendigkeit ergiebt, auch grössere Beträge bewilligen lassen. Eine weitere Gefahr bilde der **Typhus**. Die Verunreinigung des Trinkwassers sei häufig die Hauptursache von Typhusepidemien. Der letzte Fall der Art in Gelsenkirchen müsse zur Warnung dienen. Die Wasserleitung der Städte müsse auf's Gründlichste kontrolirt werden. Das Wasser grosser Flussläufe enthält im Sommer fast immer Typhusbazillen. Das Publikum müsse stets davon benachrichtigt werden, wann ungeklärtes Wasser in die Leitung gelangen werde, damit es sich danach einrichten kann. Der Geschädigte könnte nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch vollen Ersatz des Schadens verlangen; mit dem zivilrechtlichen Anspruch allein sei aber die Sache nicht abgemacht; es sollte auch eine gerichtliche Untersuchung angestellt und die Schuldigen sollten zur Rechenschaft gezogen werden.

Kultusminister Dr. Studt beklagt es auf's Aeusserste, dass die Typhusepidemie in Gelsenkirchen seiner Zeit solche Dimensionen angenommen hat, kann aber im Uebrigen zu seiner Genugthuung feststellen, dass die sofort getroffenen Massregeln von den besten Erfolgen begleitet seien. Desgleichen sei gegen diejenigen, welche das Entstehen und die Verbreitung der Epidemie verschuldet haben, von Seiten der Gerichtsbehörden alsbald Ermittelungen eingeleitet; das gerichtliche Untersuchungsverfahren schwebe aber zur Zeit noch.

Betreffs des **Umlagerechts der Aerztekammern** hat die Etats- und Finanzkommission folgende Resolution beantragt:

„die Staatsregierung zu ersuchen, durch eine Deklaration oder Abänderung des Gesetzes vom 25. November 1899 festzustellen, dass

1. zu den Kosten der Aerztekammern nur solche approbirte Aerzte herangezogen werden sollen, welche Praxis treiben;

2. dass nur das Einkommen aus ärztlicher Thätigkeit besteuert werden darf;

3. dass die Aufhebung in den engsten Grenzen des Gesetzes gehalten, eventuell die Nummer 4 des §. 50 (sonstige von der Kammer beschlossene Aufwendungen) gestrichen werde.

Dr. Frh. Lucius von Ballhausen führt aus, dass die Erwartung, es würde sich nur um ganz geringe Beträge handeln, nicht in Erfüllung gegangen ist, wenigstens nicht bei der Berliner Aerztekammer, welche über 3000 Aerzte umfasse. Es seien hier Umlagen bis zu 5% der Einkommensteuer ausgeschrieben worden. Die Umlage sei auf das gesammte Einkommen der Aerzte ausgedehnt worden, auch habe man Aerzte herangezogen, welche längst ihre Praxis aufgegeben haben. Diese Umstände hätten zu der Resolution der Kommission Veranlassung gegeben. Beim Erlass des Gesetzes habe man offenbar an eine solche Entwickelung nicht gedacht, sonst hätte man nicht verabsäumt, Kautelen dazu ausdrücklich in den Text hineinzuschreiben.

Der Kultusminister Dr. Studt betont zunächst, dass nach dem klaren Wortlaute der in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen die Wahlberechtigung von der Ausübung der ärztlichen Praxis nicht abhängig sei. Der Wahlberechtigung stehe gegenüber die Pflicht zur Uebernahme von Ehrenämtern und die Pflicht, zu den Umlagen der betreffenden Organisation beizutragen. Hat es in der Absicht des Gesetzes gelegen, den Kreis der Wahlberechtigten nicht auf die Personen zu beschränken, welche die ärztliche Praxis ausüben, so ist ferner zweifellos die Absicht des Gesetzes dahin gegangen, hinsichtlich der Beschlussfassung über die Umlagen, welche die Aerztekammern zur Erfüllung der ihnen gesetzlich obliegenden Aufgaben zu erheben haben, den Aerztekammern eine möglichst freie Entschliessung zu lassen und sie namentlich hinsichtlich des Beitrages und der Höhe desselben nicht zu beschränken, dieselbe vielmehr billigem Ermessen zu überlassen. Als Korrelat für diese Freiheit des Besteuerungsrechts sei aber in dem §. 49 des Gesetzes ausdrücklich vorgesehen, dass der Beschluss der Aerztekammer über die Höhe des Beitrags und über die Festsetzung des Beitragsfusses der Genehmigung des Oberpräsidenten bedarf, welche von dem Vorstand der Aerztekammer nachzusuchen ist. Hierin liege schon ein Kautel, dass das Besteuerungsrecht sowohl dem Umfange, wie seiner Grundlage nach innerhalb derjenigen billigen Grenzen sich bewege, die sonst durch allgemeine Staatsgesetze vorgesehen sind. Es sei sogar zu ermöglichen, dass in Fällen, wo die Heranziehung des Arztes eine Härte bedeuten würde, eine vollständige Freilassung des betreffenden Mitgliedes der Aerztekammer erfolgen darf; denn in seinem letzten Absatz bestimme §. 49: „Ueber die Niederschlagung einzelner Beiträge entscheidet der Aerztekammervorstand.“ Die Oberpräsidenten seien schon früher mit allgemeinen Weisungen versehen, um zu verhüten, dass das Gesetz angesichts der weiten Befugnisse, die den Aerztekammern hinsichtlich des Besteuerungsrechts beigelegt sind, in einer Weise zur Anwendung gelange, die zu Unzuträglichkeiten führen könnne; am 21. des vorigen Monats sei ausserdem der Oberpräsident von Brandenburg mit der Weisung versehen, bei der Festsetzung des neuen Umlagefusses für die Aerztekammer zu empfehlen, dass die nicht Praxis treibenden Aerzte höchstens mit der Hälfte derjenigen Beiträge herangezogen werden, welche von den in der Praxis stehenden Aerzten erhoben werden; denselben würde dann eine Ermässigung von mindestens 50% gewährt werden. Ausserdem sei noch eine Ermässigung von 10% bei denjenigen Aerzten empfohlen worden, welche als Beamte nicht den ärztlichen Ehrengerichten unterstehen, wie es in der Rheinprovinz schon jetzt geschehe. Bei den übrigen Aerztekammern seien die erhobenen Beiträge an sich ziemlich unbedeutend. Im Allgemeinen bewegen sich die Sätze in fast allen Provinzen zwischen fünf und zwölf Mark, und nur die Rheinprovinz mache insofern eine Ausnahme, als der Betrag dort auf 20 Mark jährlich festgesetzt worden sei. Das seien Summen, die angesichts der hohen Bedeutung der Organisation nicht als beträchtlich angesehen werden können. Die Berlin-Brandenburger Aerztekammer sei in der Ausübung des Besteuerungsrechts vielleicht aus Rücksicht auf die Unterstützung von bedürftigen Mitgliedern etwas zu weit gegangen; nach dieser Richtung hin noch Remedur eintreten zu lassen, würde die Aufgabe der zunächst zuständigen Aufsichtsbehörde, also des Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg sein.

Aus diesen vereinzelten Vorgängen aber nun schon jetzt die Nothwendigkeit herleiten zu wollen, ein Gesetz, das kaum zwei Jahre hindurch in Kraft

ist, zu ändern, dafür liege ein ausreichender Grund nicht vor. Es empfehle sich vielmehr, erst noch eine gewisse Zeit zu warten und Erfahrungen zu sammeln, ehe die Königliche Staaatsregierung dazu übergehe, im Wege der Abänderung des Gesetzes eine Verbesserung der gegenwärtigen Zustände herbeizuführen.

Von einer Deklaration des Gesetzes in dem in Nr. 1 der Resolution empfohlenen Sinne könne ausserdem deshalb nicht die Rede sein, weil die Praxis nicht mehr betreibende Aerzte nicht von der Umlagepflicht ausgeschlossen seien. Der unter 2 in Vorschlag gebrachten Resolution stehe entgegen, dass die Heranziehung lediglich des aus der ärztlichen Thätigkeit erzielten Einkommens schon deshalb auf Schwierigkeiten stosse, weil die Steuererklärungen bekanntlich geheim zu halten sind. Betreffs der beantragten Streichung der Nr. 4 des §. 50 des Gesetzes sollten doch erst die praktischen Erfahrungen abgewartet werden. Eine dringende Veranlassung, jetzt schon in eine legislative Aenderung des Gesetzes einzutreten, liege nicht vor; der Minister empfahl deshalb, die Resolution nicht anzunehmen.

Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Küster-Marburg dankt dem Minister Namens des ärztlichen Standes für seine ausserordentlich beruhigende Erklärung. Die Kommissionsvorschläge hätten grosse Beunruhigung in den ärztlichen Kreisen hervorgerufen. Auch die nicht Praxis treibenden Mediziner genössen alle Vortheile der Korporation. Der Vorgang der Berliner Kammer in Bezug auf die Besteuerung sei ganz vereinzelt geblieben. Der dritte Punkt der Resolution sei der allerbedenklichste. Der Aerztestand sei gerade durch die Korporation vor der Infizirung mit dem sozialdemokratischen Gifte bewahrt worden. Aus demselben Grunde solle die Regierung den Bestrebungen der Aerzte, für sich Unterstützungskassen zu schaffen und auch auf diese Weise für sich zu sorgen, freundlich gegenüberstehen. Die Besorgniss, dass der Aerztestand der Sozialdemokratie verfalle, sei nicht ganz grundlos; die polnischen Aerzte seien zum Theil sozialdemokratisch. Der Redner bittet, auf jeden Fall den dritten Punkt abzulehnen.

Die Resolution wird darauf in allen ihren Theilen, im dritten Punkt fast einstimmig abgelehnt.

b. Abgeordnetenhaus. In der Sitzung vom 1. d. M. fand die Berathung der vom Abg. Dr. Graf Douglas gestellten Antrags, betr. die **Bekämpfung des übertriebenen Alkoholgenusses** statt. Die Verhandlungen darüber werden in der nächsten Nummer der Zeitschrift an der Hand des stenographischen Berichts ausführlich gebracht werden.

In der Sitzung vom 6. Mai kamen verschiedene Petitionen, betr. **Regelung der Einkommenverhältnisse der Bezirkshebammen** zur Verhandlung. Der Abg. Dr. Winckler (kons.) bedauerte, dass das Hebammenwesen in Preussen namentlich im Vergleich zu anderen Bundesstaaten nicht auf der Stufe stehe, auf der es stehen müsse. Dies resultire zum guten Theil daraus, dass der Staat die Regelung des Hebammenwesens den Kommunalverwaltungen und damit der kommunalen Initiative überlassen habe. Hier müsse zunächst durch eine Besserstellung der Hebammen selbst eingesetzt werden. Abzuwarten sei allerdings, ob das Reich hier nicht eingreifen werde; nach einer Mittheilung soll die Versicherungspflicht auch auf die Hebammen ausgedehnt werden. Geh. Med.-Rath Dr. Dietrich dankt zunächst für die gegebene Anregung. Die Regierung sei sich ihrer Pflicht bewusst. Angestellte Erhebungen hätten ergeben, dass die Einkommenverhältnisse der Hebammen zumeist unzureichend seien, deshalb strebe die Regierung danach, diese zu verbessern. Sie erkenne auch gerne an, dass dass die Hebammen trotzdem ihr Amt mit grosser Pflichttreue erfüllen. Ob die Reichsregierung in Anspruch zu nehmen sei, darüber sei sich die Königliche Staatsregierung noch nicht schlüssig. Es sei auch zu erwägen, ob nicht die Kreisverbände heranzuziehen seien; mehrere derselben hätten schon hierfür mustergültige Einrichtungen getroffen.

Die Petitionen wurden hierauf der Staatsregierung als Material überwiesen.

In der Sitzung vom 7. Mai erfolgte die Berathung des Antrages Dr. Langerhans und Dr. Barth betr. Einführung der **fakultativen Feuerbestattung.** Der Antragsteller Abg. Dr. Langerhans (freis. Volksp.) begründete den Antrag. Die Zahl der Anhänger der fakultativen Feuerbestattung wachse von Jahr zu Jahr. Die Leichenverbrennung mache die Ansteckungsgefahr durch Leichen unmöglich. Der Einwand, dass die nachträgliche Auf-

deckung von Verbrechen dann unmöglich werde, sei nicht stichhaltig; es müsse dann nur die obligatorische Leichenschau eingeführt werden. Wenn weite Kreise von der Leichenverbrennung nichts wissen wollen, so sei dies kein Grund, warum andere Kreise darauf verzichten sollen. Abg. Dr. v. Heydebrandt (kons.) erklärte, dass die Stellung seiner Partei zu dem Antrage ebenso ablehnend wie früher sei. Die Beerdigung der Leichen in der Erde entspreche einer alten christlichen Sitte, von der abzuweichen, kein Grund vorliege; auch noch andere Gesichtspunkte, namentlich kriminelle, sprechen gegen die fakultative Form der Feuerbestattung. Abg. Dr. Martens (nat.-lib.) kann nicht einsehen, dass durch die Leichenverbrennung eine christliche Sitte geschädigt werde.

Nach einem Schlusswort des Antragstellers Dr. Langerhans wurde der Antrag gegen die Stimmen der Freisinnigen, Nationalliberalen und einiger Freikonservativen abgelehnt.

Ein dem Landtage im Königreich Sachsen vorgelegter Gesetzentwurf, betreffend die Abhebung der mit Apothekengerechtigkeiten verbundenen Verleihungsrechte, ist in der Sitzung vom 1. Mai angenommen mit der von der Kommission vorgeschlagenen Aenderung, wonach auch den Besitzern der Apotheken mit widerruflichem Verleihungsrechte eine von dem Erwerber der im Bereiche des Verleihungsrechtes neu entstehenden Apotheke zu leistende Entschädigung, und zwar in der Höhe der Hälfte der im Gesetze vorgeschriebenen Entschädigung für Neuerrichtungen von Apotheken im Bereiche eines unwiderruflichen Verleihungsrechts zu zahlen ist, wenn die Neuerrichtung vor Ablauf eines fünfjährigen Zeitraums nach dem Inkrafttreten des geplanten Gesetzes erfolgt.

Grossherzogthum Hessen. Die Einberufung des ärtlichen Zentralausschusses ist für die erste Hälfte des Juni in Aussicht genommen. Auf der Tagesordnung ist vorläufig gestellt:

1. Die Uebertragung der Leichenschau auf die approbirten Aerzte und
2. Die Fürsorge für arme und wenig bemittelte Kranke.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Die **diesjährige XVIII. Hauptversammlung** findet **nicht** am Sonnabend, den 18. September, sondern am

Freitag, den 12. September d. J.

in **Kassel**

statt. Die **Tagesordnung** wird in der nächsten Nummer der Zeitschrift bekannt gegeben werden.

Minden, den 10. Mai 1902.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

Deutscher Medizinalbeamten-Verein.

In der am 20. April abgehaltenen Vorstandssitzung ist beschlossen worden, dass die

Erste Hauptversammlung

am **Montag** und **Dienstag, den 15. u. 16. September d. J.** in **München,** also unmittelbar **vor** der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege stattfinden soll.

Die **Tagesordnung** wird in der nächsten Nummer der Zeitschrift bekannt gegeben werden.

Minden, den 10. Mai 1902.

Der Vorstand des Deutschen 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, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei in Minden.

15. Jahrg. 1902.

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,
H. B. Hofbuchhandlung.
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.

Selbstmord durch Eröffnung der Vena saphena magna.

Von Kreisassistenzarzt Dr. Schlag in Stralsund.

Kommen auch Verblutungen aus der Vena saphena magna oder aus einem ihrer Zweige selten zur Beobachtung, so sind Eröffnungen der Vena saphena in der Absicht, sich durch Verblutung das Leben zu nehmen, noch seltener. Grosse Blutverluste können wohl eintreten durch das Platzen eines Krampfaderknotens am Unterschenkel oder auch durch Verletzungen dieser Blutgefässe, jedoch erfolgt die Blutung nicht so schnell, dass nicht in den meisten Fällen durch rechtzeitige Hülfe die Gefahr der Verblutung abgewendet werden könnte. Liman beschreibt einen Fall, wo durch ein defektes Nachtgeschirr die Vena saphena magna angeschnitten wurde, und der Tod durch Verblutung eintrat.

Die Seltenheit derartiger Selbstmorde ist erklärlich. Der Selbstmörder muss immer fürchten, seinen Zweck durch Eröffnung eines Blutgefässes am Unterschenkel nicht zu erreichen; denn der Laie hat von dem Verlauf der Arterien in den unteren Extremitäten keine Kenntniss, und dann liegen die Arterien hier auch meistens nicht so oberflächlich. Der Selbstmörder, welcher den Tod durch Verblutung wählt, wird sich daher lieber die Pulsadern am Handgelenk oder in der Ellenbogenbeuge oder den Hals durchschneiden. Da auch bei ungebildeten Leuten der Unterschied zwischen Arterien und Venen nicht bekannt ist, so ist in diesem Falle die Art des Selbstmordes nur so zu erklären, dass die durch die Haut hindurchschimmernde, krampfartig erweiterte Vene ge-

wählt wurde, in der Annahme, dass das Durchschneiden einer Ader, wie der Volksmund sagt, zum Verbluten führt.

Der Fall betraf eine 52jährige, dem Trunke ergebene Wittwe W. Dieselbe wurde am 3. April Nachmittags in ihrer Stube todt aufgefunden. Sie lag angekleidet in gekrümmter Stellung auf ihrem Bett, die entblössten Unterschenkel über die Bettkante herunterhängend. Unter dem rechten Fuss stand ein Nachtgeschirr mit theils geronnenem, theils flüssigem Blute angefüllt, daneben eine flache, runde Blechschüssel, ebenfalls mit Blut zur Hälfte gefüllt. Beide Gefässe enthielten zusammen ungefähr $3\,^1/_2$ Liter Blut. Ausserdem befanden sich auf der Diele in der Nähe des Bettes einige eingetrocknete, grosse Blutflecken.

Die am 7. April ausgeführte Obduktion lieferte unter Anderem folgendes Ergebniss:

Am rechten Unterschenkel, 4 cm oberhalb des inneren Knöchels findet sich eine $2\,^1/_2$ cm lange, senkrecht zur Längsaxe der Tibia quer über die innere Fläche des Knochens verlaufende, $^1/_2$ cm klaffende, seichte, nur die Haut durchdringende Wunde mit glatten, etwas suggillirten Rändern. In dem klaffenden Spalt der Wunde sieht man auf dem Periost der Tibia aufliegend die durchschnittene Oeffnung eines Blutgefässes, in welches ohne Mühe nach oben hin, ziemlich auf der inneren Fläche des Schienbeinknochens verlaufend eine Sonde von der Stärke einer Stricknadel 6 cm hoch eingeführt werden kann. Bei Druck im Verlauf des Gefässes entleert sich aus der Oeffnung dunkelrothes, dickflüssiges Blut.

Der Fuss war mit einer dicken Lage angetrockneten Blutes bedeckt; ebenso waren die Hände, namentlich die Finger und die Hohlhand mit Blut besudelt.

Sonstige Verletzungen oder Spuren einer äusseren Gewalt fanden sich an der Leiche nicht.

Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute waren blass, von wachsbleicher Farbe, ebenso waren sämmtliche Organe auffallend blutarm, nur die Pia-Venen enthielten etwas Blut.

Am linken Unterschenkel befanden sich drei Unterschenkelgeschwüre von Thalergrösse, und zwar eins in der Gegend des äusseren Knöchels, eins auf der Mitte des Fussrückens und das dritte etwas oberhalb des Knöchels.

An sonstigen pathologischen Veränderungen ergab die Obduktion eine milchige Trübung der Pia, eine starke Fettauflagerung und schlaffe Muskulatur des Herzens, eine Schnürleber und grossen Fettreichthum an den Bauchdecken und den Unterleibsorganen. Während sämmtliche Organe noch derb, fest und geringe Zeichen von beginnender Verwesung zeigten, war die Milz mussartig erweicht, sodass sie nur stückweise herausgenommen werden konnte. An ihrem inneren Rande, in der Gegend des Hilus befand sich, in Fett eingebettet, eine Hühnerei grosse Zyste mit derbbreiigem, gelblich-braunem Inhalt. Theilweise war derselbe im Verkalken begriffen, so dass beim Durchschnitt das Messer knirschte. Diese Veränderungen stehen mit dem Tode direkt in keinem ursächlichen Zusammenhang.

Der Fall war um so auffallender, als Verblutungen aus Venen von gleichem Lumen, wie die Vena saphena dicht oberhalb des Fussgelenks nur durch das Zusammenwirken verschiedener Momente zu Stande kommen; denn gewöhnlich hört die Blutung aus kleinen Venen durch Retraktion des Gefässes in den Muskel oder unter die Haut und durch Bildung eines verstopfenden Pfropfens in Folge Fibringerinnung von selbst auf und führen nicht zum Tode. In diesem Falle war die Verblutung nur so erklärlich, dass die Vene erweitert und mit dem Periost der Tibia durch Bindegewebe eng verwachsen war.

Ein Todesfall in der Chloroform-Narkose.

Mitgetheilt von Dr. H. Hoffmann, Gerichtsarzt in Elberfeld.

Zu einem Arzte in R. kommt am 21. März d. J. ein 38jähriger kräftiger Mann, der dem Arzte von früher her bekannt ist, in die Sprechstunde. Er hat sich die Strecksehne des rechten Zeigefingers durchschnitten. Der Arzt will die durchtrennten Enden mittelst Naht vereinen und erweitert zu diesem Zwecke die Wunde. Hierbei benimmt sich der Patient so aufgeregt und ungebärdig, dass, nachdem ein Heilgehülfe herbeigerufen ist, zur Chloroform-Narkose geschritten werden muss.

Patient sitzt auf einem Stuhle, selbstverständlich sind alle beengenden Kleidungsstücke vorher abgelegt, und der Arzt beginnt mit der Narkose. Das Exzitations-Stadium ist so heftig, dass man selbst mit Hülfe einer dritten Person Mühe hat, den Kranken zu halten und zu der Ueberzeugung kommt, dass die Operation in dieser Lage nicht gut ausführbar ist.

Nach Wegnahme der Maske erhebt sich der Kranke ohne Hülfe, spricht einige Worte mit dem Arzte und legt sich — wieder ohne Hülfe — auf ein Operationssopha. Der Arzt beginnt von Neuem mit der Narkose, der Kranke soll ruhig athmen und langsam zählen; er zählt auch in Abständen von einigen Sekunden bis 6, da schlägt er wild um sich, schleudert die Chloroform-Maske zur Erde, das Gesicht verfärbt sich zyanotisch, noch einige schwere Athemzüge, und — Herz und Lungen arbeiten nicht mehr: der Mann war todt; die Operation hatte noch nicht begonnen.

Die sofort angestellten Wiederbelebungsversuche waren ohne Erfolg.

Im Ganzen waren nicht über 20 g Chloroform verbraucht.

Die auf Anordnung der Königlichen Staatsanwaltschaft drei Mal 24 Stunden post mortem vorgenommene Obduktion hatte ein Resultat, von dem die hauptsächlichsten Befunde folgende waren:

Starke Leichenstarre. Pupillen mittelweit.

Gehirn und seine Häute blutreich.

Thymus noch vorhanden: 3 cm lang, 1,5 cm dick und breit.

Die grossen Gefässe ausserhalb des Herzbeutels sind strotzend gefüllt, ebenso auch die Kranzgefässe.

Der Herzbeutel ist mit Fett durchsetzt. Das gelb-braune Herz ist schlaff, grösser als die Faust der Leiche (15 cm lang und 12 cm breit), zeigt eine leichte Querfalte und ist reichlich mit Fett bewachsen. Die linke Herzhälfte ist leer. Die rechte Kammer enthält 125 g, der rechte Vorhof 100 g flüssiges Blut. Das Blut ist hier und überall dünnflüssig, dunkel, enthält keine Luftblasen, auch kein Gerinnsel.

Die Dicke der Herzmuskulatur ist links 2,3 cm, rechts 0,5 cm. Rechts ist eine ebenfalls 0,5 cm starke Fettauflagerung. An den Klappen und auch an dem Anfangstheile der abgehenden grossen Körperschlagader sind harte, theils knötchenförmige, gelbliche Einlagerungen.

Nach Herausnahme des Herzens fliessen aus den durchschnittenen Gefässen 225 g Blut aus.

Es sei hier gleich der mikroskopische Befund des Herzmuskels erwähnt: die Muskulatur zeigt starke, feinkörnige Trübung bei theilweiser Aufhebung der Querstreifung. Auch bei Zusatz von Osmium kein Fett nachweisbar.

Die Lungen, sowie die Organe der Bauchhöhle: Milz, Nieren und Leber sind stark bluthaltig. Beim Durchschneiden der Leber beschlägt das Messer stark fettig. Die Gefässe vor der Wirbelsäule sind reichlich gefüllt.

Ein endgültiges Gutachten wird vorbehalten.

Dem Chemiker werden behufs Untersuchung auf Chloroform vier Gefässe übergeben, enthaltend a) Gehirn, b) Blut, c) Herz, Milz, Niere und Leber, d) Urin.

Das Resultat der chemischen Untersuchung sagt, dass im Gehirn und in den Organen Herz, Milz, Nieren und Leber mittelst der Isonitril-Reaktion Spuren von Chloroform nachweisbar waren, aber in solch geringer Menge, dass eine quantitative Bestimmung des Chloroforms ausgeschlossen war.

Bemerkt wird noch in dem Gutachten des Chemikers, dass die Isonitril-Reaktion auch bei ganz minimalen Spuren von Chloroform eintritt, und dass dieselbe allgemein als einwandsfrei gilt. Die Farben-Reaktion mit Resorzin, die weniger zuverlässig sei, hatte ein negatives Resultat.

Der Rest des gebrauchten Chloroforms war vom Chemiker nicht beanstandet worden.

Anklage gegen den Arzt wurde nicht erhoben.

Der vorliegende Fall zeigt wieder einmal, dass trotz aller angewandten Vorsicht Todesfälle in der Chloroform-Narkose vorkommen können.

Die von Strassmann geforderten Vorsichtsmassregeln waren hier sämmtlich erfüllt: Narkose im Liegen, der Arzt leitet die Narkose und kontrolirte Athmung und Puls, da er ja mit der Operation noch gar nicht begonnen hatte, beengende Kleidungsstücke waren entfernt, ein Gehülfe war herbeigerufen, der bis zum Exitus aber nur den erregten Patienten festhielt und dann später sich an den Wiederbelebungs-Versuchen betheiligte.

Dieser Gehülfe giebt an, dass von dem Moment, wo die Maske dem liegenden Patienten vorgehalten wurde, bis zum Aufhören der Herzthätigkeit allerhöchstens drei Minuten verstrichen seien, sicher nicht mehr.

Das Chloroform war das der Pharmakopöe, kein Chloral-Chloroform. Verbraucht waren in toto, wie schon gesagt, höchstens 20 g. In der Eulenburg'schen Realenzyklopädie wird von der Dosis letalis gesagt, dass Todesfälle nach 1,5 bis 8 g vorgekommen sind, während anderseits Fälle bekannt sind, wo 50 bis 100 g ohne jeden Nachtheil vertragen wurden.

Nach Angabe des Arztes war der Tod ein Herztod, das Herz habe zuerst seine Thätigkeit eingestellt; solche Fälle bezeichnet Strassmann als für die Wiederbelebungsversuche sehr ungünstig.

Es wird dieser Herztod auch nicht Wunder nehmen, wenn man sich den vorhin erwähnten anatomischen Befund, wie ihn die Sektion ergab, vergegenwärtigt, vor Allem auch den mikroskopisch festgestellten, theilweisen, albuminösen Zerfall der Herzmuskulatur. Dem Arzte war der Patient persönlich bekannt; er galt als gesund, war vielleicht Potator mässigen Grades. Eine Auskultation des Herzens vor der Narkose hat stattgefunden und dem Arzte zu keinerlei Bedenken Veranlassung gegeben.

Wenn auch im vorliegenden Falle von der Staatsanwaltschaft ein Einschreiten — wie schon gesagt — abgelehnt wurde, so ist

doch auch ohne Eingreifen der Anklagebehörde die Situation des Arztes in einem derartigen Falle äusserst peinlich. Der Fall mahnt wieder, Chloroform-Naroksen ausserhalb der Krankenhäuser nur in den allernothwendigsten und nur in unaufschiebbaren Fällen vorzunehmen und dann — wenn irgend möglich — nur unter Zuziehung eines zweiten Arztes. Wenn dieser auch in unserem Falle den unglücklichen Ausgang nicht hätte aufhalten können, so wäre doch die Position des behandelnden Arztes erheblich gebessert gewesen.

Massenhafte Fälle von Icterus unter Kindern und jugendlichen Personen im Sommer und Herbst 1901 in Greifenhagen.

Von Kreisarzt Dr. Bahr in Greifenhagen.

Massenhafte Krankheitsfälle einer ganz eigenartigen Krankheitsform wurde gemeinsam von allen 4 Aerzten in Greifenhagen im Sommer und Herbst 1901 beobachtet.

Zahlreiche Kinder, besonders die im Alter zwischen 2 und 12 Jahren, erkrankten an ausgesprochenem Icterus. Einige Tage vorher waren die Kinder matt, appetitlos, klagten viel über Kopfschmerz, und mussten häufig erbrechen. Die Krankheit verlief unter mässigen Fiebererscheinungen, und ging bei entsprechender Diät, hydropathischen Einpackungen und Karlsbader Mühlbrunnen in durchschnittlich 7 Tagen vorüber. Auf der Höhe der Krankheit waren die Kinder vielfach somnolent. Wo ein Kind in einer Familie erkrankt war, erkrankten unfehlbar die Geschwister kurze Zeit nachher. Im Herbste kamen auch einzelne Erkrankungsfälle unter jugendlichen erwachsenen Personen vor. Sämmtliche Patienten kamen trotz der kurzen Dauer der Krankheit sehr herunter, erholten sich aber nachher ebenso schnell. Manche Kinder entfalteten nach der Krankheit einen geradezu erstaunlichen Appetit. Todesfälle sind bei der Krankheit in Greifenhagen nicht beobachtet worden.

Den Icterus habe ich als katarrhalischen aufgefasst, und als seine Ursache eine Enteritis angesehen. Dass diese infektiöser Natur war, schien mir aus dem ganzen Krankheitsbild und der Uebertragbarkeit hervorzugehen. Wie aber war der Entzündungsprozess im Darm entstanden, und wo war der Infektionsträger zu suchen? Zunächst dachte ich an das Trinkwasser, doch konnte dieses in Greifenhagen der Infektionsträger nicht sein, weil die Wasserversorgung für die einzelnen Stadttheile, ja auch für die einzelnen Familien, jedesmal eine andere war.

Am wahrscheinlichsten erschien es mir schliesslich, dass das Obst die Ursache der Erkrankung war; denn dieses fand gleichmässig in alle Familien Eingang, und hatte bei der anhaltenden Dürre sehr gelitten, so dass es einfach nothreif und unansehnlich geworden war. Man könnte also wohl daran denken, dass Obst von schlechter Beschaffenheit eine toxische Wirkung entfaltete, einen Reizzustand des Darmes hervorrief, und so den Icterus bewirkte. Auf diese Art hätte man es mit einer reinen Intoxikation,

nicht aber mit einer Infektionskrankheit zu thun. Es erkrankten aber auch Kinder, die kein Obst bekamen und ganz vorsichtig ernährt wurden, nachdem erst ein Kind die Krankheit in die Familie gebracht hatte. Aus dieser Thatsache habe ich geschlossen, dass es sich um eine reine Intoxikation nicht handeln könne, sondern vielmehr angenommen, dass mit dem schlechten Obst Keime in den Darm gelangten, welche eine spezifische Infektionskrankheit erzeugten. Dies ist allerdings vorläufig nur eine Hypothese; denn es hat mir nicht gelingen wollen, einen spezifischen Krankheitserreger zu isoliren.

Weil ich aber inzwischen von Kollegen aus Frankfurt a./O. und Swinemünde erfahren habe, dass in diesen Städten gleichfalls zahlreiche Fälle der geschilderten Art zur Beobachtung gelangt sind, so wollte ich durch Mittheilung meiner Beobachtungen andere Kollegen veranlassen, über etwa angestellte gleichartige Wahrnehmungen zu berichten. Vielleicht gelingt es dann den gemeinsamen Bemühungen, die Aetiologie dieser eigenartigen Krankheit aufzuklären.

Zur Bekämpfung des Unterleibstyphus.

Von Kreisarzt und Med.-Rath Dr. Fielitz in Halle a./S.

In Nr. 4 dieser Zeitschrift betont Herr Kollege Bräutigam die Nothwendigkeit eines neuen preussischen Seuchengesetzes. Er geht dabei von einer Entscheidung des Reichsgerichts aus, nach welcher Unterlassung der Anzeige eines Typhusfalles seitens des behandelnden Arztes nach §. 327 des Str.-G.-B. zu ahnden sei.

Es liegt mir fern, ein solches Urtheil kritisiren zu wollen. Indessen sind Aerzte und Behörden seither der Meinung gewesen, dass entscheidend für die Bestrafung in diesem Falle nicht der §. 35 bezw. 9 des Regulativs vom Jahre 1835 und der §. 326 des Str.-G. B., sondern lediglich der §. 36 des Regulativs ist, welcher ausdrücklich besagt:

„Jeder vorkommende Erkrankungsfall ist der Polizeibehörde anzuzeigen. Die Unterlassung dieser Anzeige soll mit einer Geldstrafe von 2—5 Thlr. polizeilich geahndet werden, wenn der dazu Verpflichtete von dem Vorhandensein der Krankheit unterrichtet war."

Nachdem nun gemäss §. 36 Abs. 1 die Anzeige erfolgt ist, werden nach den §§. 37—40 des Regulativs besondere Massregeln zur Verhütung der Weiterverbreitung angeordnet, natürlich angemessen unseren heutigen Anschauungen über die Natur der Krankheit.

Wir sehen auch hier besondere Strafen angedroht. Im §. 38 heisst es:

„Eine Vernachlässigung dieser Vorschrift wird nach §. 26 geahndet d. h. mit 2—10 Thlr. Strafe oder Gefängniss von 3—14 Tagen."

Im §. 39 wird Bezug auf §. 27 genommen, welcher die gleichen Strafbestimmungen festsetzt. Dagegen bedroht nun der §. 327 des Str.-G.-B. mit entehrender Strafe, was das ehrwürdige Regulativ mit einigen Thalern Busse belegt. Ob das beim Erlass dieses Paragraphen beabsichtigt war, entzieht sich meiner Kennt-

niss. Unter allen Umständen aber muss man dem Herrn Kollegen Bräutigam zustimmen, wenn er sagt: „dieser Fall beleuchtet grell die Verhältnisse, welche bei uns durch den Mangel eines Landes-Seuchengesetzes entstanden ist."

Soll ein Arzt Gefängnissstrafe erleiden, welcher eine Typhuserkrankung nicht anzeigt, während ein Anderer unbestraft bleibt, der eine ganze Anzahl von Diphtheriefällen unangemeldet lässt?

Indessen giebt mir der Artikel in Nr. 4 Veranlassung, mich eingehender gerade mit der Bekämpfung des Unterleibstyphus zu beschäftigen, der in letzter Zeit auch in meinem Kreise sich hartnäckig festzusetzen scheint.

Ohne Zweifel lässt sich gerade bei Unterleibstyphus durch energische Massregeln viel erreichen und seine Bekämpfung bietet deshalb ein dankbares Feld für den Medizinalbeamten, sobald dieser bei Polizeibehörden und Aerzten genügend Verständniss und Unterstützung findet. Die ländlichen Verhältnisse begünstigen heutzutage mehr als die städtischen eine Verschleppung des Unterleibstyphus. In den Städten bestehen Zentralwasserleitungen, während auf dem Lande die Brunnen in der Mehrzahl so mangelhaft eingerichtet sind, dass Infektionsstoffe bequem hineingelangen können. Thatsächlich handelt es sich bei den meisten Typus-Epidemien auf dem Lande um Verbreitung durch das Trink- oder Gebrauchswasser. Die ersten Fälle werden, wenn sie leicht sind, häufig nicht erkannt und erst bei Massenerkrankungen fühlen sich Aerzte und Ortspolizeibehörden zu einer Meldung veranlasst; forscht man dann nach, so findet sich gewöhnlich der erste Fall Monate lang zurückliegend.

Damit soll nun nicht ohne Weiteres dem Arzt die Verantwortung für jede Epidemie aufgebürdert werden. Manche Umstände vereiteln hier die besten Massnahmen. Der Verkehr im Hause und besonders ausserhalb desselben ist auf dem Lande inniger, das Verständniss der Leute für Ansteckungen überhaupt ist geringer, die Reinlichkeit fehlt und Armuth sowohl, als ungenügende Wohnräume finden sich mindestens ebenso, wie in der Stadt. Dazu fehlen alle sanitätspolizeilichen Schutzeinrichtungen, wie sie die Städte aufweisen, besonders eine geordnete Desinfektion, und nur in den seltensten Fällen übt die Ortspolizeibehörde auf dem Lande in sanitärer Beziehung annähernde Aufsicht wie die städtische. Die mangelhafte Beseitigung der Abgänge Typhuskranker verschuldet auf dem Lande in den allermeisten Fällen eine Weiterverschleppung. Vor allen Dingen aber fehlt die genügende Ueberwachung und Kontrolle der Kranken durch Aerzte.

Herr Kollege Heidenhain ist der Meinung (Nr. 4 dieser Zeitschrift), dass der behandelnde Arzt die Pflicht habe, die genaue Befolgung der sanitätspolizeilichen Vorschriften zu überwachen. In dieser Form giebt indessen das Regulativ keine Vorschrift, vielmehr heisst es dort ausdrücklich im §. 17:

„Bleibt der Kranke in seiner Wohnung, so ist der denselben behandelnde Arzt verbunden, mit darüber zu wachen, dass die sanitätspolizeilichen Vorschriften genau befolgt werden."

Das soll natürlich heissen, soweit es dem Arzt möglich ist;

denn der §. 17 bestimmt weiter: „Die Kontrolle darüber fällt der Polizeibehörde anheim.“ Ich kenne die Verhältnisse des Landarztes sehr genau und muss sagen, eine Verantwortung, wie sie Kollege Heidenhain wünscht, kann kein Arzt übernehmen. Von einer solchen Bestimmung im neuen Landes-Seuchengesetz wird man hoffentlich absehen. Man stelle sich vor: der Arzt besucht seinen Typhuskranken auf dem Lande täglich — leider ist das häufig nicht einmal möglich —, trifft seine Anordnungen, ermahnt die Angehörigen zur Vorsicht, zeigt denselben sogar, wie sie Kalkmilch, wie sie Lysol oder dergl. verwenden sollen, und, sobald er abgefahren ist, setzt sich die ganze Familie um den Tisch im Krankenzimmer zum Mittagessen!

Wie kann der Arzt irgend eine Verantwortung übernehmen? Wer ausserdem die kassenärztlichen Verhältnisse kennt, weiss, wieviel Krankenbesuche dazu gehören, um dem Arzt ein hinreichendes Einkommen zu sichern. Woher sollte solcher Arzt überhaupt die Zeit nehmen, seine Anordnungen zu überwachen? Zur Zeit des Regulativs im Jahre 1835 war das eher möglich als heute; damals gab es noch nicht diese Massenpraxis.

Viele leichte Typhuserkrankungen kommen auf dem Lande überhaupt nicht zur ärztlichen Kenntniss, besonders wenn Frauen oder Kinder betroffen sind, welche keiner Krankenkasse angehören. Wird es nun Mittel und Wege geben, um der Sanitätspolizei diese höchst gefährlichen Fälle zur Anzeige zu bringen? Nach dem Regulativ ist das nicht möglich gewesen, trotzdem seine Vorschriften recht genau sind.

§. 9 verpflichtet alle Familienhäupter, Haus- und Gastwirthe und Medizinalpersonen, die in ihrer Familie, ihrem Hause und ihrer Praxis vorkommenden Fälle wichtiger und dem Gemeinwesen gefahrdrohender ansteckender Krankheiten sowie plötzlich eingetretene verdächtige Erkrankungs- oder Todesfälle der Polizeibehörde anzuzeigen, und im §. 36 wird bei den Vorschriften bezüglich des Typhus auf den §. 9 Bezug genommen.

Diese Bestimmungen sind also vollständig klar und dass sie seither nicht genügten, hat lediglich seinen Grund in der schlechten Befolgung des Gesetzes. Ueberblickt man am Jahresschluss die Vertheilung ansteckender Krankheiten im Kreise, so fallen einige Arztbezirke auf, in denen Infektionskrankheiten fehlen — einfach, weil die Meldungen unterbleiben. Die Hauptschuld hieran trägt die grosse Verworrenheit unseres Meldewesens; wir bedürfen deshalb einer einheitlichen gesetzlichen Regelung derselben. Man kann nicht erwarten, dass Polizeiverordnungen wirken sollen, welche vom Gericht für ungültig erklärt werden.

Uebrigens bedarf es hier keines weiteren Beweises für die Nothwendigkeit eines Landes-Seuchengesetzes. Dieses Gesetz darf indessen den Aerzten keine Verpflichtungen auferlegen, denen nachzukommen sie ausser Stande sind.

Unter allen Umständen ist zu verlangen, dass der Arzt jeden einzelnen Fall einer ansteckenden Krankheit sofort, d. h. binnen 24 Stunden, anmeldet und zweifelhafte Fälle zunächst behandelt

wie sichere, sie also ebenfalls anmeldet. Dieselbe Verpflichtung muss auch jedem Nichtarzt auferlegt werden, der sich mit Krankenbehandlung befasst; denn Kurpfuscher haben wiederholt Typhus-Epidemien verschuldet dadurch, dass sie die ersten Fälle nicht meldeten. Eine peinlich genaue Anzeigepflicht ist das erste Erforderniss zur erfolgreichen Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten.

Dann aber bedarf es energischer Massnahmen und besonders auch einer scharfen Kontrolle über die Befolgung der sanitätspolizeilichen Anordnungen. Diese Kontrolle kann und muss in letzter Linie dem Kreis-Medizinalbeamten obliegen. Es genügt beim Unterleibstyphus durchaus nicht immer, wenn sich der Kreisarzt erst bei epidemischer Verbreitung und dann nur einmal an Ort und Stelle begiebt. Gerade die ersten Fälle soll er selbst unschädlich zu machen suchen, weil es dann leichter möglich ist, eine Epidemie zu verhüten und die Quelle der Infektion zu erforschen.

Der §. 82 der Dienstanweisung bestimmt, dass der Kreisarzt Ermittelungen an Ort und Stelle vorzunehmen hat und zwar unter b) in allen Fällen, in denen eine übertragbare Krankheit gruppenweise oder sich häufend, oder sonst in einer für das öffentliche Wohl bedenklichen Weise auftritt. Muss also der Kreisarzt befürchten, dass die Verhältnisse des ersten Falles eine Verbreitung nicht mit Sicherheit ausschliessen, so ist es seine Pflicht, sofort persönlich an Ort und Stelle zu erscheinen; er trägt die Verantwortung, er muss wisssen, wann und wo das öffentliche Interesse gefährdet ist.

Lediglich aus diesem Grund sind in einzelnen Regierungsbezirken die Kreisärzte ein für alle Mal angewiesen, bei ersten Typhusfällen zu reisen.

Es wird hier und da bezweifelt, ob solche Spezialverfügungen zulässig sind; das lasse ich dahin gestellt. Nöthig erscheinen sie mir bei der vorzüglichen Fassung des §. 82 der Dienstanweisung nicht. Man sollte dem Kreisarzt mit der Verantwortung schliesslich auch soviel freie Verfügung überlassen, dass er selbst entscheidet, wo sein Erscheinen nothwendig ist und wo nicht. Ein Typhusfall im Arbeiterhause auf dem Lande erfordert andere Massnahmen, als ein Fall in einer herrschaftlichen Wohnung der grossen Stadt. Hier werden die Abgänge des Kranken ganz selbstverständlich unschädlich gemacht, dort gelangen sie mit lebenskräftigen Bazillen auf den Düngerhaufen im Hofe oder in den primitiven Abort und werden von da aus zur Quelle neuer Ansteckungen.

Ein in Aussicht stehendes Seuchengesetz muss diesen Punkt ganz besonders berücksichtigen und deshalb vor allen Dingen die Bestimmung des §. 10 des Regulativs beseitigen, nach welcher die Ortspolizeibehörde nach erhaltener Anzeige die ersten Fälle solcher Krankheiten ärztlich untersuchen lassen muss. Auf diese Bestimmung ist durch Minist.-Verf. vom 17. Januar 1902 von Neuem hingewiesen und ihre Beachtung

den betheiligten Behörden zur Pflicht gemacht. Der §. 10 hat schon wiederholt zu Min.-Verfügungen Anlass gegeben. Eine solche vom 26. September 1842 weist in Absatz 4 ausdrücklich darauf hin, dass der ansteckende Typhus zu denjenigen Krankheiten gehört, deren erste Fälle die Polizeibehörden nach §. 10 des Regulativs ärztlich untersuchen lassen müssen. Dann heisst es aber weiter:

„Bei diesen Krankheiten wird es in der Regel der Konstatirung der ersten Fälle durch Medizinalbeamte bedürfen, während bei den übrigen, für das Gemeinwohl mindergefährlichen ansteckenden Krankheiten die Zuziehung der Medizinalbeamten in den meisten Fällen nicht erforderlich sein wird."

In einer späteren Min.-Verf. vom 26. August 1861 wird dieser letzte Satz wieder eingeschränkt und besonders betont, dass die Ortspolizeibehörde unter allen Umständen die ersten Fälle ärztlich untersuchen lassen müsse. Es wird indessen anerkannt,

„dass Fälle vorkommen können, in denen die Konstatirung der Krankheit nach §. 10 den Ortspolizeibehörden ohne Gefahr für das Gemeinwohl nicht überlassen werden kann; es sind dies aber stets Ausnahmefälle und als solche bei Bescheinigung der Diätenliquidationen kurz zu motiviren."

„Aerztlich untersucht" sind die ersten Fälle stets, wenn ein Arzt die Anzeige sendet. Soll nun die Ortspolizeibehörde einen anderen Arzt hinschicken? Denn nur in den seltensten Fällen wird hierzu der fern wohnende Kreisarzt gewählt werden. Die Folge würde mit fast unfehlbarer Sicherheit eine Verschleppung der Krankheit sein. Nur der beamtete Arzt kann in ungünstigen sanitären Zuständen Wandel schaffen. Dem behandelnden Arzt fehlt leider heutzutage bei seiner Beschäftigung fast durchweg die nöthige Autorität; gern überlässt er die kleinen Belästigungen des Publikums und der Polizei dem beamteten Kollegen.

Ich fürchte deshalb wohl nicht mit Unrecht, dass jene Bestimmung noch manche Epidemie zur Folge hat, wenn sie von Landräthen und Kreisärzten allzu wörtlich genommen wird.

Der Unterleibstyphus lehrt so recht, was unzeitige Sparsamkeit in dieser Beziehung verschulden kann. Erst im letzten Jahre herrschte in einer kleinen Stadt meines Kreises eine Typhus-Epidemie, bei welcher durch einen eingeschleppten Fall 80 Menschen erkrankten, nachdem die Abgänge des Kranken sorglos in den Hof geschüttet und durch starke Regengüsse in einen tiefer gelegenen Brunnen befördert waren. Ich bin überzeugt, diese Epidemie hätte man verhindern und damit ein ziemliches Kapital sparen können. Später entstanden grosse Kosten und nur mit den strengsten Massregeln gelang es, der Seuche Herr zu werden.

Das in Aussicht stehende Gesetz möge vor Allem nicht die in der Dienstanweisung niedergelegten Bestimmungen einschränken. Dann haben wir begründete Aussicht, auch die ländlichen Verhältnisse allmählich zu bessern und insbesondere den Unterleibstyphus an weiterer Ausbreitung zu verhindern.

Zur staatlichen Prüfung des ärztlichen Hülfspersonals.

(Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. Reimann in Nr. 9 dieser Zeitschrift.)

Von Dr. Paul Jacobsohn in Berlin.

Der unter dem 8. März 1902 ergangene Runderlass des Herrn Kultusministers, betreffend das Prüfungswesen des ärztlichen Hülfspersonals [1]), wird in Nr. 9 dieser Zeitschrift von Dr. Reimann-Neumünster einer Besprechung unterzogen, in welcher einige Bedenken gegen die Zweckmässigkeit der in dem Erlass getroffenen Bestimmungen geäussert werden. Die Wichtigkeit des Gegenstandes, sowie der Umstand, dass ich mich seit einer längeren Reihe von Jahren eingehend mit der Gestaltung des ärztlichen Hülfspersonals beschäftigt habe, veranlassen mich, zu der Erörterung über diese Sache hier das Wort zu nehmen. Ich persönlich halte den erwähnten Ministerialerlass für einen ganz ausserordentlichen Fortschritt auf diesem Gebiete, und zwar schon deshalb, weil hier zum ersten Male eine einheitliche Gestaltung der Ausbildungs- und Prüfungsverhältnisse des ärztlichen Hülfspersonals für ganz Preussen in die Wege geleitet ist, deren Mangel sich schon lange als sehr störend erwiesen hat. Die vor Veröffentlichung des ministeriellen Erlasses seitens des Ministeriums unternommene Enquête zur Feststellung der in den verschiedenen Theilen der Monarchie bisher geltenden Prüfungsvorschriften für die ärztlichen Hülfspersonen (Heilgehülfen, Krankenpfleger, Massöre) hat, wie in dem Erlass selbst gesagt wird, so erhebliche Verschiedenheiten in den einzelnen Bezirken ergeben, dass eine Neuregelung nach einheitlichen Gesichtspunkten unbedingt erforderlich erschien. Das Institut staatlich geprüfter ärztlicher Hülfspersonen ist ja an sich keineswegs eine Neuschaffung, sondern es bestanden an vielen Orten bereits seit Längerem einschlägige Bestimmungen, welche die Vorbedingungen der Prüfung und diese selbst regelten. Aber gerade die erheblichen Abweichungen in diesem Punkte, welche sich in erster Linie insofern dokumentirten, als mancherorts nur eine rein theoretische Ausbildung gefordert, anderorts hinwiederum auch eine ergänzende praktische Lehrzeit als nöthig angesehen wurde, haben zweifellos wesentlich dazu beigetragen, die Verhältnisse des niederen Heilpersonals nicht zu dem Gedeihen kommen zu lassen, welches wir Aerzte aus therapeutischen Gründen für wünschenswerth halten müssen. Von vielen Seiten sind in den letzten Jahren Klagen laut geworden über die unzureichende Leistungsfähigkeit der ärztlichen Hülfspersonen; diese Klagen bezogen sich hauptsächlich darauf, dass sich trotz der verantwortungsvollen Stellung des niederen Heilpersonals für das Wohl der Kranken und den Gesammterfolg der vom behandelnden Arzt geleiteten Heilintentionen noch vielfach in dem Stande der Heildiener, Krankenwärter und Massöre Personen befänden, welche bezüglich ihrer Fachkenntnisse und bezüglich ihres ganzen Verhaltens dem Kranken gegenüber als nicht auf der Höhe der Zeit stehend angesehen werden müssen,

[1]) Siehe Beilage zur Zeitschrift Nr. 9, S. 102.

und darauf, dass viele dieser Personen über ihr richtiges Verhältniss zum Arzt und ihre wirklichen Aufgaben so wenig orientirt seien, dass sie, die Grenzen ihrer Berufsthätigkeit überschreitend, sich eines gemeingefährlichen Kurpfuscherthums schuldig machten.

Es erübrigt sich, an dieser Stelle eine genauere Uebersicht über die vielfachen und grossen Mängel zu geben, die man in letzter Zeit gerade im Stande der genannten Hülfskräfte wahrgenommen hat; nach der ethischen und technischen Seite hin sind sie bekannt genug. Diesen Mängeln nun wirksam entgegenzutreten, ist die Absicht des neuen Ministerialerlasses, der daher von ärztlicher Seite nur freudig begrüsst werden kann. Gerade durch eine einheitliche gründlichere Ausbildung und durch Abhebung der tüchtigen, leistungsfähigen Elemente der betr. Berufsstände durch das staatliche Befähigungszeugniss soll und kann der Stand des ärztlichen Hülfspersonals gehoben und gekräftigt werden. Durch die Auswüchse in diesem Stande, die sich in letzter Zeit besonders unangenehm bemerkbar machten, hat sich vielfach unter den Aerzten die irrige Vorstellung gebildet, als ob sie in den ärztlichen Hülfspersonen allgemein und schlechthin nur Kurpfuscher und ungeeignete Kräfte erblicken müssten. Dies ist jedoch keineswegs der Fall, und ich habe mich aus eigener Erfahrung reichlich überzeugen können, dass es auch unter den ärztlichen Hülfspersonen (Heilgehülfen, Massöre, Krankenpfleger) eine grössere Anzahl solcher Personen giebt, die sich dem Arzt als wohlverwendbare, nützliche Gehülfen attachiren und die Grenzen ihrer Befugnisse nicht überschreiten. Ich halte es für durchaus unzweckmässig, wenn, wie ich dies bisweilen beobachtet habe, Aerzte in dem Hülfspersonal schlechthin nur eine Art minderwerthige Konkurrenten oder Kurpfuscher sehen und sich in der Oeffentlichkeit demgemäss aussprechen. Das ist nicht der Weg, um die bezügl. Verhältnisse zu bessern. Durch Klagen allein kann nichts gewonnen werden, sondern viel aussichtsvoller ist es, den ärztlichen Hülfspersonen thatkräftig die Hand zu bieten und sie auf die rechte Bahn zu führen. Dieser Weg ist seit einigen Jahren in der That von ärztlicher Seite mit Erfolg beschritten worden; er allein dürfte der geeignete sein, und nach dieser Richtung ist auch der neue Ministerialerlass zu betrachten. Waren die beruflichen und technischen Leistungen des bisherigen ärztlichen Hülfspersonals in mancher Beziehung unzureichend, so muss eben durch eine weitergehendere und gründlichere Ausbildung, die ausschliesslich in geeigneten Händen liegen darf, dafür gesorgt werden, dass wir besser und zweckentsprechender unterrichtete Hülfspersonen bekommen; es muss also eine Reform der Ausbildung Platz greifen. Und ferner, konnten wir bisher nicht zwischen tüchtigen und brauchbaren Hülfspersonen und Kurpfuschern unterscheiden, so muss eben eine deutliche Scheidungsgrenze geschaffen werden, welche die brauchbaren Kräfte von den unbrauchbaren deutlich abhebt; dies aber ist einzig und allein durch eine staatliche Prüfung und durch Verleihung eines amtlichen Befähi-

gungszeugnisses, wie es in dem Ministerialerlass vorgesehen ist, möglich.

Durch geeignete, unermüdlich fortgesetzte Belehrung und Aufklärung des ärztlichen Hülfspersonals über seine Berufspflichten, seine Stellung zum Arzt, sein Benehmen dem Kranken gegenüber, seine fachwissenschaftlichen und technischen Aufgaben und die Grenzen seiner Thätigkeit ist es in den letzten Jahren[1]) gelungen, in einer grossen Zahl von Angehörigen der ärztlichen Hülfsberufe selbst das richtige Verständniss für die seitens der Aerzte an sie zu stellenden Anforderungen und für ihre Aufgaben am Krankenbette zu wecken und in ihnen den Ehrgeiz zu entflammen, als tüchtige Gehülfen des Arztes, nicht aber als Kurpfuscher bei Aerzten und Laien zu gelten. Es ist gelungen, in diesen Personen ein Gefühl beruflicher Zusammengehörigkeit und beruflicher Kollegialität wachzurufen, welches sie den Aerzten verbündet und sie vom Lager der Kurpfuscher trennt. Erst dieses Gefühl der Standesehre und dieses Streben nach beruflichem Ansehen und besserer gesellschaftlicher Werthschätzung hat wirklich einen Stand des ärztlichen Hülfspersonals herausgebildet, der selbst das Bedürfniss hat, sich besser zu unterrichten, sich wirklich nützlich zu bethätigen und ungeeignete Elemente von sich fernzuhalten. Bereits haben sich in den letzten Jahren in einer Anzahl grösserer Orte die tüchtigsten Krankenpfleger, Massöre und Heilgehülfen (darunter auch weibliche Berufsangehörige) zu Standes-Vereinen zusammengeschlossen, so in Berlin, Charlottenburg, Breslau, Hannover, Wiesbaden, Dresden), und durch die Vereinigung dieser Standes-Vereine zu einem „Bunde der Standes-Vereine der Deutschen Krankenpfleger, Massöre und Heilgehülfen (-innen)", der sich über einen immer grösseren Theil des Landes ausdehnen soll, ist die Grundlage zu einer brauchbaren und zweckentsprechenden Standesorganisation des ärztlichen Hülfspersonals geschaffen worden, deren eifrige Förderung und Unterstützung seitens der Aerzte und insbesondere der beamteten Aerzte in ihrem eigenen und der Bevölkerung Interesse auf's Dringendste empfohlen werden kann.[2]) Diese Standes-Organisation hat bereits in massgebenden ärztlichen Kreisen lebhafte Anerkennung gefunden; sie steht unter ärztlicher Oberleitung, hat eine Anzahl hervorragender Aerzte zu Ehrenmitgliedern und ist ärztlichen Einflüssen zugänglich. Sie zählt, obgleich erst im Jahre 1899 begründet, bereits über 400 Mitglieder, welche sich auf die 7 Standesvereine des Bundes vertheilen. Die einzelnen Vereine besitzen genaue Aufnahmebestimmungen und überwachen ihre Mitglieder in der Berufsausübung in wünschenswerther Weise. In den Jahren 1899

---

[1]) Cf. Deutsche Krankenpflege-Zeitung. Berlin. Verlag von E. Staude. Jahrgang 1898—1902.

[2]) Cf. P. Jacobsohn: Fürsorge auf dem Gebiete der Krankenwartung; in Abtheilung 1 von Bd. II des „Handbuchs der Krankenversorgung und Krankenpflege". Berlin. A. Hirschwald. S. 205 und 211; ferner Dr. P. Bieck-Hannover: Aerztl. Korrespondenzblatt für Niedersachsen, 1902, Nr. 2.

bis 1901 haben bereits drei Bundes-Kongresse stattgefunden, und zwar in Berlin, Dresden und Breslau; der diesjährige Kongress wird in Hannover abgehalten werden. Diese Kongresse beschäftigen sich mit der Berathung und Förderung aller wichtigen Berufsfragen, welche sich auf das ärztliche Hülfspersonal beziehen. Auf dem Dresdener Kongresse (1900) wurde eine von Geheimrath Dr. Dietrich ausgearbeitete „Standes-Ordnung" von den Vereinen des Bundes angenommen, welche genaue Angaben über das Verhalten in Ausübung des Berufes enthält, und nach der sich zu richten sämmtliche Bundesmitglieder verpflichtet sind. Bemerken möchte ich ferner, dass der „Bund" sich nicht nur die Förderung der ethischen, sondern auch die der fachlichen und materiellen Interessen seiner Mitglieder angelegen sein lässt.

Was die fachliche Förderung anlangt, so wird für geeignete Fortbildung der Berufsangehörigen dadurch Sorge getragen, dass die der Belehrung des ärztlichen Hülfspersonals dienende „Deutsche Krankenpflege-Zeitung", welche unter Mitwirkung hervorragender Aerzte von mir herausgegeben wird, zum offiziellen Fachorgan des Bundes gewählt wurde und unter den Mitgliedern mit Verständniss und regem Eifer gelesen wird; ferner durch Veranstaltung ärztlicher Vorträge und Fortbildungskurse in den einzelnen Vereinen über wissenschaftliche Gegenstände aus der Krankenpflege, Massage, chirurgischen Hülfsthätigkeit, Badepflege etc., die, von bewährten Aerzten abgehalten, den Zuhörern nach Ton und Inhalt gerade das und nur eben das in geeigneter Weise vorführen, was sie für ihren Beruf brauchen und zeitweise wieder auffrischen müssen. Eine regere Betheiligung gerade der beamteten Aerzte an diesen Fortbildungsbestrebungen würde als sehr willkommen begrüsst werden.

Was sodann die materielle Förderung der ärztlichen Hülfspersonen betrifft, so stimme ich mit Herrn Dr. Reimann darin überein, dass die Festsetzung einer amtlichen Gebühren-Ordnung als zweckmässig bezeichnet wird. Auch am Schlusse des neuen Ministerial-Erlasses findet sich ein dementsprechender Hinweis, der eine einheitliche Gestaltung der Honorarverhältnisse des ärztlichen Hülfspersonals für Preussen in Aussicht stellt; wie bei der Ausbildung, so dürften sich auch bezgl. dieses Punktes noch erhebliche lokale Verschiedenheiten herausstellen betreffs der Honorirung beruflicher Einzelleistungen der Hülfspersonen, und es wird daher auch hierin die Durchführung einheitlicher Normaltaxen einen sehr zweckmässigen Fortschritt bedeuten. Nächst dieser behördlicher Regelung naheliegenden Aufgabe hat sich aber auch seitens der Bundes-Organisation bereits eine lebhafte und erfolgreiche Inangriffnahme der materiellen Förderung gezeigt, unter Beschreitung eines Weges, auf dem eine grössere materielle Sicherung der ärztlichen Hülfspersonen, wie sie Herr Dr. Reimann noch vermisst, sich allmählich wohl erreichen lassen dürfte; es ist dies der Weg der Selbstversorgung, welche als Ergänzung der staatlichen Fürsorge eintritt. So hat der Bund in den letzten Jahren bereits mit der Begründung be-

stimmter „Wohlfahrts-Einrichtungen“ für die Bundesmitglieder begonnen; es ist z. B. eine Sterbe-Unterstützungskasse, die sich regen Interesses erfreut und bei jedem Sterbefall 200 M. zahlt, eingerichtet worden; in Vorbereitung ist ferner eine Kranken-Unterstützungskasse etc.

Aus diesen wenigen Angaben dürfte mit hinreichender Deutlichkeit zu ersehen sein, dass die hier erwähnte Standes-Organisation nach mannigfacher Richtung hin sich für Aerzte, Publikum und die Hülfspersonen selbst als nützlich zu erweisen vermag, und ich würde mich sehr freuen, wenn diese Zeilen dazu beitragen würden, ihr in den Kreisen der beamteten Aerzte recht viele Freunde und Förderer zuzuführen; bietet sich doch im Rahmen des „Bundes“ und der ihm angehörenden Standes-Vereine eine treffliche Gelegenheit, den Interessen und Berufsverhältnissen des ärztlichen Hülfspersonals, wie es in der Dienstanweisung für die Kreisärzte angerathen wird, näherzutreten.

Zum Schluss noch ein Wort betreffs des Umfanges und der Dauer der fachlichen Vorbildung. Ein grosser Fortschritt gegen früher liegt m. E. in der Bestimmnng, dass die Bescheinigung des leitenden Arztes einer Krankenanstalt mit mindestens 50 Betten beigebracht werden soll, aus der hervorgeht, dass der Prüfungsaspirant (die Prüfungsaspirantin) wenigstens 6 Wochen lang in der Krankenpflege, Badepflege und der Hülfeleistung bei Operationen praktisch mit Erfolg ausgebildet worden ist. Denn ich bin fest überzeugt, dass die bisher mancherorts übliche, rein theoretische Ausbildung der ärztlichen Hülfspersonen in einem mehrwöchentlichen Kursus nicht als eine genügende angesehen werden kann. Ein tüchtiger Krankenpfleger, Heilgehülfe, Massör kann nur durch eine praktische Bethätigung am Krankenbette erzielt werden, wo er Gelegenheit hat mit Kranken direkt in Beziehung zu treten, sich im Umgang mit Kranken und in der Handreichung an Kranken zu üben.[1]) Wollte man bezgl. der Bestimmungen über die Vorbedingungen zur Prüfung ein Bedenken erheben, so könnte es höchstens dahin gehen, dass im Weiteren in den Bestimmungen gesagt wird, es könne auch an Stelle der erwähnten Bescheinigung über Hospitalthätigkeit eine solche über die erfolgreiche Theilnahme an einem unter ärztlicher Leitung veranstalteten „Kurse zur Ausbildung von Heilgehülfen etc. von mindestens sechswöchiger Dauer“ als ausreichend erachtet werden. Bezüglich dieses Punktes möchte ich mich allerdings der Ansicht zuneigen, dass es vortheilhaft wäre, an der Krankenhausthätigkeit als einer absolut obligatorischen Vorbedingung festzuhalten.

---

[1]) Cf. P. Jacobsohn: Ueber Spezialkrankenpflege. Berliner klinische Wochenschrift; 1898, Nr. 28.

Eine Bemerkung zu der Publikation des Herrn Dr. Salm, betreffend „Lymphständer mit Sterilisationsvorrichtung für die öffentlichen Impfungen".

Von Dr. Hagemann-Stuttgart.

1. Der in Nr. 10 dieser Zeitschrift beschriebene Apparat hat noch einige Nachtheile. Die Funktion des verschieblichen Messerträgers bei der Glühsterilisation sollte eine automatisch sichere, der Gefahr kleiner unabsichtlicher Verschiebungen nicht ausgesetzt und der fortwährenden Kontrole durch das Auge nicht bedürftig sein. Dies wird erzielt, wenn man statt der Pendel-Platte eine Drehscheibe mit Arretirungsvorrichtung wählt. Man braucht auch mehr, mindestens 6 Messer, wenn dieselben nach jeweiligem Glühen sich genügend wieder abkühlen sollen.

2. Der Lymphständer ist trotz, oder vielmehr gerade wegen seines komplizirten Mechanismus nicht praktisch. Durch einen einfachen ∞-förmigen, federnden Metallring, der der Verschlussklappe der Spirituslampe aufgesetzt werden kann, erreicht man dasselbe und sogar noch mehr, insofern als hierdurch jegliches Lymphröhrchen ohne Unterschied des Kalibers sicher fixirt wird. Will man die Möglichkeit einer — übrigens wohl nicht wahrscheinlichen — Luftinfektion ausschliessen, so genügt hierzu ein umgestülptes, sauberes Trinkglas. Verfehlt ist jedenfalls ein Klappdeckel mit Federschluss; denn dieser macht der Pointe des Apparates, mit einer Hand dirigirt zu werden, während die andere zur Fixirung des Kinderarmes verfügbar bleibt, kurzerhand den Garaus.

Dass diese Nachtheile sich sehr wohl vermeiden lassen, beweist der im vorigen Jahre von mir angegebene „Stationäre Sterilisirapparat für Platin-Iridium-Impfmesser"; D. R. G. M. 158196 (28. 6. 01), der durch jede Instrumentenhandlung zu beziehen ist.

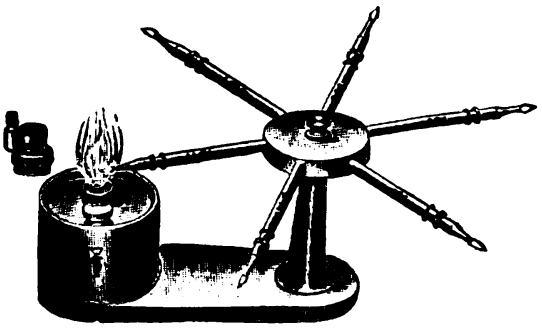
Der Apparat besteht im Wesentlichen aus einem soliden Metall-Sockel, welcher einerseits den Spiritus-Behälter mit -Lampe bildet, anderseits in einen Zapfen übergeht, auf welchem eine Metallscheibe drehbar montirt ist; 6 Bohrungen dieser Metallscheibe sind zur Aufnahme je eines Impfmessers bestimmt und durch eine Arretirvorrichtung ist dafür gesorgt, dass immer ein Messer genau über die Flamme gehalten wird.

Die Gebrauchsanweisung ist kurz folgende:

Nach Aufstellung des Apparates zur Seite des Impfenden wird die Scheibe mit sämmtlichen Messern armirt und die Spirituslampe angezündet. Dann wird das Rad 6 Mal um 60 Grad gedreht, bis alle 6 Messer geglüht sind. Jetzt nimmt der Operateur das zuerst geglühte Messer, welches nun wieder als nächstes vor der Flamme steht, aus seinem Lager heraus, vollzieht die Impfung, streicht es an einem Bausch alkoholbefeuchteter Watte (am besten in einer kleinen Schale befindlich) rasch ab und bringt es in sein Lager zurück. Mit derselben Handleistung, das Messerheft noch als Hebel benutzend, dreht er leicht das Rad um ein Sechstel

vorwärts, was durch das Einschnappen der Arretir-Feder angezeigt wird. So gelangt das zuletzt benutzte Messer in die Flamme und das nächstfolgende ist nunmehr wieder zum Gebrauch fertig. In dieser Weise vollzieht sich die Desinfektion fortlaufend glatt und ohne jeglichen Zeitverlust.

Der Deckel der Spirituslampe trägt einen federnden Ring



eignete Anstalten, sowie die Fürsorge für sie zu fordern,
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."

Eine Bemerkung zu der Publikation des Herrn Dr. Salm, betreffend „Lymphständer mit Sterilisationsvorrichtung für die öffentlichen Impfungen".

Von Dr. **Hagemann** - Stuttgart.

1. Der in Nr. 10 dieser Zeitschrift beschriebene Apparat hat noch einige Nachtheile. Die Funktion des verschieblichen Messer-

wird die Scheibe mit sämmtlichen Messern armirt und die Spirituslampe angezündet. Dann wird das Rad 6 Mal um 60 Grad gedreht, bis alle 6 Messer geglüht sind. Jetzt nimmt der Operateur das zuerst geglühte Messer, welches nun wieder als nächstes vor der Flamme steht, aus seinem Lager heraus, vollzieht die Impfung, streicht es an einem Bausch alkoholbefeuchteter Watte (am besten in einer kleinen Schale befindlich) rasch ab und bringt es in sein Lager zurück. Mit derselben Handleistung, das Messerheft noch als Hebel benutzend, dreht er leicht das Rad um ein Sechstel

vorwärts, was durch das Einschnappen der Arretir-Feder angezeigt wird. So gelangt das zuletzt benutzte Messer in die Flamme und das nächstfolgende ist nunmehr wieder zum Gebrauch fertig. In dieser Weise vollzieht sich die Desinfektion fortlaufend glatt und ohne jeglichen Zeitverlust.

Der Deckel der Spirituslampe trägt einen federnden Ring zur Aufnahme des Lymphröhrchens und bietet so demselben einen sicheren Stand.

Verhandlungen des preussischen Abgeordnetenhauses in der Sitzung vom 1. Mai d. J. über die Bekämpfung des übertriebenen Alkokolgenusses.

Wie bereits in der vorigen Nummer der Zeitschrift erwähnt ist, hat das preussische Abgeordnetenhaus einen vollen Sitzungstag dem von dem Abg. Dr. Graf Douglas gestellten Antrag, betreffend Bekämpfung des übertriebenen Alkoholgenusses gewidmet. Der Antrag lautet wie folgt:

„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 anderen 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 Schankwirthschaften u. s. w. 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 Verbrecher 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."

Wir lassen nachstehend die Verhandlungen auf Grund des stenographischen Berichtes folgen. Darnach haben sich mit der Grundtendenz des Antrages sowohl die Vertreter der Königlichen Staatsregierung, als die Redner aller politischen Parteien einverstanden erklärt; insbesondere ist die Nothwendigkeit einer Bekämpfung des übertriebenen Alkoholgenusses allseitig anerkannt. Ueber die Mittel und Wege dieser Bekämpfung und über die Einzelheiten des Antrages gingen allerdings die Ansichten noch ziemlich weit auseinander; hoffentlich führt aber die beschlossene Kommissionsberathung trotz der mannigfachen Bedenken zu praktischen Massnahmen, so dass die in dankenswerther Weise von dem Antragsteller gegebene Anregung nicht ebenso im Sande verläuft, wie manche andere auf sozialhygienischem Gebiete.

Abg. Dr. Graf Douglas (freikons.): Die Verhütung und Beseitigung wirthschaftlicher, gesundheitlicher und sittlicher Verelendigung ist gleichbedeutend mit der Hebung der Volksgesundheit und damit der Volkskraft; demzufolge wird dasjenige Volk in Gegenwart und Zukunft an der Spitze der Entwicklung marschiren, das im Kampfe gegen das Elend die meisten Erfolge aufzuweisen und den Schutz der Schwachen am wirksamsten und umfassendsten durchzuführen vermag. Aber Gesetze wie Verordnungen werden nur dann fruchtbringend sein, wenn sie dem Geiste der Zeit entsprechen. Bereits seit vielen Jahren sind wahre Freunde des Volkes rastlos bemüht, um es von der schwersten aller Geisseln, der Trunksucht, zu befreien. In fast allen Kulturländern ist schon eine ansehnliche Armee aus den besten Elementen des Volkes thätig, die aber bei uns der so oft erbetenen Hilfe der massgebenden Faktoren leider vergeblich harrt, da diese die wichtigste aller Fragen fast als eine quantité négligeable behandelt und immer wieder Wasser in den Wein der Begeisterung gegossen haben. Es dürfte daher nicht nur an der Zeit, sondern hohe Zeit sein, nunmehr auch von Seiten des Abgeordnetenhauses energisch in den Kampf mit einzugreifen; denn im Reichstage ist man bislang über eine „Empfehlung einer Berücksichtigung“ noch nicht hinausgekommen ist, und die letzte vom Regierungskommissar abgegebene Erklärung hat wenig ermuthigend gelautet. An vorzüglich ausgearbeiteten und begründeten Regierungsvorlagen wie an beachtenswerthen — öfters einstimmig gefassten — Resolutionen hat es allerdings ebenso wenig gefehlt, wie an trefflichen, inhaltschweren Reden; betrachtet man aber, was von dem allen in das Bewusstsein des Volkes gedrungen ist, so möchte man dem erzielten Erfolge nach fast glauben, das alles wäre unter dem Ausschluss der Oeffentlichkeit verhandelt. Wie bei jeder Krankheit, so hat man ganz besonders bei der Trunksucht zunächst deren Vorkommen und Erscheinungsform gleichsam diagnostisch festzustellen. Sie ist ein sehr altes Uebel; denn schon Moses verurtheilt sie auf's Schärfste, und Tacitus bezeichnet sie als eine Eigenthümlichkeit der Germanen. „Wenn man eine Arbeiterschutzgesetzgebung auch auf einen Schutz vor dem Trinkteufel, diesem Diabolus germanicus ausdehnen könnte, dann wäre mit einem Schlage ein grosser Theil der sozialen Frage gelöst, wir wären auch politisch ein gutes Stück vorwärts gekommen,“ sagte Bismarck, und ebenso wünschte s. Z. v. Miquel ein Reichsgesetz zur Bekämpfung des übermässigen Genusses alkoholischer Getränke und dessen Folgen, durch das die Einrichtung von Schenken, die Konzessionirung derselben, die Entziehung der Konzession, die Art und Weise des Betriebs der Schenken, die Giltigkeit von Rechtsforderungen wegen geistiger Getränke, die Verbindung des Ausschankes von Branntwein mit anderen Gewerben, die Bestrafung ärgernisserregender Trunkenheit, die Zwangsheilung und Entmündigung von Gewohnheitstrinkern gesetzlich geregelt würde, um der in Deutschland so sehr verbreiteten Trunksucht entgegenzutreten. Bei keinem anderen Volk ist der Trinkkultus von einem solchen Nimbus umgeben, wie bei uns, und es ist bezeichnend, dass die deutsche Sprache für keinen Begriff so viel Synonyma hat, als für die Trunkenheit in ihren verschiedenen Stadien. Charakteristisch für diese grosse Volksseuche ist es, dass sie ganz vom eigenen

Willen des Einzelnen abhängt und dass bei ihr ein circulus vitiosus zu beobachten ist, wie nirgend sonst. Dieser beginnt mit anscheinend harmlosen Kneipen, meist schon in jungen Jahren; es folgt das Bestreben namentlich jugendlicher Arbeiter, sich vom Elternhause zu emanzipiren, später die Vernachlässigung der selbstbegründeten Familie und des Geschäfts, ein Sichunbefriedigtfühlen in beiden; es kommen Sorgen, körperliche und seelische Leiden. Schliesslich soll gerade dieser satanische sogenannte Sorgenbrecher, der am verführerischsten wirkt, wo er am gefährlichsten ist, wieder helfen. So wird er wie keine andere Geissel zur Quelle namenlosen Elends auf den verschiedensten Gebieten, ebenso zum Förderer fast aller Laster. Er zerrüttet die Gesundheit, zerstört die Organe, entnervt und macht träge, indem er die wird Zerstreuung gesucht, wo eine gesunde Sammlung am nothwendigsten wäre, Willenskraft und die Widerstandsfähigkeit des Körpers lähmt. Er bringt um Ehre, Ansehen und Selbstachtung, er nimmt der Familie Glück und Frieden, führt zu Wollust und Spiel, zu Armuth, Noth und Verzweiflung, wie zu Verbrechen aller Art, und nur zu häufig zum Selbstmord!

Die Medizin und namentlich die Hygiene haben sich besonders in den letzten Jahrzehnten eingehend mit den vermeidbaren Krankheiten beschäftigt, und von allen Krankheiten, die hier in Frage kommen, ist keine in ihren Erscheinungen und Folgen so sicher vermeidbar wie die Trunksucht. Sie übt ihre Wirkungen durch direkte Schädigung der vorher gesunden Körperorgane und indirekt durch Verschlimmerung des durch andere Krankheiten bedingten Zustands; sie wirkt verheerend durch Förderung der Schwindsucht. Während von 1000 Menschen, die sterben, durchschnittlich 125 dieser Krankheit erliegen, steigt das Verhältniss bei Wirthen auf 450, bei Kellnern sogar auf 528. Weiter liegt in der Trunksucht nach dem Urtheil erfahrener Aerzte in den weitaus meisten Fällen die Ursache zu sexuellen Krankheiten, die sich lawinenartig ausbreiten. Hieraus ergiebt sich, dass direkt und indirekt die armen unschuldigen Nachkommen in eine verhängnissvolle Mitleidenschaft gezogen werden, nur zu oft auf Generationen hinaus, wie durch keine andere Ursache. Bei einem Vergleich der Folgeerscheinungen der drei verheerendsten Seuchen, der Tuberkulose, der Syphilis und Trunksucht, zeigt sich die letztere schon deshalb als die vernichtendste, weil sie die ersteren im höchsten Masse fördert, so dass diese grösstentheils als ihre Folgeerscheinungen zu betrachten sind.

Aber nicht nur die eigentliche Trunksucht bringt viel Elend, sondern nur zu häufig schon ein einzelner Rausch; denn nur zu oft wird ein durch die Pflichttreue von Generationen begründetes Familienglück und Ansehen durch einen solchen in einem flüchtigen Augenblick zerstört.

Wie so häufig in der Förderung humanitärer Fragen setzt auch bei der Bekämpfung der Trunksucht jener Indifferentismus die grössten Schwierigkeiten entgegen, der auf einer dauernden Unkenntniss der einschlägigen Verhältnisse beruht, und der eine Vogelstrauss-Philosophie bekundet, von der man häufig nicht weiss, ob sie mehr auf einem Defekt des Herzens oder des Gehirns beruht. Diese Lauheit, der man begegnet, wo immer man für Prophylaxe eintritt, ist darauf zurückzuführen, dass man nie auf einen Erfolg im konkreten Falle hinweisen und dadurch die Schaffensfreudigkeit anregen kann. So begegnet man immer wieder der Erscheinung, dass Männer die äusserst gewissenhaft eine Thatsünde vermeiden, die ein konkreter Fall wäre, doch unentwegt und mit unglaublichem Mangel an Nachdenken sich der unglaublichsten Unterlassungssünden schuldig machen aus Unfähigkeit, sich eine abstrakte Idee in allen ihren Konsequenzen plastisch vor die Seele zu führen, wodurch es allein möglich wird, sich für eine solche ganz zu erwärmen. Möchten diese Indifferenten es sich doch endlich vor die Augen führen, dass es im Enddefekt auf dasselbe herauskommt, ob man nicht Leben rettet, wo man kann und auch soll, oder ob man tödtet, und dass also der Indifferentismus häufig zu einem der schwersten Verbrechen wird.

Wie fast bei allen Lastern und Uebeln das Uebel an der Wurzel anzufassen ist, so gilt dies auch für die Bekämpfung der Trunksucht. Man räume ihr nicht länger ein ersessenes Bürgerrecht ein, unter dessen Schutz sie so häufig unangefochten wächst und gedeiht! In diesem Kampfe soll man

allerdings nicht zu sanguinisch sein, aber mit reinem Pessimismus wird erst recht niemals etwas geschaffen! Giebt man dem zu werktägiger Nächstenliebe stets bereiten Theile unseres Volkes durch thatkräftiges Eingreifen den Glauben an das Gelingen der hohen und schwierigen Aufgabe, so wird sie auch gelingen! Ein treuer Verbündeter ist in dem deutschen Familiensinn gegeben; mancher Strauchelnde wird durch einen Appell an das Vater- oder Mutterherz gerettet.

So oft man im Leben, im öffentlichen wie im privaten, vor die Frage gestellt wird, ob die Lösung einer bestimmten Aufgabe geboten ist, hat man das Verhältniss zu prüfen, in welchem das zu bringende Opfer zu dem erhofften Erfolge steht. Ein so günstiges Verhältniss aber wie hier findet man sicher nicht zum zweiten Male, und das ist um so erfreulicher, als die gestellte Aufgabe zu den gewaltigsten gehört. Auch treten hier nicht dem Vortheil der einen Benachtheiligungen der anderen entgegen, wie sonst so häufig.

Das Fundament zur Klarstellung bildet ebenso wie bei jeder Frage der Prophylaxe die Statistik: Der Werth der jährlich in Deutschland verbrauchten alkoholischen Getränke beträgt gegen 3 Milliarden; der Alkohol führt ferner durchschnittlich jährlich wenigstens 180000 Deutsche als Schuldige vor den Strafrichter und lässt die Zahl der Verbrecher jährlich um 10000 wachsen. Die Zahl der Verurtheilten ist von 299249 im Jahre 1882 auf 478139 im Jahre 1899, die der jugendlichen Verurtheilten allein von 30719 im Jahre 1882 auf 47512 im Jahre 1889 gestiegen. Hieraus erhellt, dass, wenn der französische Richter immer zunächst die Frage aufwirft, „où est la femme?“ der Deutsche „où est l'alcohol?“ zu fragen hat. Die Vermehrung der Krankenhäuser und die dadurch entstehenden Kosten, die der Alkoholismus zur Folge hat, sind ganz enorm. Von den Kranken in den Irrenanstalten sind durchschnittlich 30 % Trinker, während die Idioten zu 80 % Kinder von Säufern sind. Aus dieser Statistik geht hervor, wie vielgliedrig und wie schwerwiegend die Folgen für das private wie für das öffentliche Leben sein müssen. Wer diesen Fragen ernstlich nachgegangen ist und sich eine eigene Anschauung der Verhältnisse verschafft hat durch Besuch von Familien sowohl, wie von den in der Statistik genannten Anstalten, der weiss wohl von tieferschütterndem Elend zu berichten.

Betrachtet man die Frage nach ihrer wirthschaftlichen Seite, so tritt uns zunächst jener kollossale, für alkoholische Getränke verausgabte Betrag entgegen, der die Budgets für Armee und Marine fast um das Doppelte übersteigt. Wie enorm ist die Summe, die den Verlust an Arbeitsleistung veranschaulicht theils durch die in der Statistik berührten Verhältnisse, theils durch Arbeitsunfähigkeit in Folge von Verletzungen durch Trunkene, durch die in den Kneipen vergeudete Zeit, namentlich durch den Frühschoppen, der leider immer mehr Verbreitung findet, sowie durch das auch noch bei dem zweiten Grade der Deszendenz sich zeigende verfrühte Siechthum und die bedeutende Sterlichkeit in den besten Mannesjahren. Wirthschaftlich sind ferner schwer in's Gewicht fallend die Kosten für die in Armen- und Invalidenkassen, in so weit sie hier in Betracht kommen, ferner die so zahlreichen Brandstiftungen durch Trunkene, endlich neben noch vielem Andern der Ruin zahlloser Familien. Bei einem Versuche, diese Folgen mit all ihren Konsequenzen als Geldverlust auszudrücken, gelangt man zu ganz enormen Zahlen, deren Höhe gemeiniglich weitaus unterschätzt wird. Alle diese Verhältnisse sind die wesentliche Ursache der oft unerschwinglichen Kommunalabgaben. Welch eine Zerstörung an Nationalvermögen durch dieses durchaus vermeidliche Uebel! Um so mehr eine ernste Mahnung, diesen gefährlichsten Feind im eigenen Lager, diesen Pfeil im eigenen Fleische nicht länger zu dulden!

Sozialpolitisch würden wir allen dringenden Bedürfnissen wie Wohnungsnoth, Sorge für Arbeitslose genügen können, erlaubten wir uns diesen enormen ruinösen Luxus nicht länger. Politisch ist die anerkannte Verringerung der Zahl der für den Militärdienst durch Alkoholismus Unfähigen schwer in's Gewicht fallend. So fiel diese Zahl in Schweden in den letzten Dezennien mit Abnahme des Alkoholkonsums von 36,46 auf 20,4, wogegen in Bayern bei zunehmendem Bierkonsum die Zahl der wegen Herzleiden Entlassenen sich binnen 10 Jahren verdoppelte.

Als Heil- und Bekämpfungsmittel kommen u. a. in Betracht: belehrende Warnung, Bewahrung vor Versuchung, möglichste Rettung Gestrauchelter, sowie Verbot schädlicher Beimengungen

zu den Getränken. Vor allem sollen wir für rechte Erkenntniss sorgen, damit die Bewegung gegen die Trunksucht bald eine so segensreiche wird, wie es die gegen die Tuberkulose nunmehr mit hoffentlich bleibendem Erfolge ist. Hierfür bilden Belehrungen über die Folgen der Trunksucht oder Warnungstafeln ein wichtiges Hilfsmittel. Nicht minder wichtig ist der Anschauungsunterricht in den Schulen. Zunächst muss auf einen recht gründlichen Unterricht auf den Lehrerseminaren gehalten werden. Um Unterweisungen recht eindrucksvoll zu gestalten, dürfte es sich empfehlen, sie in höheren Lehranstalten durch Aerzte ertheilen zu lassen, jedoch erst in der Prima, da die Schüler alsdann erst die erforderliche Reife besitzen. Auch die verheerende Unmässigkeit auf den Universitäten kann nicht energisch genug bekämpft werden; denn nur zu oft folgt später einem fortgesetzten anfänglich harmlosen, burschikosen Humor tiefe Tragik. Vor allem ist hier der Trinkkultus und das Trinkprotzenthum zu bekämpfen. Wie sehr dieser Trinkkultus bei den meisten akademischen Bürgern in Fleisch und Blut übergeht, kann man häufig beobachten, indem, wenn man Jemanden, auch in den späteren Lebensjahren, ermahnt, doch etwas mässiger zu sein, die Antwort an der Tagesordnung ist: „Ein alter Bursch, wie ich, wird doch einen ordentlichen Humpen schwingen können." Sehr zu bekämpfen ist die Ansicht, die viele zum Dogma erheben, dass ein ordentlicher deutscher Mann, namentlich aber ein deutscher Student, trunkfest sein muss, und dass, wer es nicht wird, ein „schlapper Kerl" bleibt. Thatsächlich aber passt diese Bezeichnung vielmehr auf den, der seine Neigung zum Alkohol nicht zu beherrschen weiss und sich dadurch schwer schädigt. Sorgen wir also recht ernstlich dafür, dass diejenigen, die im späteren Leben unserm Volke Führer und Vorbilder sein sollen, nicht durch den Alkohol und in der Folge durch andere Laster entnervt werden!

Der Antrag soll einen Stein wieder in's Rollen bringen, der sich auf dem Boden der Gesetzgebung unerwünscht langsam fortbewegt, obwohl es auf dem hochwichtigen Gebiete der Sozialpolitik nichts Dringenderes zu nennen giebt. Redner wünscht zunächst die Einsetzung einer Landeskommission zur Bekämpfung der Trunksucht, analog der Krebskommission. Er bittet ferner, falls durch einen erwünschten Erfolg des Vorgehens der Absatz der Brennereien eine empfindliche Einbusse erleiden sollte, der Staat darauf bedacht ist, für diese andere Absatzgebiete zu erschliessen.

Eine grössere Strenge bei Ertheilung von Konzessionen von Wirthschaften ist unbedingt erforderlich.

Im Interesse des reisenden Publikums ist es nothwendig, dass sowohl in den Zügen, als in den Bahnhofsrestaurationen und Wartesälen stets frisches Trinkwasser vorhanden ist, und dass die Bahnhofswirthe an den Mineralwässern nicht mehr Nutzen, als gemeiniglich am Biere nehmen. Die Einführung von Kaffeeküchen ist zu fördern.

Bekanntlich verfallen viele dadurch dem Alkohol, dass sie nicht genügend ernährt sind und, in einer völligen Verkennung der physiologischen Verhältnisse, Besserung durch den Genuss von Schnaps erhoffen. Bessere Ernährung bildet aber eins der wirksamsten Mittel gegen den Alkoholgenuss; deshalb ist es wünschenswerth, dass durch Förderung der Haushaltungsschulen für den Arbeiterstand mehr ordentliche Hausfrauen herangebildet werden, als bisher.

Als weitere Mittel kommen die thunlichste Veredelung der Lebensfreuden, die Anlage von Erholungsplätzen und kleinen Gärten, sowie von Lesehallen und Wärmehallen, ferner die Förderung gymnastischer Uebungen in Betracht. Zur Belehrung würde sich die Vertheilung von Schriften, so namentlich des deutschen Vereins gegen Missbrauch geistiger Getränke empfehlen. So demoralisirend das Leben aus der Hand in den Mund wirkt, so segensreich erziehlich wirkt sicher eine weise Sparsamkeit.

Mit einem warmen Appell wendet sich schliesslich Redner besonders aber an die Vorstände aller kommunalen Körperschaften, an seine Berufsgenossen, die Arbeitgeber der Landwirthschaft, des Bergbaues und der Industrie mit der Bitte, die gemachten Vorschläge zu prüfen, dann aber die That bald folgen zu lassen und so durch ihr Beispiel auch auf andere zu wirken. Man kann sein Kapital gar nicht zu besseren Prozenten anlegen, als durch Fürsorge auf diesem Gebiete, da alle in diesem Sinne aufgewendeten Kosten gegenüber denen, die die Trunksucht veranlasst, verschwindend gering sind. Ein durch

Einmüthigkeit geführter Erfolg wird aber in Frage gestellt, wenn man die völlige Abstinenz verlangt und so über das Ziel hinausschiesst.

Bewegt sich der Antrag, insoweit es sich um Vorschläge der Gesetzgebung handelt, natürlich nur auf den Gebieten, die den preussischen Legislativen vorbehalten sind, so wird es sich doch empfehlen, durch eine Resolution die Staatsregierung zu ersuchen, beim Bundesrathe vorstellig zu werden, den Gesetzentwurf des Jahres 1892 wieder aufzunehmen. Die Durchführung eines Gesetzes in diesem Sinne dürfte gar keine so besondere Arbeit erfordern, jedenfalls nicht so viel, um nicht in dem Erfolge sehr reichen Lohn zu finden. Der anerkannt vorzüglich redigirte Gesetzentwurf vom Jahre 1892 mit einer sehr eingehenden Begründung liegt vor, der Reichstag, hat dem einstimmigen Beschlusse seiner Kommission entsprechend, am 14. November 1899 die Einbringung eines solchen Gesetzes verlangt, und es ist nicht zu befürchten, dass die Verhandlungen sich besonders in die Länge ziehen würden, da Parteiinteresse und Parteihader hier keinen Nährboden finden.

Leider ist hier unendlich viel versäumt, was nicht wieder einzuholen ist; aber gerade muss ein Sporn sein, sich vor unverantwortlichen Unterlassungssünden zu hüten und mit aller Energie vorwärts zu gehen in dem Kampfe gegen den gefährlichsten, unbarmherzigsten Erbfeind, der uns unendlich mehr geschädigt hat, als irgend ein anderer. Dieser Kampf ist ein Friedenswerk ersten Ranges, wenn man bedenkt, wie vielen Familien das gesegnete Gut des häuslichen Friedens mehr und mehr erhalten bleiben wird, je mehr es gelingt, jenen Dämon zu bannen. Unter allen uns hienieden gestellten Aufgaben ist die der Durchführung der praktischen christlichen Nächstenliebe sicher die höchste; auf diesem Gebiete aber giebt es zur Zeit in Deutschland keine höhere, keine dankbarere als die vorliegende, uns gestellt von den Pflichten der Vaterlands- und der Nächstenliebe, namentlich in der Richtung des Erbarmens.

Unser einziger, aber gefährlicher Widersacher heisst: Charakterschwäche! Drum zur That, nachdem der Worte seit Generationen genug gewechselt sind! Es handelt sich hier nicht nur um das leibliche, geistige und seelische Wohl vieler Tausende unserer Mitmenschen, sondern nicht minder um die vitalen Interessen unseres Vaterlandes, dessen gesegnete Fortexistenz sonst in der That auf die Dauer in Frage gestellt werden könnte, auf wirthschaftlichem, handelssozial und rein politischem Gebiete; jedes dieser Momente fordert aber schon für sich allein gebieterisch Abhülfe.

„Durch die unermüdliche Thätigkeit wahrer Vaterlandsfreunde ist der Boden gut vorbereitet, und der deutsche Michel, dem endlich die Augen aufgehen, und der nunmehr ahnt, dass es sich hier um seine Existenz handeln würde, wird jetzt mit seiner urwüchsigen Kraft in den Kampf eintreten. Unser armes Volk sehnt sich in den breitesten Schichten nach der Stunde der Befreiung von diesem gefährlichen Tyrannen, wie es ja gar nicht anders sein kann, und diese wird um so früher schlagen, je früher und heller die Feuerzeichen von den Höhen in das Land hinab leuchten. Die Saat ist reif, treten wir mit in die Reihe der Schnitter, um sie für unser theures Volk einzubringen! Möge die Zeit nicht zu fern sein, wo wir auch auf diesem Gebiete an der Spitze der Zivilisation marschiren!“

Unterstaatssekretär v. Bischoffshausen erklärt, dass der Minister des Innern dem Antrage sein volles und wärmstes Interesse zuwende, wie es die Wichtigkeit des Gegenstandes verlangt. Ueber die verheerenden Wirkungen des Missbrauchs des Alkohols sowohl in hygienischer, wie volkswirthschaftlicher, moralischer und krimineller Hinsicht herrscht ebenso wenig Meinungsverschiedenheit, wie über die Nothwendigkeit seiner Bekämpfung. Die Wege, die zum Ziele führen, sind jedoch sehr mannigfach und die Materien, die dabei in Frage kommen, nicht weniger.

Ganz zustimmen kann man dem Antrag, an Personen unter 16 Jahren, an Trunkenbolde und angetrunkene Personen keinen Branntwein zu verkaufen. Es ist dies eine vernünftige Forderung; dasselbe gilt betreffs der Belehrungen des Publikums und der Anstellung von Erhebungen, die zu Gründungen von Trinkerasylen führen sollen. Von Plakaten in Wartesälen darf man sich nicht viel versprechen.

Der Antrag Douglas ist keineswegs erschöpfend. Will man wirklich dem Alkohol zu Leibe gehen, so wird man noch weit über denselben hinausgehen und theils die Reichsgesetzgebung, theils die Landesgesetzgebung in Be-

wegung setzen müssen; verschiedenes wird man Polizeiverordnungen überlassen können. Durch die Reichsgesetzgebung könnten die Vorschriften über den Bedürfnissnachweis verschärft und im §. 147 der Reichsgewerbeordnung das Strafmass für konzessionswidrigen Ausschank erhöht werden. Durch Landesgesetzgebung würde vielleicht die sehr wichtige Frage der Abgrenzung zwischen Gross- und Kleinhandel in Branntwein anders geregelt werden können, im Wege der Polizeiverordnung die Frage der Lokale u. s. w. Unmöglich würde wohl das Verbot der Kreditirung und die Unklagbarkeit der Branntweinschulden sein. Bisher ist der Kampf gegen den Alkohol lediglich in den Händen der Privatvereine gewesen, die in anerkennenswerther Weise ihr Möglichstes gethan haben. Jeder Menschenfreund wird es daher gewiss mit Freuden begrüssen, und die Behörden werden gern ihre volle Unterstützung leihen, wenn es gelänge, den Kampf gegen den Alkohol aus diesen schwächeren Händen der Vereine in die Hände des Staates überzuführen und unter Wahrung aller berechtigten Interessen ein Laster zu unterdrücken, welches ganz sicherlich mehr als jedes andere an dem Marke unseres Volkes zehrt.

Ministerialdirektor Dr. Förster: Der Kultusminister bringt den Anträgen des Herrn Abg. Grafen Douglas das lebhafteste Interesse entgegen und ist gern bereit, bei dem Zustandekommen neuer Massnahmen behufs intensiver Bekämpfung der Trunksucht mitzuwirken.

Es ist eine durch die Statistik bestätigte und festgelegte Thatsache, dass der Alkoholismus in Bezug auf körperliche und geistige Gesundheit, Sittlichkeit und Kriminalität von den verheerendsten Wirkungen begleitet ist; es ist weiterhin eine bekannte Erfahrung, dass die Trunksucht den wirthschaftlichen Rückgang Einzelner, ganzer Familien, ganzer Ortschaften herbeigeführt hat und noch herbeiführt. Die Trunksucht muss viel energischer als bisher und zwar unter Betheiligung des Staates bekämpft werden, nicht bloss repressiv, nicht bloss durch Organisirung einer Trinkerfürsorge und durch Einrichtung von Trinkerheilstätten, sondern mehr präventiv durch Belehrung des Volkes, durch Beschränkung und Erschwerung der Gelegenheit zum Alkoholgenuss und durch anderweitige geeignete Massnahmen vorbeugender Natur. In der Prophylaxis liegt auch hier der Schwerpunkt der Bekämpfung.

Für den Fall, dass die Vorlage an eine besondere Kommission zur Vorberathung überweisen sollte, wird auch der Herr Minister an diesen Berathungen sich sehr gern betheiligen.

Abg. Dr. Dittrich-Braunsberg (Centrum) weist auf die ungeheure geistige und sittliche Schädigung des Volkes hin, welche aus dem Missbrauch alkoholischer Getränke nothwendig erwachsen muss und thatsächlich erwachsen ist.

Der übermässige Alkoholgenuss bewirkt zunächst eine Schwächung und dann eine Lähmung der geistigen Kräfte: erst eine Umnebelung, dann eine Verdunkelung, dann eine Verfinsterung, dann eine Umnachtung des Bewusstseins, verbunden mit einer Schwächung und Lähmung der Denk- und Urtheilsfähigkeit; er führt zu dauernder Schwäche und Lähmung der Intelligenz, zu Verdummung, Verblödung und schliesslich zum Irrsinn. Die Zunahme der Geisteskrankheiten, diese bedauerliche Erscheinung des modernen Kulturlebens, ist mit zurückzuführen auf den übermässigen Genuss von alkoholischen Getränken. Der Mensch wird im Mittelpunkt seiner sittlichen Persönlichkeit angegriffen und in dem wichtigsten Geistesvermögen, in seiner Willensfreiheit geschädigt.

Parallel mit der Schwächung des Willens geht ein unausgesetztes Verlangen nach alkoholischen Getränken. Das Verlangen wird ein innerer Drang, der Drang gestaltet sich mehr und mehr zu einem inneren Zwang, und der Mensch gelangt schliesslich an bei einer völligen Unfreiheit; er wird ein Sklave seiner schlimmen Neigungen, seiner Affekte, der geistigen wie der sinnlichen.

Aber die genannten unheilvollen Folgen beschränken sich nicht nur auf das Individuum; sie greifen auch weiter und erfassen weitere und weiteste Kreise, zunächst das Familienleben. Durch die Vererbung geistiger und sittlicher Dispositionen werden zunächst die Nachkommen geschädigt; eine rechte Erziehung der Kinder in den Familien wird fast unmöglich; die Unmässigkeit erzeugt Familienzwist und Familienverarmung — kurz sie verwüstet das Familienleben, dieses Fundament der sozialen und staatlichen Wohlfahrt, diese Heimstätte aller Sittlichkeit.

Selbsthülfe versagt in den weiteren Stadien, auch die Seelsorge, die religiösen Einwirkungen reichen nicht hin, um das Uebel der Trunkenheit mit ihren schrecklichen Folgen zu beseitigen. Mässigkeitsvereine können grossen Nutzen stiften und haben ihn gestiftet, aber die Freisügigkeit hat mit dazu beigetragen, ihre Wirkungen zu vereiteln. Die Thätigkeit so vieler Privatpersonen, so vieler Vereine, auch der kirchlichen Organe, hat nicht ausgereicht, um die Volkskrankheit des Alkoholismus erfolgreich zu bekämpfen. Mehr und mehr ist die Ueberzeugung durchgedrungen, dass ohne kräftige und energische Beihülfe des Staates dem tief eingewurzelten Uebel, den Trinksitten und Trinkmissbräuchen, nicht mehr erfolgreich begegnet werden könne. Dass der Staat helfen kann, das beweisen die grossen Erfolge mancher Polizei- und Regierungsmassregeln. Auch die Erfahrungen, die man durch gesetzgeberische Massnahmen in Schweden, Norwegen, in Holland und Nordamerika gemacht hat, wirken ermuthigend und legen ein beredtes Zeugniss dafür ab, wie erfolgreich rationelle, verständige Gesetze eine erziehliche Wirkung auf die Volksgewohnheiten üben können.

Abg. Dr. Endemann (nat.-lib.): Der Alkohol ist bei allen Völkern aller Kulturstufen und zu allen Zeiten ein hochgeschätztes Genussmittel gewesen; es dürfte auch keinem Verein gelingen, ganz dieses Genussmittel aus der Welt zu schaffen. Seine Folgen äussern sich in der akuten und chronischen Alkoholvergiftung. Die letztere macht ihre schädlichen Folgen hauptsächlich in physischer Hinsicht geltend. Dass die Schäden auf dem physischen Gebiet nachher überführt werden auf das geistige, auf das psychische Gebiet, ist unbestritten. Neben der Tuberkulose und neben den geschlechtlichen Krankheiten frisst die Trunksucht oder die Trunksäuche geradezu an dem Mark unseres Volkes und birgt für dessen weitere Entwickelung nach jeder Richtung hin eine Gefahr in sich. Gerade für die Tuberkulose ist die Trunksucht sehr gefährlich; denn es ist bewiesen, dass gegen den Tuberkelbazillus der Trunksüchtige viel weniger widerstandsfähiger ist, als ein anderer Mensch. Ebenso ist es natürlich, dass geschlechtliche Ausschweifungen in dem Stadium der Alkoholvergiftung zu den unheilvollsten Folgen führen. Zum Theil ist die Trunksucht auf erbliche Veranlagung zurückzuführen, die ja nicht wegzuleugnen ist. Das Schlimmste ist die Wirkung des Alkohols auf die Nervenzentren, vor allem auf das Gehirn, und da sind die allertraurigsten Folgen zu verzeichnen. Man nimmt an, dass 15 % der geistig Erkrankten in unseren Irrenheilanstalten Alkoholiker sind; alkoholsüchtige Eltern erzeugen idiotische Kinder und Nachkommen, welche an Epilepsie leiden. Am richtigsten wäre es, wenn ein Gesetz gegen die Trunksucht als Reichsgesetz erlassen werden könnte. Das ist im Jahre 1892 nicht gelungen, deshalb dürfte es angezeigt sein, auf landesgesetzlichem Wege vorzugehen. Jedenfalls ist es aber die höchste Zeit, dass Massregeln ergriffen werden, um der Trunksucht im deutschen Volke zu steuern.

Abg. Vorster (freikons.) will als Vertreter der Industrie die Frage vom volkswirthschaftlichen Standpunkt aus beleuchten. Die sozialen und wirthschaftlichen Missstände sind meistens eine Folge des Trinkens. Verhältnissmässig grosse Ausgaben für Spirituosen werden gemacht, so dass für die sonstigen Bedürfnisse kaum noch etwas übrig bleibt. Die Folgen sind: schlechte Wohnung, schlechte Ernährung, geringe Ersparnisse und damit soziales Elend. Redner hat eine Umfrage in etwa 150 grossen Industriebetrieben des Westens angestellt; darnach ist anzunehmen, dass 10—15 % des Lohnes für geistige Getränke ausgegeben werden. Ein solcher Konsum an geistigen Getränken stellt einen ebenso entbehrlichen wie schädlichen Luxus und jedenfalls eine ungeheure wirthschaftliche Verschwendung dar. Die Wohnungsfrage kann nie gelöst werden, so lange der Schnaps wichtiger ist als eine gute Wohnung. Die Umfrage bestätigt dies vollauf. Allgemein ist man der Ansicht, dass die Lohnvermehrung wesentlich für geistige Getränke und Vergnügungen, aber nicht für nützliche Dinge ausgegeben ist. Vier Hauptklagen ziehen sich durch die umfangreichen Berichte unserer Industrie hindurch. Die erste ist, dass Konzessionen viel zu leicht und über das Bedürfniss hinaus gegeben werden. Noch schlimmer ist die Konzessionirung von Wirthshäusern neben den grossen Fabrikbetrieben. Wie Blutegel sitzen fast an jedem Werke Schnapskneipen, um den Arbeitern ihren wohlverdienten Lohn abzunehmen. Es kommt vor, dass Häuschen, die höchstens einen Werth von 6-, 8-, 10000 Mark haben, durch die Schnapskonzession 70-, 80000 Mark werth sind. Die dritte

Hauptklage bezieht sich auf das zu frühe Oeffnen der Kneipen und auf die Abgabe namentlich von Schnaps auf Borg. In den Ziegeleien besteht ein vollständiges Trucksystem. Die Ziegelmeister sind gleichzeitig die Schnapslieferanten; sie haben also pekuniären Vortheil vom Schnapstrinken ihrer Untergebenen. Aehnlich ist es oft bei den Maurerpolirern.

Auch die Zunahme der Betriebsunfälle von 4 auf 7% ist wesentlich dem vermehrten Genuss von Alkohol zuzuschreiben.

Das beste durststillende Mittel ist Wasser; deshalb sollte namentlich in den Städten an allen öffentlichen Orten für solches gesorgt sein. Dringend nöthig ist es, früh die Entwicklung des jugendlichen Arbeiters in's Auge zu fassen und zu verhüten, dass dieser vollständig zum Trinker ausgebildet wird. Der Ueberfluss an Lohn bildet ihn meist zum Trinker aus. Es müsste daher die Lohnverwendung der jugendlichen Arbeiter kontrollirt werden, dass ein Sparpfennig für die späteren Jahre vorhanden ist! Vor allen Dingen aber müsste eine ganz andere Handhabung der Polizeistunde eintreten, namentlich an Sonntagen. Im „freien" England darf an Personen unter 16 Jahren überhaupt keine geistigen Getränke verkauft werden. Wer auf offener Strasse oder an einem anderen öffentlichen Ort betrunken angetroffen wird, verfällt in eine Geldbusse, die sich im Wiederholungsfalle erheblich steigert. Die Geldstrafe wird weiter verstärkt, und es wird eventuell auf Gefängniss erkannt, wenn Jemand betrunken ist, während er Wagen, Pferde, Vieh oder Dampfmaschinen in Obhut hat. Man sieht daher in England sehr selten einen betrunkenen Kutscher. Die Polizeistunde an vielen Orten Englands ist Abends um 11 Uhr und wird ganz strikte durchgeführt; nur in einzelnen Lokalen sind Ausnahmen gestattet. Nach englischem Gesetz wird besonders schwer ein Wirth bestraft, wenn er erstens einem diensthuenden Polizisten eine Erfrischung spendet oder verkauft und zweitens einen diensthuenden Polizisten besticht oder zu bestechen versucht. An Branntwein wurde 1898 verzehrt in England 4,7, in Russland 4,9, in Deutschland 8,4 Liter pro Jahr und Kopf; nur hinsichtlich des Bieres marschirt Belgien an der Spitze, dort wurden 1899 213 Liter gegen 125 Liter pro Kopf in Deutschland jährlich vertrunken. Der Branntwein ist bei uns zu billig; er ist der beste Nährboden für die Sozialdemokratie, für die es keinen grösseren Feind giebt als Mässigkeit und Sparsamkeit. Der Kampf gegen den Alkohol, der unsere industriellen Fortschritte auf das Empfindlichste schädigt, ist nicht allein eine ethische und hygienische Frage, sondern eine volkswirthschaftliche Nothwendigkeit.

Abg. Dr. **Martens** (nat.-lib.): Der Alkohol ist nicht nur in der Weise von grosser Gefahr, weil er Krankheiten selbstständig erzeugt, sondern auch weil er für viele Krankheiten einen günstigen Boden bereitet, die Empfänglichkeit für Krankheiten, besonders für infektiöse Krankheiten steigert, und weil er manche Krankheiten in ihrem Verlaufe ungünstig beeinflusst. Nicht zu leugnen ist, dass der Alkohol für einige Krankheiten von günstigem Einfluss sein kann; aber er kann auch in diesen Fällen durch ein anderes, weniger gefährliches Medikament ersetzt werden. Jedenfalls treten die Nachtheile des Alkohols im Gebrauche bei Krankheiten mehr in den Vordergrund als die Vortheile. Verkehrt ist auch die Anschauung, dass der Alkohol die geistige und körperliche Arbeitsleistung steigern soll; im Gegentheil, er lähmt sie. Ausländische Arbeiter, Norditaliener, Portugiesen u. s. w., die nur leichten Landwein und keinen Branntwein trinken, leisten z. B. andauernd schwerere Arbeiten, als die Norddeutschen, obwohl diese an sich viel kräftiger sind. Buren und Türken sind bekanntlich abstinent und ausserordentlich tüchtige Soldaten. An Tapferkeit mögen ja auch andere europäische Soldaten ihnen gleichwerthig sein, aber darüber ist kein Zweifel, dass sie in Bezug auf Ausdauer bei Strapazen bei schlechter Beköstigung, schlechter Kleidung, mangelhafter Fürsorge in jeder Art unerreicht dastehen. Hoffentlich wird sich auch im deutschen Heere die Ansicht immer mehr ausbreiten, dass alkaholische Getränke für die Spannkraft des Soldaten nachtheilig sind.

Auch die Anschauung ist verkehrt, dass der Alkohol im Winter wärmen und im Sommer ein angenehm kühlendes Getränk sein soll. Ganz das Gegentheil ist der Fall! Die hohe Sterblichkeit der Europäer und besonders der Deutschen in den Tropen ist zum grossen Theil auf den übergrossen Genuss alkoholischer Getränke zurückzuführen. Der Alkohol schädigt die Kraft, die Gesundheit, die Intelligenz, die Moralität desjenigen, der ihm anheim gefallen

ist. Die Schädigungen sind dadurch noch besonders verhängnissvoll, dass die Sünden der Väter heimgesucht werden bis in's dritte und vierte Glied hinein.

Allerdings haben auch Alkoholiker ein hohes Alter erreicht, aber die Ausnahme bestätigt nur die Regel; auch ist die Empfänglichkeit für die Schäden des Alkoholgenusses durchaus verschieden nach der individuellen Anlage, den klimatischen Verhältnissen und nach dem Kulturzustand eines Volkes.

Den Branntwein aber auszutreiben mit Bier, heisst weiter nichts, als den Teufel mit Beelzebub auszutreiben. Früher haben die Deutschen auch getrunken, aber im Allgemeinen nur bei festlichen Gelegenheiten. Gerade die jetzige Art und Weise, das tägliche und stündliche Trinken, wenn auch nur kleiner Mengen, ist das Verhängnissvolle für den Körper. Auch unter den Sozialdemokraten giebt es manche, die dahin wirken, dass der Alkoholgebrauch sich vermindert, und dadurch ein gewisser anständiger Korpsgeist bei ihren Genossen herbeigeführt wird. Man muss die Trunksucht betrachten als eine Krankheit, die leider ihren Höhepunkt noch nicht erreicht zu haben scheint und vorläufig keine Aussicht bietet, dass sie von selbst wieder nachlässt, wie dies z. B. zweifellos beim Tabakrauchen der Fall ist.

Jedenfalls muss der Sanirungsprozess, wenn er sich von selbst entwickelt, unterstützt oder sonst eingeleitet werden. Ausserordentlich gut bewährt hat sich die Beschränkung der Trinkzeit und die Kontrole der Trunksüchtigen. Vor Allem sollte man Trinker in Anstalten unterbringen. Jede Provinz müsste Trinkerheil-Anstalten errichten und mittellose Leute in diese auf Kosten der Ortsarmenverbände hineingebracht werden.

Ferner muss das Konzessionswesen beschränkt und vor Allem der Kleinhandel mit Branntwein vollständig verboten werden. Es genügt aber nicht, dass man den Alkohol nur durch Repressionsmassregeln bekämpfen will. Es müssen auch positive Massregeln ergriffen, Volkskaffeehallen, Lesehallen, Volksbibliotheken u. s. w. errichtet werden. Auch die Bestrebungen der Temperenzvereine müssen unterstützt werden. In Schleswig-Holstein giebt es heute fast kein grösseres Dorf mehr, in dem nicht eine Guttemplerloge ist. Diesen Abstinenzvereinen könne man nur mit vollster Sympathie gegenüberstehen. Redner würde sich freuen, wenn sämmtliche Mitglieder des Hauses sich von den nachtheiligen Wirkungen des Alkohols überzeugt haben und sich nun künftig bestrebten, in dem Kampfe gegen diesen Feind des deutschen Volkes mitzuwirken.

Abg. Dr. Weihe-Herford (kons.): Eine wirksame Reform der Polizeistunde ist nur dann möglich, wenn überhaupt sämmtliche Vereine unter die Polizeistunde gestellt werden, auch die vornehmen Kasinos.

Es ist nicht zu viel gesagt, wenn man behauptet, dass die Hälfte der Ausgaben für Polizei, Irrenhäuser, Waisenhäuser, Findelhäuser u. s. w. erspart werden könnte, wenn es gelingen würde, den Alkoholismus einzudämmen. Die Zunahme der Verbrechen, namentlich gegen die Sittlichkeit, die einfachen und schweren Körperverletzungen, finden fast ausnahmslos ihre Ursache im Branntwein; 70 % von allen Vergehen und Verbrechen stehen mehr oder weniger mit diesem in ursächlichem Zusammenhang. Gegenüber diesen Zahlen darf man nicht thatenlos bleiben. Jeder Rückschritt auf dem Gebiete des Alkoholismus ist ein Fortschritt auf dem Gebiete des Volkswohls, des Nationalreichthums und der Gesundheit des Volkes.

Abg. Wetekamp (freis. Volksp.) ist zwar nicht mit allen Punkten des vorliegenden Antrages einverstanden, begrüsst ihn aber doch mit grosser Freude; denn die Frage sei von allergrösster Bedeutung für das Wohl und Wehe des Volkes.

Den unter Nr. 1 des Antrags geforderten Polizeimassregeln kann er nicht beistimmen; Branntwein lasse sich nicht völlig fuselölfrei herstellen, desgleichen sei oft sehr schwer festzustellen, ob Jemand betrunken oder unter 16 Jahren sei. Notorischen Trunkenbolden dürfen schon jetzt keine Getränke verabreicht werden. Die Bestimmung, dass des Morgens vor 8 Uhr kein Schnaps verzapft werden soll, wird nichts nützen, da die Arbeiter sich dann den Schnaps am Abend vorher kaufen würden.

In Norwegen ist zunächst eine ausserordentlich rührige Agitation der Mässigkeits- nnd Enthaltsamkeitsvereine vorausgegangen; dann ist durch Gesetz die Zahl der Schnapskneipen ausserordentlich verringert, und späterhin weiter durch Gesetz bestimmt, dass der Schnapsverkauf gemeinnützigen Gesellschaften

überlassen wird, die das gesammte Reineinkommen ausschliesslich für gemeinnützige resp. kommunale Zwecke hingeben müssen. Erst nachher ist durch ein weiteres Gesetz das, was so auf freiwillige Weise bereits einigermassen ausgeführt war, gesetzlich festgelegt; also ein ganz anderes Vorgehen, wie es hier angestrebt wird.

Wenn polizeiliche Massregeln getroffen werden sollen, so muss erst der Boden in der richtigen Weise vorbereitet werden. Gegen den Frühtrunk der Arbeiter können die Arbeitgeber viel thun, wenn sie dafür sorgen, dass diese an den Arbeitsstätten zum Selbstkostenpreise Kaffee oder Thee haben können.

Einer der wichtigsten Punkte ist die Unterbringung der Trinker in geeignete Anstalten; diese Anstalten müssen aber nicht auf Privatwohlthätigkeit gestellt, sondern durch öffentliche Mittel unterhalten werden. Auch die Anbringung von belehrenden Drucksachen und Abbildungen kann Redner nur gutheissen. Den Mässigkeitsvereinen sollte man in ausgedehnterem Masse mit Staatsmitteln zu Hülfe kommen, wie dies in Norwegen geschieht. Die Belehrung thut es aber allein nicht, es müssen noch andere Massregeln getroffen werden, um die Leute vom übermässigen Alkoholgenuss abzulenken. Das, was die Leute in die Kneipe wegtreibt, ist zum grossen Theil die Langeweile oder die schlechten Aufenthaltsverhältnisse zu Hause, sowie ferner das vollkommen berechtigte Bedürfniss, sich auch mal mit anderen Leuten auszusprechen, sich der Geselligkeit hinzugeben. Das Bedürfniss nach geistiger Erholung ist sehr gross, und jede Massregel, die getroffen wird, um dem Bedürfniss nach geistiger Weiterbildung und edler Erholung zu genügen, ist ein Mittel in dem Kampf gegen den Alkohol. Deshalb muss für Volksunterhaltungen, volksthümliche Konzerte u. s. w. u. s. w. gesorgt, ständig geöffnete Lokale geschaffen werden, wo sich das Volk ohne Alkoholzwang zur Erholung versammeln, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher lesen kann u. s. w.; auch die Errichtung von Volksbibliotheken, Spielplätzen, Kaffeehallen u. s. w. gehört hierher.

Bei allen Massregeln aber müsse man sich davor zu hüten, den Anschein erwecken, als sollten diese nur gegen die minder Bemittelten ergriffen werden und die anderen frei ausgehen. Da, wo die Arbeitsschaft auf einer hohen Stufe steht, wo sie organisirt ist, tritt sie ebenfalls dem übermässigen Alkoholgenuss entgegen. Es ist nicht richtig, dass unte rallen Umständen das Elend vom Schnapsgenuss herrührt, derselbe ist auch umgekehrt sehr häufig die Folge des Elends und der schlechten Ernährung. Allerdings ist der Alkoholgenuss und der Alkoholismus dort am geringsten, wo die allgemeinen Lebensbedingungen am besten sind. Deshalb sollte man auch das nothwendigste Lebensmittel, das Brot, nicht künstlich vertheuern. Jede direkte Besteuerung, wie indirekte Vertheuerung unserer legitimen Lebensmittel dienen zur Steigerung des Trunksuchtsübels. Die Ersatzmittel des Alkohols: Bier, Kaffee, Thee- und Zucker, sollte der Staat von jeder Steuer freihalten.

Die üblen Trunksitten in den besser situirten Schichten müssen ebenso bekämpft werden wie bei den anderen. Das sogenannte Kommentsaufen der Studenten kann nicht scharf genug verurtheilt werden. Die Studentenvereine, deren Endzweck nicht der Komment, sondern die Förderung ernster, wissenschaftlicher Arbeiten ist, müssten in ihren Bestrebungen gefördert und nicht wie jetzt, gehindert werden. Wenn den Trinkunsitten, dem Trinkzwang und der Verherrlichung des Trinkens auf unseren Universitäten stark entgegengearbeitet wird, dann wird auch in der übrigen Jugend die Verherrlichung des Trinkens abnehmen. Und mit der Jugend werden wir die Zukunft haben!

Abg. Graf v. Wartensleben (kons.): Gegen die vorkommenden Verheerungen der Trunksucht reichen die vielen humanitären Bestrebungen nicht aus; ebenso sind die mannigfachen Polizeiverordnungen nicht im Stande, das Uebel an der Wurzel zu ergreifen. Dies auf gesetzlichem Wege zu erreichen, sei aber sehr schwierig. Die Gesetzgebung allein genüge nicht, das Volk müsse selbst mitarbeiten, besser als alle Gesetze wirke das gute Beispiel.

Abg. Ehlers (fr. Vereinig.) stimmt auch im Namen seiner Partei den Intentionen des Antrages bei, wenn sie diesen auch wegen einiger Bedenken im Einzelnen nicht unterschrieben hätten. Es handelt sich hier um einen Schaden von der grössten Bedeutung, dessen Beseitigung des Schweisses der Edlen aller Parteinn gewiss werth ist.

Redner ist aber der Meinung, dass auf diesem Gebiete die Staatsgewalt

die gestellte Aufgabe nicht erfüllen kann, sie kann vielmehr nur fördernd und mässigend einwirken; die Hauptarbeit wird der freiwilligen Thätigkeit der Einzelnen und Vereine, wird der Sitte überlassen bleiben müssen. Man muss die Bestrebungen, um die es sich hier handelt, mit grosser Liebe, aber auch mit grosser Nüchternheit behandeln.

Es wäre falsch, in der Art eines Zuchtmeisters unser Volk durch Polizeimassregeln zur Besserung führen zu wollen; derartigen Massregeln werde von vornherein Misstrauen entgegengebracht. So wie die Verhältnisse jetzt liegen, reicht allerdings die freie Thätigkeit der Mässigkeitsvereine nicht aus, sondern es muss hier die Gesetzgebung, die Staatsgewalt fördernd eingreifen. In welchem Umfange, in welchen einzelnen Punkten dies zu geschehen hat, wird eine sehr schwierige und ernste Aufgabe der Kommissionsberathung sein. Redner schlägt deshalb vor, den Antrag an eine Kommission von 21 Mitgliedern zu verweisen, damit seine Partei in dieser ebenfalls vertreten sei.

Die Diskussion wird hierauf geschlossen und der Antrag einer Kommission von 21 Mitgliedern überwiesen.

Besprechungen.

Dr. Hermann Kornfeld, Geh. Med.-Rath und Gerichtsarzt in Gleiwitz. **Die Entmündigung Geistesgestörter. Für Juristen und Sachverständige.** Stuttgart 1901. Verlag von Ferd. Enke. 8°, 64 Seiten. Preis: 2 Mark.

Der Verfasser hat in dem kleinen Werke seine von den herrschenden, abweichenden Ansichten über Sitz der Geistesstörungen — er steht auf dualistischem Standpunkt —, über die Grenzen der irrenärztlichen Aufgabe bei der Entmündigung, und eine Reihe strafrechtlicher wie zivilrechtlicher Fragen gegeben. In der Einleitung sind die Gesetze und Bestimmungen zum Theil zusammengestellt unter Anschluss einer Reichsgerichtsentscheidung vom Jahre 1896, in der die Gemeingefährlichkeit eines Kranken nicht als ausreichender Grund zur Entmündigung bezeichnet wird, falls nicht gleichzeitig eine Beeinträchtigung in der Fähigkeit zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten besteht. Im Uebrigen richten sich die Ausführungen des Verfassers in erster Linie gegen die Annahme der Irrenärzte, dass das Gehirn der Sitz der seelischen Vorgänge und seelischen Störungen sei. Nicht einem einzelnen Körperorgan ist nach Verfassers Ansicht die geistige Thätigkeit zuzuschreiben, sondern da „der Geist" den ganzen Körper „durchdringt", so kann er nur durch das — alles durchdringende — Blut vermittelt werden. Soweit die Anschauungen des Verfassers, zu denen noch eigenartige Ausführungen über partielle Geistesstörung gehören, die ihn von der wissenschaftlichen Psychiatrie recht weit abführen. Der Abhandlung sind eine Reihe sehr interessanter Gutachten des früheren Breslauer Psychiaters Neumann beigefügt, die jedoch u. E. nur mit Vorsicht für die neuere Gesetzgebung als Beispiele herangezogen werden dürfen.

Dr. Pollitz-Münster.

Dr. Ewald Stier: Ueber Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. Hamburg 1902. Verlag von Gebrüder Lüdecking. 8°, 43 Seiten. Preis: 1 Mark.

Wenn auch die Zahl der Geisteskranken in der Armee relativ gering ist, so hat doch jeder einzelne Fall, wie Verfasser in der Einleitung mit Recht betont, wegen der oft ungünstigen Prognose eine sehr schwer wiegende Bedeutung. So erscheint es von grösster Wichtigkeit, alle Mittel der psychiatrischen Prophylaxe heranzuziehen. Zu diesen gehört in erster Linie Fernhaltung aller kranker oder geisteskrank gewesener Rekruten. Es ist jedoch nicht immer möglich, leichtere Psychosen, wie geringe Depressionszustände u. s. m. bei dem Musterungsgeschäft festzustellen, während früher überstandene Psychosen nicht selten verschwiegen werden. Hier kann eine Mittheilung der Zivilbehörden über den früheren Aufenthalt in einer Irrenanstalt demaus musternden Militärarzt gute Dienste leisten. Sehr wichtig ist die Feststellung leichterer Grade von Imbezillität, zumal Kranke dieser Art meist eine schwere Last für ihre Vorgesetzten bilden, die naturgemäss das Pathologische nicht würdigen können.

Verfasser wirft fernerhin die Frage auf, welche Bedeutung der hereditären Belastung einzustellender Soldaten beizulegen sei, und kommt zu dem Ergebniss, dass eine vollkommene Ausschliessung solcher weder zweckmässig, noch ausführbar sei, während eine Berücksichtigung dieser Momente im Verein mit dem Nachweise gehäufter Degenerationszeichen in zweifelhaften Fällen sehr rathsam erscheint. Immerhin wird bei den zahlreichen schädigenden Einflüssen des Militärlebens, unter denen Verfasser speziell noch Alkoholismus und Lues aufführt, ein gewisser Prozentsatz von Psychosen unvermeidlich sein. Hier gilt es, den Kranken möglichst schnell einer sachverständigen Behandlung zuzuführen und nicht, wie Verfasser sehr treffend hervorhebt, den gerade bei Geistesstörungen verhältnissmässig selten berechtigten Verdacht der Simulation in den Vordergrund zu stellen. Da viele Psychosen mit mehr oder weniger schweren Delikten gegen die militärischen Gesetze beginnen, so ist es Aufgabe des Arztes auf die verschiedenen Störungen hinzuweisen und im Interesse des Kranken thätig zu sein. Was der Verfasser in dieser Hinsicht sagt, sollte besonders von den betheiligten Kreisen gelesen und berücksichtigt werden.

Dr. Pollitz-Münster.

F. W. Mott: Vier Vorlesungen aus der Allgemeinen Pathologie des Nervensystems. Gehalten vor dem Royal college of Physicians of London am 19., 21., 26. und 28. Juni 1900. Uebersetzt von Dr. Wallach. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Edinger. Mit 59 Figuren im Text. Wiesbaden 1902. Verlag von J. F. Bergmann. Gr. 8°, 112 S. Preis: 2,80 M.

Durch die Uebersetzung der sehr klaren Vorlesungen über den derzeitigen Stand unserer Kenntniss von der Anatomie und Pathologie der Nervenzellen und Nervenfasern ist diese Arbeit des bekannten englichen Forschers einem grösseren deutschen Leserkreise zugänglich gemacht, und die beste Empfehlung bietet das kurze, ihr vorgesetztes Einleitungswort des Frankfurter Anatomen und Neurologen. Zahlreiche sehr gute Abbildungen sind dem Buche beigegeben. Es ist in der That sehr geeignet, sich schnell über das ganze einschlägige Gebiet zu orientiren. Es bringt aber auch interessante neue Anschauungen des Autors Mott über Entartung, über Autointoxikation, über chronische Vergiftungszustände u. s. w., die auf zum Theil in Deutschland nicht bekannten eignen Untersuchungen Mott's beruhen. Dr. Wichmann-Harzburg.

Dr. Richard Traugott: Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. Leipzig 1902. Verlag von Hartung u. Sohn. 12°, 68 S. Preis: 1,50 M.

Nachdem Schlaf und Traum kurz besprochen sind, letzterer, ohne dabei die wichtigen Ergebnisse von Sancte de Sanctis zu berühren, handelt Verfasser[1] die Arten, Ursachen, Verhütung und Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit ab. Die Behandlung nimmt auf 28 Seiten den Hauptplatz ein und ist ausführlich und belehrend. Zum Schluss wird eine Tabelle mit der Dosirung und der Preisangabe der einzelnen Schlafmittel angefügt.

Dr. Wichmann-Harzburg.

Dr. Max Fischer, Oberarzt in Illenau (Baden): **Wirthschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge.** München 1901. Verlag von Seitz & Schauer. Gr. 8°, 41 Seiten. Preis: 1,50 Mark.

Verfasser sucht mit seiner Schrift weitere Kreise für eine Organisation der Fürsorge für internirte und entlassene Geisteskranke zu interessiren. Neben der Unterstützung des Kranken selbst ist in vielen Fällen auch eine solche der Familie überaus nothwendig, um dem Kranken die stete Sorge um seine Angehörigen zu benehmen. Zu diesem Zwecke schlägt F. eine staatlich organisirte Fürsorge vor, die überall bestellte Vertreter hat, um die Lage und Verhältnisse der in Betracht kommenden Familien festzustellen. Es soll von einer Zentralstelle, die sich aus Medizinalbeamten, Irrenärzten und Verwaltungsbeamten zusammensetzt, ein Netz von Sektionen mit Vertrauensmännern der Pflegern ausgehen. Eine gewisse Unterstützung hofft Verfasser von den Invaliditätsversicherungsanstalten zu erhalten, während die Kranken selbst sich durch die Betheiligung an den in den Anstalten üblichen Arbeiten ebenfalls einen gewissen Geldbetrag erwerben können. Verfasser hofft auf diesem Wege ein

vollkommenes, wohl organisirtes Unterstützungswesen zu schaffen, wie es bei körperlichen Krankheiten durch Zusammenwirken von Krankenkassen und Invaliditätsversicherung bereits in anderer Form besteht.

Dr. Pollitz-Münster.

Dr. Friedrich Röpke in Solingen: **Die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege.** Wiesbaden 1902. Verlag von J. F. Bergmann. Gr. 8°, 150 Seiten. Preis: 5 Mark.

Verfasser, der die Betriebe der verschiedensten Industrien zum grossen Theile aus eigener Erfahrung kennt, hat die Berufskrankheiten des Ohres von wohl sämmtlichen Berufsarten des praktischen Lebens kurz zusammengestellt.

Seite 1—112 enthalten sämmtliche Industrien, Bergbau, chemische Grossindustrie, die metallurgische, die der Steine und Erden (Glasfabriken, Diamantschleifereien, Zementwerke u. s. w.) das Baugewerbe, Industrie für Farbmaterialien, Heiz- und Leuchtprodukte, für Explosiv- und Zündstoffe und zahlreiche andere.

Endlich finden Erwähnung die Berufserkrankungen des Ohres bei der Landwirthschaft, der Armee, Marine, dem öffentlichen Verkehrswesen, bei Sportleuten, sogar Nonnen und Musikern.

In manchen Fällen dürfte die Statistik zu nicht ganz zutreffenden Anschauungen führen. Wenn z. B. auf S. 81 unter den Chromat-Erkrankungen einfach angeführt ist, dass unter 74 nur mit Einschachteln der schwedischen Zündhölzchen beschäftigten Arbeiterinnen 6 Perforationen gefunden wurden, in einer anderen Fabrik unter 159 Arbeitern 3 ulcera der Nasenscheidewand, Perforationen aber gar nicht erwähnt werden, so verliert eine solche Statistik an Werth. Sie würde gewinnen, wenn ermittelt würde, wie viele pathologische Ohren in den betreffenden Industrien akquirirt und wie viele in die einzelnen Gewerbe überhaupt mit hineingebracht würden. Stammen doch gerade Perforationen so häufig, ja wohl am meisten aus der Kinderzeit; man findet sie demnach schon oft in den Schulen. Durch seine Reichhaltigkeit und seine zahlreiche Litteratur ist das Buch sehr werthvoll.

Dr. Ohlemann-Wiesbaden.

Dr. Leopold Freund: Die Berufskrankheiten und ihre Verhütung mit besonderer Berücksichtigung der graphischen Gewerbe. Nebst einer Anleitung zur ersten Hülfeleistung bei plötzlichen Unglücksfällen. Verlag von Wilhelm Knapp. Halle a. S. 1901. Gr. 8°, 124 Seiten. Preis: 3 Mark.

Das vorliegende Buch ist der wesentliche Inhalt der seitens des Verfassers in der K. K. graphischen Lehr- und Versuchsanstalt in Wien, sowie im Wiener Volksbildungsvereine gehaltenen Vorträge. Es giebt eine populäre Darstellung der Berufskrankheiten im Allgemeinen und der Gesundheitsschädigungen in den graphischen Gewerben im Besonderen. Der Zweck, dem Leser — es ist für die den verschiedenen Berufen angehörenden Laien bestimmt — eine richtige Vorstellung zu machen, welchen Gesundheitsschädigungen er in seinem Berufe ausgesetzt ist, wird durch die eingehende Darstellung vollkommen erreicht. Zugleich werden ihm aber die Mittel angegeben, welche zur Verhütung der Schädigungen erforderlich sind, und welche Vorsichtsmassregeln er selbst anwenden soll. Sehr zweckmässig ist der Abschnitt über Hülfeleistung bei plötzlichen Unglücksfällen, der in knapper Form möglichst vollständig ist und unter Anderem auch die Unfälle durch Elektrizität behandelt. Den Schluss bildet eine Uebersicht über die wichtigsten plötzlichen Vergiftungen, ihre Symptome und ihre Behandlung.

Das kleine Werk kann den betheiligten Kreisen warm empfohlen werden. Das Studium desselben dürfte namentlich dazu beitragen, den jungen Leuten, welche in's Leben treten, die Wege zu zeigen, wie sie sich in ihrem späteren Berufe ihre Gesundheit bewahren. Aber auch für den Gewerbehygieniker wird die populäre Schrift von Interesse sein. Dr. Räuber-Düsseldorf.

Prof. Dr. Dunbar und **Dr. K. Thumm: Beitrag zum derzeitigen Stande der Abwässerreinigungsfrage mit besonderer Berücksichtigung der biologischen Reinigungsverfahren. Aus dem staat-**

lichen hygienischen Institut in Hamburg. München und Berlin. Verlag von R. Oldenbourg. Gr. 8°; 142 S. Preis: 4 Mark.

Vor einer Anzahl von Wochen erschien im Verlage von R. Oldenbourg das in der Ueberschrift bezeichnete kleine Werk. Es birgt weit mehr als der Titel verspricht, insofern als es sich nicht nur um einen Beitrag zum derzeitigen Stande der Abwässerreinigungsfrage handelt; das Buch enthält vielmehr einen vollständigen Ueberblick über das biologische Reinigungsverfahren überhaupt und behandelt im Speziellen das Oxydationsverfahren in all' seinen Modifikationen auf das Ausführlichste. Entsprechend der unbestrittenen Autorität des Prof. Dunbar auf dem Gebiete der Abwässerreinigung kann das Buch den berechtigten Anspruch darauf erheben, als das beste, was die Literatur bisher darüber gebracht hat, bezeichnet zu werden. Aber noch aus einem anderen Grunde ist es hoch willkommen zu heissen. Das Gebiet des biologischen Reinigungsverfahrens ist ein neu erschlossenes, auf dem auch pekuniär noch manches zu ernten ist; kein Wunder, dass sich auf ihm auch Existenzen zweifelhaftester Art mit höchst fragwürdiger Thätigkeit und inferioren literarischen Leistungen herumtummeln. Nun ist derjenige, welcher diesem hygienischen Spezialgebiete etwas ferner steht, nicht immer in der Lage, Talmi von Echtem zu unterscheiden; deshalb verdient eine klare, sachliche, von nur wissenschaftlichem Geiste getragene und jedweder Nebenabsichten freie Darstellung, die man seinem Urtheile getrost zu Grunde legen kann, ganz besondere Werthschätzung. Und doch wird nicht jeder Sanitätsbeamte sich mit seinen ganzen Inhalt vertraut machen wollen und können, manche Einzelheiten werden in so erschöpfender und so überaus eingehender Weise dargestellt, dass sie in dieser Form nur für denjenigen wissenswerth und anregend sein können, der sich speziell mit solchen Fragen von berufswegen zu beschäftigen hat. In diesem Sinne sprechen sich auch die Verfasser ausdrücklich aus: „Arbeiten wie die vorliegende sollen ja auch nicht dazu dienen, diejenigen, welche den bearbeiteten Fragen ziemlich fernstehen, wenn wir so sagen dürfen, während eines Verdauungsstündchens vollkommen zu orientiren, sondern sie sollen diejenigen, die sich ernstlich mit den Fragen zu befassen gedenken, die nöthigen Grundlagen darbieten. Eine mehr populäre Darstellung der Ergebnisse dürfte eine Aufgabe für sich bilden." Nun beabsichtigt Referent keineswegs, im Folgenden diese Aufgabe zu lösen, aber er glaubt doch, den Wünschen vieler Leser dieser Zeitschrift entgegenzukommen, wenn er in etwas ausführlicherer Weise, als wie sie im Referat im Allgemeinen üblich ist, über die wichtigsten Dinge des Inhaltes berichtet.

Die Frage, welche Art der Reinigung der städtischen Abwässer in einem gegebenen Falle zu fordern ist, wird in Preussen grundsätzlich von Fall zu Fall entschieden. Wenn es auch für viele Orte noch als relativ unbedenklich angesehen wird, sämmtliche Sehmutzwässer nach nur oberflächlicher Reinigung in die Stromläufe zu entsenden, so wird es doch für manche Gemeinwesen nur eine Frage der Zeit sein, dass ihnen die Auflage einer durchgreifenden Reinigung der Abwässer gemacht wird, und deshalb wird auch die Genehmigung zur Entlassung nur oberflächlich gereinigter jedes Mal nur unter Vorbehalt ertheilt. Verschiedentlich wurde bei der Genehmigung von Kanalisationsprojekten nur die Ausscheidung der ungelösten Stoffe aus den Abwässern gefordert. Hierzu genügen für Sinkstoffe Sandfänge, während für Schwimm- und Schwebestoffe Gitterkonstruktionen am meisten in Frage kommen. Von mechanischen Sedimentirungsvorrichtungen scheint die Mairich'sche, bei der sich die Abwässer nicht horizontal, sondern in vertikal aufsteigender Richtung bewegen, ganz besonderer Beachtung werth zu sein. Aber auch die einfachen Sedimentirungsbecken, in denen nach neuesten Erfahrungen die Geschwindigkeit des Abwasserstromes eine relativ hohe sein darf (bis 15 mm pro Sekunde) entsprechen im Allgemeinen berechtigten Anforderungen.

Bei der vergleichenden Werthschätzung der rein mechanischen Verfahren zur Ausscheidung der ungelösten Stoffe gegenüber den chemischen Fällungsverfahren giebt die bekannte Crux der letzteren, die Schlammfrage, den Ausschlag. An sich ist das chemische Verfahren leistungsfähiger, bei den wesentlich grösseren Schlammmengen aber, die sich bei allen diesen bilden, und der Schwierigkeit ihrer Beseitigung und Unterbringung, verdient das mechanische Verfahren zur Zeit den Vorzug.

Wird eine durchgreifende Reinigung der Abwässer bis zur völligen Be-

seitigung der Fäulnissfähigkeit nöthig, so kommen ausser der Rieselung und eventuell der dieser nahe verwandten unterbrochenen Filtration nur das Oxydationsverfahren bezw. das Faulverfahren und das Degener'sche Kohlebreiverfahren in Frage. Die beiden ersteren sind nur anwendbar, wo geeignete Gelände in genügender Grösse zur Verfügung stehen, eine Voraussetzung, die bekanntlich nicht allzu häufig gegeben ist. Das Degener'sche Kohlebreiverfahren — an sich von hoher praktischer Bedeutung und deshalb vielfach gewiss recht empfehlenswerth — ist aber ungleich kostspieliger als das Oxydationsverfahren, so dass auch in dieser Hinsicht dem letzteren eine grosse Zukunft sicher zu sein scheint.

Der ganze Modus des Oxydationsverfahrens lässt sich mit wenigen Worten kennzeichnen. Die Schmutzwässer gelangen in ein mit Schlacke, Kokes, Ziegelbrocken, Kies oder sonstigem geeigneten Material ausgefülltes Becken, welches als Oxydationskörper bezeichnet wird. Darin bleiben sie eine bezw. mehrere Stunden stehen, um dann in gereinigtem Zustande abgelassen zu werden. Nach der Entleerung bleibt der Oxydationskörper eine Reihe von Stunden leer stehen. Darauf wiederholt sich derselbe Prozess. Dass es durch dies überaus einfache Verfahren thatsächlich gelingt, städtische Abwässer ausser von den ungelösten, auch von den gelösten fäulnissfähigen Substanzen in solchem Grade zu befreien, dass das erhaltene Produkt, der stinkenden Fäulniss überhaupt nicht mehr zugänglich ist, haben die Verfasser in einem 25½ Monate dauernden Versuch mit einem Oxydationskörper, dessen Reinigungseffekt im Laufe des Versuches nicht abnahm, klipp und klar bewiesen. Für die praktische Nutzbarmachung des so einfachen Vorganges ergiebt sich aber doch eine ganze Anzahl von Fragen mit nicht geringer Bedeutung. Um ihnen in jeder Hinsicht gerecht zu werden, haben die Verfasser zahlreiche, sehr sorgsame und vielfach variirte Versuche angestellt, und insbesondere über folgende wichtige Punkte Aufklärung geschaffen:

1. Wie lange bleibt ein Oxydationskörper funktionsfähig, wenn man ihn täglich ein Mal, bezw. zwei Mal, bezw. mehrere Male mit Abwasser füllt?
2. Weist das doppelte Oxydationsverfahren Vorzüge auf gegenüber dem einfachen Verfahren?
3. Welches Material eignet sich am besten zum Aufbau der Oxydationskörper, und welche Betriebsweise führt zu den besten Resultaten?
4. Wie lässt sich ein Oxydationskörper nach eingetretener Verschlammung wieder regeneriren?
5. Wie verhält sich das Oxydationsverfahren im Vergleich zu anderen bekannten Reinigungsverfahren in Bezug auf den Kostenpunkt?

Ein Oxydationskörper, bestehend aus Schlacke mit einer Korngrösse von 3—7 mm, der täglich ein Mal mit Abwasser gefüllt wurde, wies eine sehr allmähliche und gleichmässig bleibende Abnahme der quantitativen Leistungsfähigkeit dergestalt auf, dass seine Aufnahmefähigkeit im Laufe von 2 Jahren um etwa 40 % abnahm. Wurde derselbe Körper zwei Mal täglich gefüllt, so ging die Verschlammung mehr als doppelt so schnell vor sich, als es bei täglich einmaliger Füllung der Fall war. Eine noch stärkere Inanspruchnahme, als sie bei täglich zweimaliger Beschickung erfolgt, ist praktisch durchaus nicht empfehlenswerth. Um nun aber der Frage näher zu treten, ob man die grosse Ausdehnung, welche die Oxydationskörper gewinnen würden, die täglich nur ein bis zwei Mal mit Abwässern beschickt werden sollten, nicht dennoch ohne Nachtheil einschränken könnten, haben die Verfasser mit dem doppelten Oxydationsverfahren, bei welchem die Abwässer nacheinander zwei Körper passiren, eingehende Versuche angestellt. Dasselbe erweist sich bei gleichem qualitativen Effekt als quantitativ leistungsfähiger wie das einfache Oxydationsverfahren, wie folgende Zahlen darthun: Bei zweimaliger täglicher Beschickung reinigte das einfache Verfahren innerhalb des ersten Jahres pro 1½ cbm Oxydationskörper 269,3 cbm Abwasser, bei dem doppelten dagegen wurden 310,5 cbm in 1 cbm sekundärem Körper und ½ cbm primären Körper gereinigt. Auch die Kostenfrage erledigt sich zu Gunsten des doppelten Verfahrens unter der Voraussetzung allerdings, dass es nicht durch Terrainverhältnisse geboten ist, die Abwässer höher zu pumpen, um sie in die primären Körper zuschaffen.

Bezüglich des Materiales sprechen die Erfahrungen des Verfassers für die Verwendung der wohl überall billig zu beschaffenden Steinkohlenschlacke statt Kokes oder Kies. Sie stellen sich damit, wie sie hervorheben, in Gegen-

satz zu der überall geltenden Auffassung, als ob man bei Verwendung von Kies am billigsten fahren müsste. Diese irrige Annahme ist massgebend gewesen für die Verwendung des Kieses in verschiedenen der bislang gebauten Anlagen. Man hat eben die geringe Aufnahmefähigkeit des Kieses nicht in Betracht gezogen und hat von ihm eine zu grosse quantitative Leistung erwartet. Das Ergebniss war dann eine nicht zufriedenstellende Reinigung der Abwässer. Als Korngrösse hat sich im Allgemeinen am besten eine solche von 3—7 mm bewährt, nur beim doppelten Oxydationsverfahren wurde für den primären Körper, in welchem die Abwässer nur kürzere Zeit verweilen, meist ein etwas grösseres Korn gewählt. Oxydationskörper aus gröberem Material (bis 30 mm) geben zwar auch ein nicht mehr fäulnissfähiges, aber weniger klares Produkt als solche aus feinerem, mit denen Reinigungseffekte erzielt wurden, die den höchsten hygienischerseits zu stellenden Anforderungen entsprechen.

Was die Frage nach der Verschlammung der Oxydationskörper betrifft, so betonen die Verfasser ganz besonders, dass man bei Anwendung des Oxydationsverfahrens, einerlei ob man die Oxydationskörper aus Kokes, Schlacke oder anderem Material herstellt, auf eine mit der Zeit zunehmende Verschlammung dieser Oxydationskörper rechnen muss, und dass die Oxydationskörper mit der Zeit in ihrer quantitativen Leistung dadurch schliesslich in solchem Masse beeinträchtigt werden, dass sich ihr Betrieb nur durch eine Regeneration aufrecht erhalten lässt. Die dahin gerichteten Versuche, den theilweise verschlammten Oxydationskörpern ihre volle Aufnahmefähigkeit wieder zu verleihen, haben nun in eindeutiger Weise gezeigt, dass der sich bildende Schlamm den einzelnen Körnern des Materiales nur sehr lose anhaftet und sich durch einfache Abspülung vollständig beseitigen lässt. Der aus dem Spülwasser absitzende Schlamm lagert sich in so dichten Massen ab, dass er schon innerhalb einer Stunde auf Sand aufgebracht, stichhaltig wird. Dafür, dass die in den Oxydationskörpern sich bildenden Schlammmengen relativ sehr geringe sind, mag folgendes Beispiel dienen: Ein Oxydationskörper von 3—7 mm Korngrösse hatte 701 Füllungen erhalten, die Menge des Abwassers in Kubikmetern pro 1 cbm Oxydationskörper betrug 175,2, der Schlamm daraus in Litern pro 1 cbm Oxydationskörper 278 und der Schlamm in Litern pro 1 cbm Abwasser 1,65.

Aus den Kostenberechnungen ergiebt sich, dass das Oxydationsverfahren von allen Abwasserreinigungsmethoden, welche die Abwässer von ihrer Fäulnissfähigkeit befreien sollen, das billigste ist.

Hinsichtlich der Theorie des Oxydationsverfahrens ist zu bemerken, dass das Oxydationsverfahren zu den sogenannten biologischen Abwasserreinigungsmethoden gehört. Bei ihnen kommen die Kräfte mehrerer Faktoren zur Entfaltung: mechanische Filtration, gewisse Adsorptionskräfte und die Thätigkeit niederer und höherer pflanzlicher bezw. thierischer Lebewesen. Die Wirksamkeit der Oxydationskörper im Speziellen beruht auf Adsorptionsvorgängen, deren sonst stets in kurzer Zeit eintretende Erschöpfung verhindert wird durch die unter Zutritt atmosphärischen Sauerstoffes sich abspielende Thätigkeit von Mikroorganismen. Diese Mikroorganismenthätigkeit ist in erster Linie aufzufassen als eine Zersetzung der auf den Oxydationskörper niedergeschlagenen Schmutzstoffe. Die dadurch entstehenden Abbauprodukte der organischen Stoffe werden durch den zutretenden Sauerstoff zum Theil sofort oxydirt.

Ein besonderes Kapitel ist dem sogenannten Faulverfahren gewidmet, bei welchem die Schmutzwässer in abgedichteten Gruben oder offenen Becken der stinkenden Fäulniss überlassen werden, ehe man sie der definitiven Reinigung im Oxydationskörper oder mittelst der unterbrochenen Filtration unterzieht. Neuerdings ist das Verfahren in deutschen Fachzeitschriften sehr gerühmt und als weit leistungsfähiger hingestellt worden als das Oxydationsverfahren. Solche Urtheile wurden vorwiegend von Autoren verbreitet, welche über eigene Beobachtungen nicht verfügen. Ihre Behauptungen sind aber trotzdem viel nachgesprochen worden, zum Theil auch von Stellen aus, wo man eine gründlichere Informirung hätte voraussetzen dürfen. Nach den Untersuchungsbefunden der Verfasser ist von dem Faulverfahren weder eine höhere quantitative, noch auch eine mehr durchgreifende qualitative Wirkung als beim Oxydationsverfahren zu erzielen. Im Gegentheil standen die Leistungen des Faulverfahrens nach jeder Richtung hinter denjenigen des Oxydationsverfahrens zurück.

Alle Versuche, auf welche die vorstehenden Ausführungen sich stützen, sind in der Hamburger Klärversuchsanlage ausgeführt — einer Anlage, die vermöge ihrer Grösse und Einrichtung Betriebsergebnisse liefert, die mit im Kleinen ausgeführten Laboratoriumsversuchen auch nicht annähernd auf eine Stufe zu stellen, sondern thatsächlich solche sind, wie sie auch im allergrössten Betriebe mit gleichen Versuchsbedingungen nicht andere hätten sein können. Die zur Verarbeitung gekommenen Abwässer waren solche, wie sie von Städten, in denen der Charakter der häuslichen Schmutzwässer überwiegt, geliefert werden.

Dr. Wolff-Hamburg.

Georg Marpmann: Beiträge zur Trinkwasser-Untersuchung. Heft I. Mittheilungen aus Marpmann's hygienischem Laboratorium. Leipzig 1902. Verlag von Paul Schimmelwitz.

Soweit der Verfasser eigene Anschauungen und Vorschläge bringt, strotzt die kleine Schrift von Unrichtigkeiten; deshalb ist ein jeder, der eine Trinkwasserbeurtheilung vornehmen will, inständig und nachdrücklich davor zu warnen, die hier empfohlene Methode für Trinkwasser-Untersuchung anzuwenden und auf Grund derselben ein Urtheil abzugeben, wenn er nicht Gefahr laufen will, sich unsterblich zu blamiren. Jemand, der die chemische und bakteriologische Untersuchung des Trinkwassers beherrscht, wird nach der Lektüre der Brochüre verblüfft sein, über die Unverfrorenheit, mit der aus einem „hygienischen Laboratorium" Dinge behauptet werden, die geradezu ungeheuerlich sind und zu deren richtiger Kennzeichnung wirklich nur die schärfsten Ausdrücke eben hinreichen. Möge der Verfasser nach dieser Leistung die Welt mit weiteren Mittheilungen aus seinem „hygienischen Laboratorium" verschonen.

Dr. Wolff-Hamburg.

Otto Janke: Grundriss der Schulhygiene. Für Lehrer, Schulaufsichtsbeamte und Schulärzte. Zweite, vollständig umgearbeitete und erweiterte Auflage. Hamburg und Leipzig 1901. Verlag von Leopold Voss. Kl. 8°; 306 Seiten.

„Die Zustände unserer Schulen in hygienischer Beziehung zu bessern, ist vor Allem die Lehrerschaft berufen. Diese muss deshalb mit den nöthigen Kenntnissen ausgerüstet sein. Wo die Voraussetzung nicht zutrifft, da helfen die besten schulhygienischen Einrichtungen nichts. Aber auch dort, wo unter ungünstigen gesundheitlichen Verhältnissen gearbeitet werden muss, ist dem mit ausreichenden hygienischen Kenntnissen ausgerüsteten Lehrer die Möglichkeit gegeben, vielfach vorbeugend, schützend und bessernd zu wirken." Diese treffenden Ausführungen im Vorworte des „Grundrisses" haben den Autor bei der Bearbeitung des Buches geleitet. Janke, Lehrer an der Gemeindeschule zu Berlin, hat sich bereits früher auf schulhygienischem Gebiete hervorgethan, besonders durch die Mitarbeiterschaft an dem bekannten Baginsky'schen „Handbuch der Schulhygiene." Der „Grundriss" ist eine Arbeit aus der Schulpraxis für die Schulpraxis. Wenn die vorgetragenen Lehren Gemeingut aller Lehrer werden, ist sicherlich viel Gutes für die Schule und die Schulkinder zu erwarten. Die Gliederung des Stoffes ist eine logische, die Schreibweise klar, für den Laien verständlich und überzeugend.

Dem Schulaufsichtsbeamten und besonders auch dem Schularzte bringt der Grundriss nichts Neues. Immerhin giebt er auch diesen Gelegenheit, sich schnell über einen Gegenstand zu orientiren, was um so werthvoller ist, weil Verfasser die bezüglichen Ministerial- u. s. w. Verfügungen an der entsprechenden Stelle anführt. Auch das beigegebene, sehr umfangreiche Litteraturverzeichniss ist von hohem Werthe. Ausstattung und Druck des Werkes sind vorzüglich, der Preis (4 Mark ungebunden, 5 Mark gebunden) ein niedriger.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Dr. Theodor Altschul, K. K. Sanitätsrath: **Nutzen und Nachtheile der Körperübungen.** Nach einer im Jugendspiel-Unterrichtskursus in Prag im Sommer 1900 gehaltenen Vortragsreihe. Mit 9 Abbildungen im Text. Hamburg u. Leipzig 1901. Verlag von Leopold Voss. 8°; 76 S. Preis: 1,50 M.

Vor nicht zu langer Zeit wurde die Ausbildung des Geistes als die einzige Aufgabe der Schulerziehung angesehen und die Körperpflege vernach-

lässigt. Gegenwärtig wird auch die körperliche Entwicklung der Kinder immer mehr in's Auge gefasst. Ob auf diesem Gebeite, man denke nur an den Radfahr- und Rudersport, an einzelnen Stellen nicht zu viel geschieht? Sehr zur rechten Zeit ist das vorliegende Werkchen erschienen, das sich auch mit Beantwortung dieser Frage befasst. Der erste Theil bespricht „Zweck und Nutzen der Körperübungen (Anatomie und Physiologie der Körperbewegungen). Im zweiten Abschnitte werden die möglichen Nachtheile der Körperübungen eingehend erörtert, und zwar in gesonderten Kapiteln die Schädigungen 1) für das Skelett. 2) für die Muskulatur und das Nervensystem, 3) für das Herz und die Blutbewegung (Herzthätigkeit, insbesondere bei Fussball und Radfahren, 4) für die Athmungsorgane. Im Anhange wird eine Darstellung der bei plötzlichen Erkrankungen und Unfällen während der Körperübungen erforderlichen Massregeln gegeben.

Der Inhalt des Werkchens ist sehr reichhaltig, die Darstellung flott und trotz der gebotenen Kürze klar und übersichtlich. Das Büchlein kann allen Freunden der Leibesübungen warm empfohlen werden; auch der Arzt dürfte aus demselben manche Anregung empfangen.

Dr. Glogowsky-Görlitz.

Tagesnachrichten.

Von der dem Bundesrathe in dem Krankenversicherungs-Gesetze ertheilten Ermächtigung zur Ausdehnung der Krankenversicherung auf die Heimarbeiter soll jetzt Gebrauch gemacht werden. Ein Entwurf der zu diesem Zweck zu erlassenden Verordnung ist bereits ausgearbeitet; nach demselben soll die Ausdehnung der Versicherung am 1. Januar 1903 in Kraft treten.

Durch Königliche Verordnung vom 14. April d. J. ist für Preussen die Errichtung einer Landesanstalt für Gewässerkunde angeordnet und den Ressorts der Minister für öffentliche Arbeiten und für Landwirthschaft unterstellt. Zu ihren Obliegenheiten gehören: die Sammlung, einheitliche Bearbeitung und Ergänzung der Beobachtungen über den Abflussvorgang bei schiffbaren und nicht schiffbaren Gewässern sowie Ermittelung der dafür massgebenden Verhältnisse, die Verwerthung der Untersuchungsergebnisse, die Mitwirkung bei der Lösung wasserwissenschaftlicher Fragen aller Art u. s. w. Die Leitung der Anstalt ist dem vortragenden Rath im Ministerium für öffentliche Arbeiten, Geh. Baurath Keller übertragen; ferner sind der Anstalt die Reg.- und Bauräthe Bindemann und Ruprecht als Abtheilungsvorsteher und die wissenschaftlichen Hülfsarbeiter Dr. phil. Vogel und Dr. phil. Fischer als Mitarbeiter überwiesen.

Dem Abgeordnetenhause ist der Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Ausführung des Schlachtvieh- und Fleischbeschaugesetzes, zugegangen. Darnach sollen alle zum Genuss für Menschen bestimmte Schweine und Wildschweine auf Trichinen untersucht werden. In Gemeinden mit Schlachthauszwang darf die Schlachtvieh- und Fleischbeschau in öffentlichen Schlachthäusern nur von approbirten Thierärzten ausgeübt werden; jedoch können zur Ausführung der Trichinenschau und zur Unterstützung bei der Finnenschau auch andere als Fleischbeschauer ausgebildete Personen bestellt werden, desgleichen darf solchen in Orten mit weniger als 10000 Einwohnern die Fleischbeschau in öffentlichen Schlachthäusern mit Genehmigung der Landespolizeibehörde übertragen werden. Gemeinden mit Schlachthauszwang haben für bedingt taugliches Fleisch Freibänke einzurichten; im Uebrigen kann deren Errichtung durch Gemeindebeschluss oder durch die Landespolizeibehörde nach Anhörung der Gemeinde angeordnet werden. Der Gesetzentwurf enthält ausserdem noch Bestimmungen über die Erhebung von Gebühren, über die Verpflichtung der Gemeinden u. s. w. zur Bereitstellung von Hülfsmannschaften, Transportmitteln und Räumlichkeiten behufs Beseitigung von beanstandetem Fleisch, über das Beschwerdeverfahren und die Inkrafttretung des Gesetzes. In der Begründung heisst es betreffs der obligatorischen Ein-

führung der Trichinenschau bei Schweinen: „Der Entwurf des Reichsgesetzes hat die Trichinenschau bei Schweinen für das ganze Reich obligatorisch machen wollen, der Reichstag jedoch die Regelung der Trichinenschau lediglich dem Landesrecht überlassen. In Preussen hat die Zahl der auf Trichinen untersuchten Schweine in dem Zeitraume 1893 bis 1900 von 6251776 auf 9896969 zugenommen; der Prozentsatz der trichinös befundenen Schweine ist von 0,0227 auf 0,0143 abgenommen. Immerhin ist die Zahl der alljährlich ermittelten trichinösen Schweine (1900: 1415) absolut noch so beträchtlich, dass die Gefahren nicht untersuchten Fleisches für die menschliche Gesundheit nicht von der Hand gewiesen werden können, wenigstens so lange damit gerechnet werden müsse, dass der eingebürgerte Genuss rohen Schweinefleisches in Form von Räucherwaaren u. s. w. in Norddeutschland üblich und deshalb der in einer gründlichen Durchkochung des Schweinfleisches liegende Selbstschutz gegen die Trichinose ein unerfüllter Wunsch bleibt. Ein Einwand wegen der Höhe der Kosten ist gegenüber einer zum Schutze des Lebens und der Gesundheit erforderlichen Massregeln nicht am Platze. Es handelt sich in Preussen höchstens um 5 Proz. der geschlachteten Schweine, bei denen gegenwärtig die Trichinenschau unterbleibt. Das Bedürfniss für eine mikroskopische Untersuchung liegt nicht nur für Hausschweine, sondern auch für Wildschweine vor, die ziemlich häufig mit Trichinen behaftet sind. Auch beim Hunde, der Katze, dem Bär, Fuchs, Dachs, Marder und Iltis kommen Trichinen vor. Im Hinblick darauf, dass das Fleisch dieser Thiere selten oder gar nicht zum Genusse für Menschen verwendet wird, kann aber die Ausdehnung der Trichinenschau auf andere Thiergattungen als Schweine oder Wildschweine örtlichen Verordnungen überlassen werden.

Im Abgeordnetenhause ist von Mitgliedern der konservativen, der freikonservativen Partei und des Zentrums ein Gesetzentwurf, betreffend die Schlachtvieh-Versicherung, eingebracht. Nach demselben sollen die Provinzialverbände Schlachtvieh-Versicherungsanstalten auf Gegenseitigkeit errichten, um die Versicherten gegen Verluste, die durch Beanstandung des Fleisches bei der amtlichen Schlachtvieh- und Fleischbeschau entstehen, zu schützen. Die Versicherungsanstalt soll den vollen Betrag derjenigen Summen vergüten, um die der Werth des geschlachteten Thieres durch die Feststellung der Untauglichkeit oder der bedingten Tauglichkeit oder der Minderwerthigkeit des Fleisches herabgesetzt wird. In allen Städten und in den von den Provinzialverbänden festzustellenden grösseren Landgemeinden sind Freibänke zu errichten. Die durch die Geschäftsführung der Provinzialanstalt für Schlachtviehversicherung entstehenden allgemeinen Verwaltungskosten und alle übrigen örtlichen Verwaltungskosten sind ebenso wie die Entschädigungen auf die Versicherungsnehmer umzulegen. Die Staatskasse soll jedoch den provinziellen Schlachtviehversicherungsanstalten einen Beitrag von 25 Prozent zu den Entschädigungen gewähren.

Todesfall. Am 20. Mai d. J. ist in Steglitz bei Berlin der Geh. Obermedizinalrath a. D. Prof. Dr. Skrzeczka im Alter von 69 Jahren verschieden. Nachdem er kurze Zeit in Königsberg i. Pr. Kreiswundarzt für den Stadt- und Landkreis gewesen und sich hier auch als Privatdozent für Staatsarzneikunde niedergelassen hatte, wurde er schon im Jahre 1864 als ausserordentlicher Professor für gerichtliche Medizin und gerichtlicher Stadtphysikus nach Berlin berufen und in Folge seiner hervorragenden Leistungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin im Jahre 1867 zum Hülfsarbeiter, 1869 zum ordentlichen Mitgliede der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen ernannt. Vom Jahre 1875 ist er dann als Reg.- und Medizinalrath bei dem Polizei-Präsidenten in Berlin thätig gewesen, bis im Jahre 1882 seine Ernennung zum Geheimen Medizinalrath und vortragenden Rath in der Medizinal-Abtheilung des Kultusministeriums erfolgte. 16 Jahre hat er diese verantwortungsvolle Stellung eingenommen und sich in derselben ebenso wie in allen seinen früheren Dienststellen nicht nur durch seine aussergewöhnliche Pflichttreue und Arbeitskraft, seine hervorragende wissenschaftliche Tüchtigkeit und praktische Erfahrung, sondern auch durch seinen reinen, lauteren Charakter, seine grosse Herzensgüte, seine sich immer gleich bleibende persönliche Liebenswürdigkeit und Bescheidenheit das vollste Vertrauen und die grösste Hochachtung seiner

Vorgesetzten, seiner Kollegen und Untergebenen erworben. Insbesondere gilt dies betreffs der Medizinalbeamten, deren Geschicke er als Personaldezernent bis zu seinem im Jahre 1898 erfolgten Ausscheiden aus seinem Amte mit äusserst wohlwollender Hand gelenkt hat; ihre Wünsche und Bestrebungen haben bei ihm stets bereitwilliges Entgegenkommen und wirksame Unterstützung gefunden. Sein Andenken wird daher bei ihnen allzeit in hohen Ehren bleiben!

Neue Aerzteordnung für Württemberg. Dem Württembergischen Landesausschuss ist vom K. Ministerium des Innern der Entwurf einer neuen Aerzteordnung zugegangen, der die Bildung einer Aerztekammer für denjenigen Staat vorsieht, zu der auf je 20 wahlberechtigte Aerzte ein Mitglied und ein Ersatzmann zu wählen ist. Wahlberechtigt sind sämmtliche Praxis ausübende Aerzte, die Angehörige des Deutschen Reiches sind und die bürgerlichen Ehrenrechte besitzen. Nicht wahlberechtigt sind die aktiven Militärärzte; Aerzte, die Praxis nicht oder nicht mehr ausüben, können das Wahlrecht beibehalten, wenn sie eine diesbezügliche Erklärung abgeben, werden dann aber auch zu den Umlagen herangezogen. Die Kammer soll die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes wahrnehmen, zu diesem Zwecke sich mit allen Angelegenheiten befassen, welche den ärztlichen Beruf oder das Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege betreffen und auf Standesinteressen sich beziehen. Auch kann sie Einrichtungen zur Fürsorge für bedürftige Aerzte und deren Hinterbliebene, sowie sonstige Wohlfahrtseinrichtungen anordnen. Die Kammer kann Anträge und Vorstellungen an die Staatsbehörde richten, und soll in allen wichtigen, die Interessen des ärztlichen Standes berührenden Angelegenheiten gehört werden. Die Kammer wählt aus ihrer Mitte einen Vorstand, der aus einem Vorsitzenden und 8—12 Mitgliedern besteht. Die Staatsaufsicht über den Geschäftsbetrieb der Kammer und des Vorstandes wird durch den Minister des Innern ausgeübt.

Die Berufs- und Standespflichten des Arztes werden durch eine Standesordnung festgestellt, die vom Ministerium des Innern nach Anhörung der Kammer erlassen wird. Ein Arzt, der die ihm obliegenden Pflichten verletzt, hat die ehrengerichtliche Bestrafung verwirkt. Politische, wissenschaftliche und religiöse Ansichten oder Handlungen eines Arztes können niemals den Gegenstand eines ehrengerichtlichen Verfahrens bilden. Dem ehrengerichtlichen Verfahren unterstehen nicht die aktiven Militärärzte und diejenigen des Beurlaubtenstandes für die Dauer ihrer Einberufung zur Dienstleistung, sowie die im Staatsdienste angestellten Aerzte, jedoch unterliegen diese dem zur Beilegung von Streitigkeiten vorgesehenen Vermittelungsverfahren, allerdings unter gewisser Einschränkung. Für die 4 Kreise des Landes wird je ein Ehrengericht gebildet, das aus 4 Aerzten besteht, die nebst 4 Stellvertreter von den wahlberechtigten Aerzten des Kreises aus ihrer Mitte gewählt werden. Mindestens die Hälfte der ärztlichen Mitglieder muss zur Kategorie der der ehrengerichtlichen Zuständigkeit unterstehenden Aerzte gehören; es können also auch beamtete Aerzte gewählt werden. Ausserdem hat der Vorstand der Aerztekammer für jedes Ehrengericht ein richterliches Mitglied eines ordentlichen Gerichtshofes zu wählen.

Ehrengerichtliche Strafen sind: Verwarnung, Verweis, Geldstrafe von 20—1500 M.; Aberkennung der Wahl- und Wählbarkeitsrechte zur Aerztekammer bis zur Dauer von 5 Jahren; die beiden letztgenannten Strafen können verbunden werden.

Gegen die Entscheidung des Ehrengerichts steht Kläger und Beklagtem die Berufung an den Ehrengerichtshof zu. Der Ehrengerichtshof besteht aus einem höheren Beamten des Departements des Innern als Vorsitzenden, aus einem Mitglied des Oberlandesgerichts, aus 5 Mitgliedern der Aerztekammer. Vorsitzender und richterliches Mitglied werden durch Königliche Entschliessung ernannt, die 5 Mitglieder der Aerztekammer von der Aerztekammer gewählt.

Im Grossen Ganzen ist der Entwurf den preussischen Bestimmungen, insbesondere auch betreffs des ehrengerichtlichen Verfahrens nachgebildet.

Der fünfte Deutsche Samaritertag findet am 1. und 2. Juli d. J. in Posen statt. Die vorläufige Tagesordnung ist, wie folgt, festgesetzt: Dienstag, den 1. Juli, Nachmittags 5 Uhr: Sitzung des Hauptausschusses,

darnach gemeinsame Sitzung des Haupt- und Ortsausschusses; Abends 8 Uhr: Begrüssung und gesellige Vereinigung. Mittwoch, den 2. Juli, Vormittags 7½ Uhr: Vorführung von städtischen Rettungseinrichtungen, Uebung der Feuerwehr im Rettungsdienst. Vormittags 9 Uhr: Allgemeine Sitzung: 1. Begrüssungen, 2. Vorträge: a. Die Bedeutung des ärztlichen Standes für das Rettungswesen (Referent: Wirkl. Geh. Rath Prof. Dr. v. Bergmann); b. Rettungswesen in Städten (Referent: Prof. Dr. Georg Meyer-Berlin), c. Organisation der weiblichen Krankenpflege (Referent: Prof. Dr. Zimmer-Zehlendorf), d. Der Rettungsdienst im Eisenbahnverkehr (Referent: Geh. San.-Rath Dr. Brähmer-Berlin), e. Die Frage der Unterbringung und Versorgung von bewusstlosen Personen und Krampfkranken im Rahmen der Aufgaben des Rettungswesens (Referent: Direktor Dr. Schlesinger-Berlin). Nachmittags 5 Uhr: Geschäftssitzung. Abends 7 Uhr: Festtafel mit Damen.

Anmeldungen nimmt die Geschäftsstelle in Leipzig, Nikolaikirchhof Nr. 2, entgegen.

Auf der am 6. Mai d. J. in Hamburg abgehaltenen XI. **Konferenz der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen** bildete die **Erleichterung der Unterbringung bedürftiger Kranken in Heilstätten, Heimstätten und Genesungsheimen** den zweiten Gegenstand der Berathung.

Der erste Referent Dr. med. Weicker-Görbersdorf behandelte **die Unterbringung bedürftiger Kranken in Anstalten.** Für die Bekämpfung der Tuberkulose gelte z. Z. die Heilstättenbehandlung als souverän. Als conditio sine qua non der Einweisung in ein Sanatorium werde initiales Stadium der Krankheit gefordert, als Ziel der Heilstättenbehandlung Wiedererlangung der verlorenen Arbeitsfähigkeit angestrebt. Es sei aber als ein einseitiges Vorgehen anzusehen, alle die Kranken von der Fürsorge ausschliessen zu wollen, deren Krankheit bereits weiter vorgeschritten ist. Diese Einseitigkeit bedürfe dringend einer Ergänzung. Vom humanitären und vom volkswirthschaftlichen Standpunkte aus müsse man vielmehr sein Augenmerk nach zwei Seiten richten, deren eine dahin streben müsse, initialen Fällen das Heilverfahren leicht und ohne Zeitverlust zugänglich zu machen, während die andere das Ziel zu verfolgen habe, der grösseren Zahl der Schwindsüchtigen, welche nicht mehr im initialen Stadium stehen, den Genuss eines Heilverfahrens oder eines Heimstättenaufenthalts zu verschaffen. Um dies zu erreichen, sei es nothwendig, dass die Vereine sich von den Tendenzen der Landesversicherungsanstalten emanzipiren und sich zuwenden 1. den bedürftigen versicherten Kranken, deren Behandlung nicht mehr aussichtvoll ist, 2. den Nichtversicherten, mögen sie leichter oder ernster erkrankt sein, und dass hier der Begriff der Bedürftigkeit nicht zu eng gefasst werde. Ausserdem müsse überhaupt eine planmässigere Bekämpfung der Tuberkulose als bisher geübt werden. Vor Allem seien neben Heilstätten Heimstätten zu schaffen, um sowohl Vorgeschritteneren Unterkunft zu bieten, als auch die Infektionsherde, welche Schwertuberkulöse bilden, zu isoliren. Die Thätigkeit der Aerztevereine, Kreise und Kommunen müsse systematisch ausgearbeitet werden. An die Krankenhäuser in den Städten und an die Kreis-Krankenhäuser sollten Polikliniken angeschlossen werden, die mit Beobachtungspavillons für verdächtige und für vorgeschrittene Fälle, sowie mit Auskunfteien für Lungenkranke zu verbinden wären. Die an einzelnen Orten schon erzielten Erfolge sollten in Flugblättern und Jahresberichten möglichste Verbreitung dort finden, wo auf Nachahmung zu hoffen sei. Als wirksamstes Mittel aber sei der Erlass eines Tuberkulosegesetzes anzustreben, wie Schweden und Norwegen es bereits besitzen.

Ueber die **Fürsorge für die Familien von Anstaltspfleglingen** sprach als zweiter Referent Geh. Admiralitätsrath Harms-Berlin. Wenn nicht für eine ausreichende Familienunterstützung in allen den Fällen, in welchen sich eine solche als nothwendig erweise, Sorge getragen werde, könne von einer erfolgreichen Behandlung in den Volksheilstätten oder Genesungsheimen keine Rede sein. Sollen also die Volksheilstätten und Genesungsheime das nützen, was sie ihrer Natur nach nützen können, so müsse der Pflegling seine Familie versorgt wissen. Der Referent schilderte die Thätigkeit der verschiedenen Faktoren, die bei der Fürsorge für die Familien in Betracht kommen: der Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten, der organisirten Wohlthätigkeit, der Vereine, Arbeitgeber u. s. w., um sich dann der Frage

zuzuwenden, ob die heutige ergänzende Familienfürsorge ausreichend ist. Er verneinte diese Frage. Die bis jetzt bestehende ergänzende Familienfürsorge reiche nicht aus. Für sehr viele Familien von Pfleglingen der Heilstätten und Genesungsheime bestehe die Gefahr eines wirthschaftlichen Verfalls in viel höherem Masse, als man bisher vielleicht glaube annehmen zu dürfen. Demgegenüber sei anzustreben, dass ebenso, wie die Arbeitgeber bei den von ihnen begründeten Genesungsheimen die Familienfürsorge geregelt haben, auch die Vereine, welche Lungenheilstätten oder Genesungsheime begründen, gleichzeitig die ergänzende Familienfürsorge für die Pfleglinge ihrer Anstalten organisiren. Keine Heilstätte u. s. w. sollte eröffnet werden, bei welcher diese Frage nicht ausreichend geregelt sei. Als Endziel müsse unbedingt hingestellt werden, dass jede Familie, deren Ernährer Heilstätten oder Genesungsheime aufgesucht habe, vor wirthschaftlichem Verfall seitens ihrer glücklicheren Mitmenschen bewahrt werde.

Hierauf referirte Landesrath Dr. Liebrecht-Hannover über die Grenzen der Mitwirkung der Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten. Die Schranken, die den Versicherungsanstalten gezogen seien, hat zum Theil das Gesetz selbst gesetzt. Es beschränkt die Fürsorge der Anstalten auf diejenigen Versicherten, die durch die Hülfe der Versicherungsanstalt so weit gebessert werden können, dass sie keiner Rente bedürfen. Damit scheidet also schon eine grosse Anzahl Bedürftiger aus, die nicht berücksichtigt werden können. Aber auch nicht einmal allen denen, welche nach ärztlichem Gutachten so weit gebessert werden können, dass sie keine Rente erhalten, kann seitens der Versicherungsanstalten (wenigstens von der Mehrzahl) geholfen werden; denn dazu reichen weder die Mittel, noch die den Anstalten zur Verfügung stehenden Plätze aus. Die Versicherungsanstalten müssen sich daher auch noch selbst beschränken und thun dies ganz richtig im eigenen Interesse dadurch, dass sie die Auswahl immer sorgfältiger mit Rücksicht auf den zu erhoffenden Erfolg vornehmen und immer mehr dahin streben, nur die sogenannten initialen Fälle zu nehmen. Auch in der Fürsorge für die Familienangehörigen sind die Anstalten an die gesetzlichen Vorschriften gebunden. Bezüglich der Heilstättenkur wies der Referent auf den Vorgang von Hannover als Erfolg versprechend hin. Es wird hier beabsichtigt, der Periode der Ruhe in den Lungenheilstätten eine Periode landwirthschaftlicher Arbeit gegen Lohn folgen zu lassen, natürlich nur für diejenigen Pfleglinge, denen es nach ärztlichem Gutachten dienlich sei, und in der Art und in dem Umfange, wie es für sie zweckmässig erscheine. Die grossen Aufgaben, welche die Anstalten auf dem Gebiete der Wohnungsfrage zu lösen haben, und die Bedeutung dieser Frage für die Volksgesundheit überhaupt werden ebenfalls ganz besonders zu berücksichtigen sein.

In der darauf folgenden Diskussion wies Dr. Wolf Becher-Berlin auf die Erholungsstätten vom Rothen Kreuz in Berlin hin und schilderte sie nach ihrer Absicht, Organisation und Bedeutung. Er warnte ferner davor, auf Polikliniken für Lungenkranke allzu grosse Hoffnungen zu setzen. Von der Berliner Poliklinik seien solche z. B. nicht erfüllt worden. Demgegenüber schildert Landesrath Meyer-Berlin die Erfolge, die nach seinen Erfahrungen diese Poliklinik erreicht habe. Geh. Reg.-Rath Bielefeld vom Reichs-Versicherungsamt gab interessante Daten aus der Statistik über die bisherigen Aufwendungen für Lungenheilstätten, über die Personen, denen sie zu Gute gekommen sind, und über die Heilerfolge. Ueber die weitgehende Fürsorge für Tuberkulöse in Charlottenburg berichtete Stadtrath Samter-Charlottenburg. Die Stadt hat sich mit Krankenkassen und Erholungsstätten in Beziehung gesetzt, um unter weitgehender Uebernahme der Kosten bedürftigen Kranken helfen zu können. Neuerdings soll vom Rothen Kreuz ein Zentralbureau für Tuberkulöse eingerichtet werden, das mit den Aerzten in Verbindung steht und sich von diesen die Fälle angeben lässt, in denen ein Eingreifen nöthig erscheint. Es wird alsdann eine Schwester in die betreffenden Familien gesandt und die nothwendige Hülfe gewährt. Das Vorgehen von Leipzig schildert Verwaltungsgerichtsdirektor Uhlmann-Leipzig. Direktor Gebhard-Lübeck betonte gegenüber dem Referat von Dr. Weicker, dass die Vereine in ihrem Bestehen darauf angewiesen seien, von den Versicherungsanstalten Kranke zugewiesen zu erhalten. Im Uebrigen dürfe man nicht schematisiren. Möglichst viele Organisationen sollten sich bilden, die dann vereint zur Bekämpfung der

Tuberkulose vorschreiten müssten. Direktor Dr. Bühl-Hamburg wünschte die Armenverwaltungen von der Mitarbeit nicht ausgeschlossen zu sehen. In Hamburg hätten auch sie erfolgversprechend mit eingegriffen. Stadtrath Scholz-Posen wollte die Hauptthätigkeit Vereinen zuweisen. Der Reg.-Rath Dr. Grünberg schilderte das Vorgehen der Eisenbahnverwaltung. In Halle ist eine Bekämpfung der Tuberkulose in den Wohnungen eingeleitet, über die Stadtrath Pütter berichtete. Die Stadt sorgt dafür, dass die Kranken eigenes Geschirr erhalten und eventuell in eigenen Zimmern von den Familienangehörigen abgeschlossen wohnen. Die Thätigkeit der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein schilderte Landesrath Hansen-Kiel; Reg.-Rath Dufmann-Oldenburg wünschte, dass durch das Eingreifen von Staat und Kommunen eine Grundlage geschaffen werde für die Fürsorge der nichtversicherten Kranken, wie eine solche für die Versicherten in den Landesversicherungsanstalten bestehe. (Nach einem Bericht in Nr. 106 des Reichsanzeigers.)

Die **Pocken** sind in London noch immer ziemlich stark ausgebreitet Die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug in den Wochen vom 18. März bis 5. Mai 406 (65), 353 (62), 343 (67), 247 (54), 339 (42), 332 (43), 269 (41); die Gesammtzahl seit Ausbruch der Epidemie 7522 (1159). Auch in Liverpool herrscht die Seuche in grösserem Umfange.

Pest. In Aegypten sind in den 9 Wochen vom 14. März bis 8. Mai 8, 22, 12, 21, 29, 22, 22 und 22 Pesterkrankungen mit 2, 11, 9, 13, 14, 12, 13 und 11 Todesfällen vorgekommen, darunter je 2 Erkrankungen Mitte April und Anfangs Mai in Alexandrien.

In Indien hat die Seuche im März noch weiter zu-, dann aber sehr erheblich abgenommen. Es erkrankten bezw. starben in den Wochen vom 22. Februar bis 25. April: in der Präsidentschaft Bombay: 8708 (6321), 7671 (5904), 7610 (5796), 5852 (4394), 5173 (3933), 5587 (4245), 4026 (3093), 2945 (2382), in der Stadt Bomba'y: 1003 (856), 1026 (892), 974 (743), 853 (751), 1076 (909), 1057 (830), 659 (589), in Kalkutta vom 22. Februar bis 25. April 415 (349), 519 (462), 536 (501), 444 (420), 597 (550), 798 (689).

In Kapland sind nur noch vereinzelte Pestfälle in Port Elisabeth vorgekommen. In Mauritius betrug die Zahl der Pesterkrankungen und Todesfälle vom 7. Februar bis 6. März: 54 (28) und vom 7. Eebruar bis 10. April 24 (17).

In Pernambuco (Brasilien) sind vom 28. März bis 30. April 108 Erkrankungen an Pest mit 71 Todesfällen zur Anzeige gebracht.

Sprechsaal.

H. Kreisassistenzarzt Dr. W. in W. Unter den „**sonst übertragbaren Krankheiten**“ (s. Ueberschrift des XXII. Abschnitts der Dienstanweisung „Verhütung und Bekämpfung gemeingefährlicher und sonst übertragbarer Krankheiten“) sind, wie sich aus der auf das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten hinweisenden Fussnote ergiebt, alle diejenigen übertragbaren Krankheiten zu verstehen, die in dem Reichsseuchengesetze nicht aufgeführt sind, also Unterleibstyphus, Diphtherie u. s. w

---

H. Kreisarzt Dr. St. in B. **Stellvertretung des Regierungs- und Medizinalraths bei den Apothekenbesichtigungen durch den Kreisarzt.** Nach §. 2 der Anweisung für die amtliche Besichtigung der Apotheken vom 18. Februar 1902 kann der Regierungs- und Medizinalrath nur ausnahmsweise durch einen Kreisarzt bei den Apothekenbesichtigungen vertreten werden; es braucht dies aber nach dem Wortlaut der Bestimmung nicht der „zuständige“ Kreisarzt zu sein. In der Regel wird dieser allerdings schon mit Rücksicht auf die Wahrung seiner amtlichen Autorität mit der Vertretung beauftragt werden, abgesehen von den Fällen, wo jene nicht zulässig ist, also an seinem Wohnorte, falls dieser weniger als 100000 Einwohner zählt und wenn auch für den Regierungs- und Medizinalrath ein oder zwei „ständige“ Stellvertreter bei den Besichtigungen der Apotheken aus der Reihe der Kreisärzte ernannt werden, wozu es der ministeriellen Genehmigung bedarf.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei in Minden.

15. Jahrg. 1902.

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,
Herzogl. Bayer. Hofbuchhändler.
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.

Bemerkungen zu der von Placzek angegebenen neuen Lungenprobe.

Von Prof. Dr. E. Ungar-Bonn.

Von der Annahme ausgehend, dass die hydrostatische Lungenprobe keineswegs die wichtige Bedeutung habe, welche ihr die Mehrzahl der Gerichtsärzte zuweise, dass ihr Ergebniss durchaus nicht eine jeden Zweifel ausschliessende Zuverlässigkeit besitze, schlägt Placzek eine neue Lungenprobe vor. In der betreffenden Abhandlung,[1]) über welche bereits in Nr. 10 Jahrgang 1900 dieser Zeitschrift ausführlicher referirt ist, weist Placzek darauf hin, dass, wie Donders betonte, in einem Brustraume, der lufthaltige Lungen enthält, vermöge des Retraktionsbestrebens derselben ein negativer Druck herrsche, woraus mit Nothwendigkeit der weitere Schluss gezogen werden müsse, dass in dieser Körperhöhle der Druck gleich Null sei, wenn die Lungen fötale seien. Es sei also nur der Nachweis des im Brustraum vorhandenen Manometerdruckes von Nöthen, um über stattgehabte oder nicht stattgehabte Athmung zu entscheiden. Zu diesem Zwecke empfiehlt Placzek ein Troikart mit leicht gekrümmter Spitze, dessen Kanüle an ihrer Aussenwand einen Abschlusshahn trägt, und den er nach Einführung durch einen Interkostalraum mit einem Quecksilbermanometer in Verbindung bringt. Uebereinstimmend sei hierbei das Quecksilber in dem zugewandten Manometerschenkel um 2—30 mm

[1]) Münchener Med. Wochenschrift; 1902, Nr. 7, S. 267.

gestiegen, wenn die Lungen lufthaltig waren, und unberührt geblieben, wenn die Lungen fötale waren. Obwohl seine zahlreichen Versuche eindeutig ausgefallen und auch die physiologischen Prinzipien der Probe richtig seien, will Placzek keineswegs behaupten, dass auch in Zukunft das Ergebniss gleichmässig sein müsse, und diese Methode nicht auch falsche Resultate liefern könne. Es erscheint ihm daher gerathen, die Nachprüfung der Fachgenossen abzuwarten.

Geht nun auch Probiren über Studiren, so erscheint mir doch schon heute eine Stellungnahme zu dem Vorschlage Placzek's, wenn auch nur auf Grund theoretischer Betrachtungen, um so mehr angezeigt, als diese theoretischen Betrachtungen auch auf diejenigen Gesichtspunkte aufmerksam machen sollen, welche bei einer etwaigen Nachprüfung der vorgeschlagenen Probe in's Auge zu fassen sind.

Es wäre zunächst die Frage zu erörtern, ob anzunehmen ist, dass die neue Probe auch in allen Fällen, in denen die Lungen durch Athmen lufthaltig geworden sind, positiv ausfällt.

Die Annahme Placzek's, dass, wenn die Lungen lufthaltig geworden, im Brustraum stets durch das Manometer nachweisbarer negativer Druck bestehe, steht zunächst in Widerspruch mit der von Hermann vertretenen Ansicht, dass eine Aspiration des Thorax nach den ersten Inspirationen noch nicht bestehe, dass sich dieselbe vielmehr erst allmählich ausbilde. Nachdem Bernstein in einer Abhandlung über die Entstehung der Aspiration des Brustkorbes bei der Geburt[1]) von der Annahme ausgegangen war, dass bereits nach der ersten Inspiration eine bleibende Thoraxerweiterung und damit die Aspiration des Thorax hergestellt sei, trat Hermann[2]) dieser Anschauung auf Grund eigener Versuche an den Leichen Neugeborener, die unzweifelhaft und kräftig geathmet hatten, und von denen das jüngste in der ersten Stunde, das älteste 8 Tage nach der Geburt gestorben war, entgegen. In allen seinen Versuchen konnte er keine Aspiration des Thorax nachweisen. Auch nachdem Bernstein[3]) in einer weiteren Arbeit über einschlägige Versuche an jungen Ziegen und Schafen berichtete, und darauf hinwies, dass bei den untersuchten Thieren die Aspiration des Thorax in Folge der ersten kräftigen Athembewegungen unmittelbar nach der Geburt entstanden sei, hielt Hermann seine Behauptung aufrecht, indem er sich darauf berief, dass beim Menschen die Entwickelung der Aspiration überhaupt später sei, als bei Thieren.[4]) Er führt die Entstehung der Aspiration auf eine Wachsthumsdifferenz zwischen Brustkasten und Lungen zurück, während Bernstein der Ansicht ist, dass

---

[1]) Pflüger's Archiv; Bd. 17, S. 617.

[2]) Hermann: Das Verhalten des kindlichen Brustkastens bei der Geburt. Pflüger's Archiv; Bd. 30, S. 276.

[3]) Bernstein: Pflüger's Archiv; Bd. 34, S. 21.

[4]) Hermann: Noch einmal das Verhalten des kindlichen Brustkastens bei der Geburt. Pflüger's Archiv; Bd. 35, S. 26.

die Aspiration durch Ueberdehnung der expiratorisch wirkenden Apparate zu erklären sei.

Die Anschauungen der Physiologen über den Zeitpunkt des Eintritts der Aspiration des Thorax sind also nicht einheitliche. Jedenfalls besteht aber ein Widerspruch zwischen dem Ergebniss der Untersuchungen Hermann's und Placzek's. Vielleicht erklärt sich dieser Widerspruch durch die verschiedene Versuchsanordnung. Während Placzek den Druck durch Einführung einer Kanüle in den Pleuraraum mass, band Hermann eine Kanüle in die Trachea ein und verband diese Kanüle durch ein Gabelrohr mit einem Wasser- und einem Quecksilbermanometer. Ein mittels eines T-Rohres seitlich kommunizirender Kautschukschlauch gestattete einerseits den Druck in den Schläuchen jeder Zeit auf Null (Luftdruck) zu bringen, andererseits später aus einem Gasometer Luft einzublasen. In diesen Schlauch und in den an die Trachealkanüle angefügten Hauptschlauch war ein gut schliessender Glashahn eingeschaltet.

Bernstein[1]) glaubt, dass diese Einrichtung zu komplizirt und geeignet gewesen sei, geringere Werthe des Lungendruckes zu verdecken.

Bei dieser Differenz der Anschauung über das Zustandekommen der Thoraxaspiration bedarf es jedenfalls weiterer Untersuchungen zur Klärung der Frage, ob die Aspiration des Thorax, auf welcher die neue Lungenprobe basirt, wirklich in allen Fällen besteht, in welchen die Lungen geathmet haben. Es dürfte sich empfehlen, hierbei beide Methoden, sowohl die von Placzek angewandte, als auch die Hermann'sche unter Berücksichtigung der von Bernstein erhobenen Einwände an gleichem Objekte zu benutzen. Diese Untersuchungen wären auch auf Frühgeborene auszudehnen, da bei diesen möglicher Weise die zum Zustandekommen der Aspiration nöthige Festigkeit der Thoraxwandungen und die gemäss der Bernstein'schen Theorie zur Ueberdehnung nöthige Muskelkraft fehlt.

Vor Allem aber ist es nothwendig, Klarheit darüber zu erlangen, wie sich der Ausfall am Manometer bei unvollkommener Lufterfüllung der Lungen gestaltet. Placzek sagt zwar, dass sich seinen Erfahrungen gemäss das Manometer bei spärlichem Luftgehalt „feinempfindlich" genug zeige. Ich möchte dies bezweifeln. Fest überzeugt bin ich davon, dass ein so geringer Luftgehalt, wie er durch die bisherige Lungenprobe und speziell durch die Lungenschwimmprobe noch nachgewiesen werden kann, durch die Placzek'sche Probe nicht mehr zu erkennen ist. Wenn, wie ich vor Kurzem noch sah, beide Lungen so wenig ausgedehnt sind, dass sie nach Abheben des Brustblattes nicht sofort sichtbar waren, so kann bei der Prüfung des Thoraxdruckes der Ausschlag nur ein so geringer sein, dass er noch innerhalb der Grenze der Fehler liegt; und doch waren in jenem Falle die sämmtlichen Lappen der Lungen noch so lufthaltig, dass fast

[1]) Bernstein: op. cit. Pflüger's Archiv; Bd. 35, S. 25.

sämmtliche kleinere Stückchen sich als schwimmfähig erwiesen und sich ausserdem der Luftgehalt auch durch die sonstigen Kriterien der Lungenprobe erkennen liess.

Ein weiteres Bedenken gegen die Beweiskraft der neuen Probe, dem Placzek selbst Ausdruck giebt, besteht darin, dass bei Fäulniss, selbst bei einem Fäulnissgrade, der bei der bisherigen Lungenprobe noch den Nachweis des Geathmethabens gestattet, sich im Pleuraraume Fäulnissgase ansammeln, welche den Nachweis eines negativen Druckes verhindern. Dasselbe gilt bezüglich der Ansammlung von Leichentransudaten. Bei Verwendung aller uns bisher durch die Lungenprobe zu Gebote stehenden Kriterien sind wir selbst bei hochgradiger Fäulniss fast stets in der Lage, uns dahin auszusprechen, ob die Lungen durch Athmen lufthaltig sind. Wie ich in meiner von Placzek erwähnten Arbeit „Ueber den Einfluss der Fäulniss auf die Lungenschwimmprobe“ [1]) dargethan habe, kann uns selbst bei hochgradig faulen Lungen schon ein positiver Ausfall der Schwimmprobe, und namentlich der Nachweis von Fäulnissblasen auf der Oberfläche der Lungen, in der Ansicht, dass das Kind geathmet habe, bestärken. Die neue Probe würde uns hier voraussichtlich fast stets im Stich lassen.

Es wäre hier die Frage zu erörtern, ob nicht vielleicht in den Fällen, in denen die Lungen durch Athmen lufthaltig geworden, ihren Luftgehalt aber wieder intra vitam verloren haben, die neue Probe trotzdem ein positives Resultat ergeben und somit darauf hinweisen könne, dass das Kind geathmet habe. Es kann ja heute als feststehend erachtet werden, dass die Lungen Neugeborener, die durch Athmen lufthaltig geworden sind, wieder vollständig atelektatisch werden können, und dass dies, wie ich experimentell nachweisen konnte, durch Resorption der in den Alveolen befindlichen Luft seitens des in den Kapillaren zirkulirenden Blutes geschieht. Würde alsdann eine bereits zu Stande gekommene Aspiration des Thorax noch weiter bestehen und durch den Placzek'schen Versuch nachweisbar sein? In der betr. Arbeit [2]) habe ich bereits dargethan, dass bei der Resorption der Lungenluft der auf der inneren Thoraxfläche ruhende Luftdruck so verändert wird, dass das Uebergewicht des auf der äusseren Thoraxfläche ruhenden Luftdrucks die elastische Kraft des Thorax überwinde und die Thoraxwandungen zwinge, den Bestrebungen der Lungen, sich zu retrahiren, nachzugeben. Die von mir angestellten Versuche lieferten sodann den Beweis, dass beide Lungen vollkommen atelektatisch werden können, ohne dass der durch die Verkleinerung der Lungen disponibel werdende Raum durch ein anderes Medium ausgefüllt werden muss, dass also mit der Verkleinerung der Lungen eine Verkleinerung des Thoraxraumes gleichen Schritt halten kann. Wir müssen hieraus den Schluss ziehen, dass in den Fällen, in denen die Lungen wieder atelek-

[1]) Vierteljahrsschrift für ger. Medizin etc.; 3. F., XVI., 1.
[2]) Vierteljahrsschrift für ger. Medizin; Neue Folge, XXXIX., 1., S. 28.

tatisch geworden sind, auch die neue Probe das vorhergegangene Athmen nicht nachweisen kann.

Es wäre nunmehr in Erwägung zu ziehen, ob nicht bei der neuen Probe das Manometer einen negativen Druck anzeigen könnte, ohne dass das Kind in oder nach der Geburt atmosphärische Luft geathmet hat?

Da sehen wir dann zunächst, dass die neue Lungenprobe ebenso wenig, wie die alte, unterscheiden kann, ob ein Luftgehalt der Lungen nicht etwa durch Einblasen der Luft bewirkt ist. Kommt die Aspiration des Thorax wirklich schon durch die ersten Athmungsbewegungen zu Stande, so muss voraussichtlich ein energisches Einblasen der Luft, das den Thorax ausdehnt, auch das Zustandekommen der Aspiration bewerkstelligen. Dass dem in der That so ist, dass Einblasungen eine Aspiration herbeiführen, können wir aus Versuchen Bernstein's[1]) schliessen, welche derselbe an Leichen zweier in der Geburt abgestorbener Kinder anstellte, von denen anzunehmen war, dass sie noch nicht geathmet hatten. Bernstein verband ein Wassermanometer mit einer Stichkanüle und führte letztere durch die Thoraxwand in die Pleurahöhle. Das Manometer zeigte in beiden Fällen keinen Ausschlag. Wohl aber sank die Flüssigkeit im freien Schenkel des Manometers um 50 mm bezw. um 30 mm, nachdem von der Trachea aus Einblasungen in die Lungen vorgenommen worden waren.

In gleicher Weise, wie das Einblasen der Luft werden auch Schulz'sche Schwingungen den Thorax erweitern und so die Aspiration herstellen können. Das von Placzek gegen die bisherige Lungenprobe geäusserte Bedenken, dass durch sie nicht unterschieden werden könne, ob die Lungen durch Schultz'sche Schwingungen oder durch Athmen lufthaltig geworden seien, trifft also auch für die neue Lungenprobe zu.

Bei fruströsen Athembewegungen, wie sie bei vorzeitiger Athmung in utero, oder bei Verschluss der Luftwege, oder Abschluss der atmosphärischen Luft von den Athmungsöffnungen eintreten, können sich bekanntlich die Lungen ausserordentlich mit Blut füllen, da alsdann der Blutgehalt der Lungen in umgekehrtem Verhältniss steht zu der Menge des bei den Inspirationsbewegungen in die Luftwege eindringenden Mediums. Hieraus allein kann schon eine gewisse Thoraxerweiterung resultiren. Es besteht nun die Möglichkeit, dass bei der Eröffnung des Thorax das in Folge der Erstickung flüssige Blut aus den Lungen, ja selbst aus den innerhalb des Brustkorbes gelegenen grossen Gefässen zurückweicht, und sich dies schon am Manometer bemerklich macht.

Ebenso ist daran zu denken, dass Lungen nur durch Flüssigkeitsaufnahme, sei es durch Aufnahme von Fruchtwasser bei verzeitigen Athembewegungen, sei es durch Hineingelangen von Flüssigkeit in die Luftwege nach der Geburt, eine Volumenzu-

[1]) Pflüger's Archiv; Bd. 28, S. 284.

nahme erfahren können, und dass dementsprechend der Brustraum ausgedehnt wird. Die Möglichkeit, dass auch alsdann die neue Lungenprobe einen, wenn auch nur geringen negativen Druck ergeben würde, ist nicht auszuschliessen.

Zu berücksichtigen ist sodann, dass die von Placzek angegebene Methode des Nachweises des im Thorax bestehenden Druckes schon eine Fehlerquelle bedingt. Der Troikart muss doch, wenn man denselben nicht in die Lunge einstellen will, mehr in einer der Brustwandung parallelen Richtung eingeführt werden. Hierbei kann die Thoraxwandung immerhin etwas von der Lunge abgehoben oder die Lunge verschoben werden, wobei ein, wenn auch kleiner Raum entsteht, in dem negativer Druck herrscht. Sodann muss beim Zurückziehen des Stilets, wenn dieses die Kanüle völlig ausfüllt, in letzterer eine Luftverdünnung eintreten, wodurch auch wieder ein gewisser Ausschlag am Manometer bewirkt werden wird. Füllt das Stilet die Kanüle aber nicht völlig aus, so kann neben demselben Luft in den Luftraum aspirirt werden.

Bei den Untersuchungen, die Placzek mittels dieser Methode unternahm, sah er, wie oben erwähnt, das Quecksilber in dem zugewandten Manometerschenkel um 2—30 mm steigen, die Höhendifferenz der Quecksilbersäulen betrug also 4—60 mm. Es ist kaum glaublich, dass der negative Druck im Brustkorbe die Höhe von 60 mm Quecksilber erreicht hat. Ein derartiger negativer Druck wäre selbst, wenn sich die Lungen in Inspirationsstellung befunden hätten, als ein auffallend grosser zu bezeichnen. Wenn sodann 4 mm Quecksilberdruck der geringste Ausschlag war, den das Manometer bei lufthaltigen Lungen anzeigte, so muss eine solche Höhe, da der Druck ja auch bei spärlichem Luftgehalt der Lungen gemessen wurde, noch als eine auffallende bezeichnet werden. Derartige Zahlen erwecken jedenfalls, wenn nicht etwa ein Druckfehler vorliegt, den Verdacht, dass die Versuchsanordnung eine nicht einwandsfreie war.

Die vorstehenden Betrachtungen lassen, selbst wenn man zunächst ganz Abstand davon nimmt, dass zwischen den Untersuchungen Placzek's und denen Hermann's ein noch nicht genügend geklärter Widerspruch besteht, selbst wenn man fernerhin die gegen die von Placzek angewandte Technik geäusserten Bedenken als weniger wichtig ausser Acht lässt, jedenfalls keinerlei Vorzug der neuen Lungenprobe vor der bisher geübten erkennen. Dort, wo die alte Lungenprobe keinen Aufschluss zu geben vermag, kann es die neue auch nicht, wohl aber können wir durch die alte Lungenprobe noch in Fällen, in denen uns die neue Methode im Stiche lässt, wichtige Auskunft erhalten. Man kann geradezu behaupten, dass dort, wo die neue Probe Aufschluss geben kann, dies nicht nöthig erscheint, weil die alte hier genügt, dass also hier die etwas umständliche und in der Hand des in solchen Untersuchungen Ungeübten leicht zu Täuschungen Veranlassung gebende Probe überflüssig ist, dass sie aber in den Fällen, in denen sie im Gegensatz zur alten Lungenprobe den Nachweis

des Geathmethabens nicht liefert, nur verwirrend wirken kann. Dazu kommt noch die oben angedeutete Möglichkeit, dass, obschon die Lungen nicht lufthaltig geworden, eine gewisse Aspiration des Thorax bestehen kann, die bei der Prüfung durch die neue Probe zu Täuschungen Veranlassung geben würde, wenn nicht die alte Lungenprobe die Sachlage aufklärte.

Wenn ich im Vorstehenden von der Lungenprobe sprach, so hatte ich immer die gesammte Lungenprobe und nicht nur die hydrostatische Lungenprobe, nicht nur die Lungenschwimmprobe im Auge. Die hydrostatische Lungenprobe bildet nur einen Theil der Lungenprobe, sie allein kann uns häufig nicht die gewünschte sichere Auskunft geben. Nur, wenn wir alle jene Unterscheidungsmittel, welche uns die gesammte Lungenprobe an die Hand giebt, berücksichtigen, nutzen wir die Hülfsmittel, welche uns diese Probe zur Verfügung stellt, genügend aus. Dann werden wir aber auch noch häufig zu einem bestimmten Urtheil gelangen, wo die hydrostatische Lungenprobe allein keine genügende Auskunft giebt. Ich betone dies, weil die Erfahrung mich lehrt, wie häufig bei den Obduktionen Neugeborener und bei Erstattung hierauf bezüglicher Gutachten gegen diese Lehre verstossen wird, wie häufig bei der Beschreibung des Verhaltens der Lungen auf die ausserhalb der hydrostatischen Lungenprobe liegenden Kriterien nicht genügend geachtet wird. Auch Placzek spricht in seiner Abhandlung nur von der hydrostatischen Lungenprobe.

Unter den von Placzek gegen die hydrostatische Lungenprobe erhobenen Einwände, auf Grund derer er dieser Probe die wichtige Bedeutung abspricht, die ihr die Mehrzahl der Gerichtsärzte zuweisen, befindet sich auch der, dass Lungen, die geathmet haben, ausnahmsweise im Wasser untersinken. Er meint, dass diese Beobachtung den Allgemeinwerth der Lungenprobe am meisten geschmälert habe. Der Nachweis, dass ausnahmsweise einmal die Lungen ihren durch Athmen acquirirten Luftgehalt wieder völlig verlieren können, so dass alsdann die Lungenprobe negativ ausfällt, ändert nichts an der Thatsache, dass der positive Ausfall der Lungenprobe uns in der bei Weitem grössten Mehrzahl aller Fälle, in denen das Kind geathmet hat, diesen Nachweis ermöglicht. Die Thatsache, dass die Lungenprobe ausnahmsweise einmal, obschon das Kind geathmet, einen Luftgehalt nicht erkennen lässt, lehrt uns nur, dass man selbst in Fällen, in denen sich die Lungen luftleer erweisen, sich nicht dahin aussprechen darf, dass das Kind nicht geathmet habe, dass man sich vielmehr darauf beschränken muss, zu sagen, die Obduktion habe nicht ergeben, dass das Kind geathmet habe, Wenn man dies berücksichtigt, wird die Lungenprobe in dem Ausnahmefalle, dass die Lunge zwar geathmet, aber wieder luftleer wurde, die gerichtsärztliche Auffassung nicht irre leiten.

Die geschichtliche Entwicklung des Medizinalwesens, insbesondere der Kreisphysikate im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin.

(Nach einem im Mecklenburgischen Medizinalbeamtenverein gehaltenen Vortrage.)

Von San.-Rath Dr. Mulert, Kreisphysikus zu Waren.

„Die Medizinal-Zeitrechnung in Mecklenburg kann erst mit dem Jahre 1683 anfangen, da in früherer Zeit nur einzelne Spuren von Polizeiverordnungen unter den Herzögen Heinrich und Albrecht von Mecklenburg im Jahre 1516 vorhanden sind.“ Mit diesen Worten beginnt Dornblüth[1]) sein im Jahre 1840 erschienenes Werk „Die Medizinalordnung im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin“. Mit diesen Worten möchte auch ich die nachstehende kleine Arbeit beginnen, da wir in Mecklenburg eine wirkliche Medizinalordnung allerdings erst seit dem Jahre 1683 haben. Ich möchte aber die Angaben des Kollegen Dornblüth in Einigem ergänzen bezw. berichtigen. Es sind nicht Spuren von Polizeiverordnungen, die aus dem Jahre 1516 vorhanden sind, sondern es ist eine vollständige und für damalige Verhältnisse recht ausführliche Verordnung, betitelt:

„Ordeninge, Statuta und Settunge, dorch de dorchluchtigen hochgebohren Fürsten und Hern, Hern Hinrichen und Hern Albrechten Gebröder, Herthogen tho Mecklenborch, Fürsten tho Wenden, Greven tho Swerin, Rozstock ond Stargardt, der Lande Herren. In genannten erer Förstlichen Gnaden Förstendome, Landen, Steden vnd Gebeden, dem gemenen Nuthe thom besten. Im yar na Christi vnses Herrn Gebordt, Vefftheinhundert vnd Söstheine. Publiciert vorkundet, vorgenamen, opgericht, vnd vestlicken gebaden tho holden.“

Spezielle medizinalpolizeiliche Bestimmungen finden sich allerdings nicht darin, doch enthält die Verordnung schon einige Bestimmungen über die Nahrungsmittel, insbesondere Vorschriften über eine Kontrole der Brauer, Bäcker und Schlachter; auch baupolizeiliche Vorschriften finden sich.

Die nächste Verordnung „Polizei- und Landordnung der Herzöge Johann Albrecht und Ulrich“ stammt aus dem Jahre 1562. In dieser finden sich schon mehrere den Medizinalbeamten interessirende Bestimmungen. So handelt ein Kapitel „vom Todschlag, Ehebruch, unehelicher Beywohnung, Koppelei und Hurerey“. Ein anderes „von heimlichen Verlöbnissen und dem tertio gradu hinführo nicht zu freyen“. Es finden sich Bestimmungen über Herstellung und Verkauf von Nahrungsmitteln, insbesondere für Brauer, Bäcker und Fleischer. Auch die Veterinärmedizinalgesetzgebung ist bedacht; denn es findet sich ein Kapitel „von den Schmierschaafen.“

Nun vergehen beinahe 100 Jahre; dann erscheint Herzog Gustav Adolf's Interimsverordnung vom 8. Oktober 1661, „wie es mit der Polizey in seinen Fürstentümern und Ländern bis zu künftiger beständiger Policeyordnung gehalten werden soll“. Diese Interimsverordnung ist als solche sehr ausführlich. Ich führe hier kurz einige Bestimmungen aus derselben an. Im §. 2 heisst es:

„Ferner ordnen und befehlen wir, dass hinführo sich keiner unterstehe,

[1]) Dornblüth, früherer Kreisphysikus zu Plau.

eingerley Weise abergläubische, unchristliche, gotteslästerliche und verbotene Mittel zu gebrauchen, es sei in Krankheiten oder anderen Fällen, wie die Nahmen haben oder auch unter was Schein und Prätext dieselbe etwa insgemein vertuschet und bemäntelt werden mögen. Und sollen nicht allein diejenigen, so sich des Seegen-Sprechens und Bötens gebrauchen, mit Ausstreichung an den Pranger oder 500 Rthl. bestraffet werden, sondern es sollen auch die so mit anderen abergläubischen Dingen wissentlich umgehen und dieselben practisiren, mit Stellung an den Pranger oder 300 Rthl. bestraffet, wie auch diejenigen, so wissen, dass von anderen dergleichen abergläubische Dinge gebraucht werden, und der mittelbahren Obrigkeit selbigen Orths nicht anzeigen, mit gleichmässiger Straffe angesehen werden."

Also, wenn man will, ein Kurpfuscherei- und Geheimmittelverbot, obgleich die Beweggründe für solche Bestimmungen wohl nur in religiösen Bedenken ihren Ursprung gehabt haben. Es finden sich in dieser Verordnung weiter ausführliche Bestimmungen über Nahrungsmittel-Herstellung und -Verkauf, z. B. bestimmen:

§. 7. „Und zwar soviel die Brauer betrifft, sollen die Brauer allewege gut, gar, wohlschmeckend, untadelhaft Bier nach Menschlicher möglichkeit ohne Post und andere schädliche Kräuter brauen" u. s. w.

§. 8. „Die Becker sollen den Weitzen und Rogken waschen, den Teig wohl und fleissig kneten, auch das Brodt wohl und rein ausbacken, ohne Zuthun einiges Alauns und andere Sachen" u. s. w.

Die Verordnung enthält ferner Bestimmungen über Strassenreinigung und baupolizeiliche Vorschriften; es führt jedoch zu weit, darauf weiter einzugehen.

Auf diese Verordnung folgt nun 1683 als Beginn einer wirklichen Medizinalgesetzgebung Herzog's Gustav Adolf Medizinal- und Apothekerordnung. Durch dieselbe wurde die Zahl der Apotheken vermehrt; es bestanden nämlich bis dahin nur Apotheken zu Rostock, Neubrandenburg, Güstrow, Boizenburg und Malchin. Die Apotheken wurden der öffentlichen Aufsicht und Visitation unterworfen. Ferner wurden durch die Medizinalordnung Amtsmedici bestellt, die Pastoren verpflichtet, öffentlich und privatim die zeitige Anwendung ärztlicher Hülfe zu empfehlen. Dieselbe Aufgabe erhielten die Obrigkeiten in Stadt und Land. Die Medizinalordnung verfügte weiter, dass kein Medicus, Apotheker oder Chirurgus bestellt werde, der nicht zuvor von den Leib- und andern verordneten Medicis examinirt und vor tüchtig erkannt worden.

Derselbe Herzog sorgte ferner für die Verbesserung des Hebammenwesens durch ein im November 1683 erlassenes Edikt.

„Von 1683 bis 1751 schweigt die vaterländische Geschichte über das Medizinalwesen", fährt Dornblüth in dem oben erwähnten Werke fort. In der That habe ich für diese Zeit nur einige, die Medizinalgesetzgebung betreffende Verordnungen finden können. Es existirt aus dem Jahre 1709 eine sehr ausführliche Pestverordnung des Herzogs Friedrich Wilhelm, auf welche einzugehen, ich mir hier versagen muss. Aus dem nächsten Jahre stammt ein Edikt, welches die Verordnung von den Jahren 1705, 1708 und 1710 in Ansehung der Pest erneuert Aus demselben Jahre stammt eine Verordnung, betreffend die Prüfung der Wundärzte, und aus dem nächsten Jahre 1711 eine Verordnung, betr. die Prüfung der Apotheker und deren Provisoren.

Im Jahre 1750 berief der Herzog Christian Ludwig eine Kommission, bestehend aus den Hofräthen von Hartdwich und Detharding und den Doktoren Schaumkell, Becker und Bruhn zur Berathung einer Medizinalordnung. Der von dieser Kommission vorgelegte Entwurf wurde genehmigt und am 20. Juli 1751 publizirt als Herzogs Christian Ludwig Medizinal- und Taxordnung. Dieselbe beginnt:

„Von Gottes Gnaden Wir Christian Ludwig u. s. w. Thun hierdurch kund und zu wissen, dass, da Wir unter anderen zum Besten Unserer Unterthanen gereichenden Veranstaltungen nötig gefunden, in Unseren Herzogtümern und Landen besondere Crayss-Physicos gnädigst zu ernennen u. s. w.

Durch diese Verordnung also wurde das Amt des Kreisphysikus in Mecklenburg geschaffen, und der 20. Juli 1751 ist der Tag, den wir als den Geburtstag des Mecklenburgischen Kreisphysikus bezeichnen können. Es wurden damals fünf Kreisphysiker eingesetzt, die aber noch kein Gehalt bezogen. Von ihren Pflichten handelt Kapitel 1 der Medizinalordnung, denn eine Medizinal-Kommission, der nach der jetzigen Medizinalordnung das erste Kapitel gehört, gab es noch nicht. In diesem Kapitel befindet sich ein Paragraph, es ist der §. 3 der eigentlich schon die Gründung eines Medizinalbeamtenvereins anregt. Es heisst nämlich in diesem Paragraphen:

Sothane Absicht desto besser zu erreichen, sind die Physici verpflichtet, unter sich eine collegialische Freundschaft und fleissige Correspondence zu unterhalten, sobald sich etwas ansteckendes oder sonst ausserordentliches hervorgiebt, wovon zeitige Wissenschaft den übrigen nöthig oder nützlich ist, solches aufs fordersamste einander zu berichten, zur Abstellung und Hebung desselben gemeinschaftliche Consilia zu fassen u. s. w.“

Das sind, meines Erachtens, etwas anders ausgedrückt, auch die Zwecke des heutigen Medizinalbeamtenvereins.

Im Uebrigen war diese Medizinalordnung für damalige Verhältnisse recht ausführlich. „Gewiss kann der gerechte Beurtheiler, sagt Dornblüth, ihr das Zeugniss nicht versagen, dass sie ihrem Zeitalter Ehre macht. Klar und bestimmt giebt sie eine Uebersicht von Allem, was zur Verbesserung des Medizinalwesens bereits geschah und noch geschehen soll; sie lehrt den Gang der Medizinalpflege kennen; sie setzt die Pflichten der Medizinalpersonen, ihre Verhältnisse untereinander und ihre Verbindlichkeit zur aktiven und passiven Theilnahme an dem Medizinalwesen trefflich auseinander; sie bestimmt die Fälle, in welchen und die Art, wie die Kontravenienten belangt und bestraft werden sollen; sie erklärt manche, das Verhältniss des Arztes und Wundarztes zu den Kranken, und dieser zu jenen, angehende Punkte; sie setzt die Regulative zur Vereidigung der Medizinalpersonen fest und bestimmt die (der damaligen Zeit sehr angemessene, wenngleich nicht ausführliche) Taxe derselben.“

Die Taxe enthielt Taxansätze für die Medicos, für die Chirurgos und für die Hebammen. Die Ansätze für die Physiker waren in der Taxe für die Medicos mit enthalten. Die Taxe war folgende:

Für das Examen eines Apothekers nach Bewandniss der Apotheke	6—10 Rthl.
Für das Examen eines Chirurgi	4—6 „
Für die Visitation einer Apotheke, ausser den Reisekosten	6 „
Für die Sectionem judicialem eines Cadaveris, ohne die Reisekosten	4 „
Für eine blosse Besichtigung	2 „
Für die Ausfertigung des Sektionsberichts	2 „
Für Untersuchung epidemischer und ansteckender Krankheiten, für jeden Tag	2 „
Für jede Meile, die ein Physicus oder Medicus nach den Patienten zu reisen hat, ausser freier Fuhr	1 „
Für jeden Tag, den er des Kranken wegen ausbleibt	2 „
Für den ersten Besuch bei einem Patienten in gutartigen Krankheiten	16 Sch.[1])
Für jeden folgenden Besuch	8 „
Für den ersten Besuch ansteckender Krankheiten ausser der Pest	24 „
Für jeden folgenden Besuch	12 „
Für eine Visite bei nachtschlafender Zeit	24 „
Für eine Konsultation mit einem oder mehreren Medicis	1 Rthl.
Für jedes Rezept aus dem Hause	4 Sch.
Für ein geschriebenes Consilium oder Responsum medicum	2—4 Rthl.

Diese Taxe war also für die damaligen Zeiten entschieden eine gute, verhältnissmässig viel besser als die heutige mecklenburgische Taxe.

Gehalt bezogen allerdings die fünf Physici nicht. — Unter der Regierung des nachmaligen Grossherzogs Friedrich Franz I. wurde das Medizinalwesen einer genaueren Durchsicht unterzogen und dabei die Physikatsbezirke verkleinert, so dass 1790 schon zehn und im Jahre 1804 zwölf Physikatsbezirke vorhanden waren.

Ein Physikatsexamen bestand auch noch nicht, sondern die Physiker wurden durch die Gnade des Fürsten, sobald eine Stelle erledigt war und einer der Ortsärzte sich dazu meldete, ernannt. Erst als 1815 die medizinische Fakultät zu Rostock anzeigte, es kämen ihr seit einigen Jahren viele mangelhafte Sektions-Protokolle und schwankende, darauf gebaute elogia medica vor, wurde am 27. Februar 1815 ein besonderes Examen festgesetzt. Der erste, der dies Examen im Jahre 1828 bestand, war der schon öfter erwähnte Kollege Dornblüth. Das damalige Examen umfasste die schriftliche Beantwortung von einigen 30 Fragen aus dem Gebiet der Staatsarzneikunde, ferner die Begutachtung einiger Fälle aus der Geburtshülfe und einiger gerichtlich medizinischer Fälle nach Kriminalakten im Hause des Dekans der medizinischen Fakultät, ohne Literaturbenutzung, endlich die mehrstündige Prüfung über verschiedene Gegenstände der Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe. Dornblüth selbst tadelt an diesem Examen das Fehlen einer legalen Obduktion.

Eine neue Examensordnung für das Physikatsexamen, um dies hier gleich zu bemerken, brachte das Jahr 1862; an deren Stelle ist 1898 die jetzige Examensordnung getreten.

Das Jahr 1830 bedeutet für die Medizinalgesetzgebung

[1]) 1 Schilling = 6 Pfennige.

wieder einen wichtigen Abschnitt; denn es brachte die sogenannte „Neue Medizinalordnung“ und mit ihr die Einrichtung der Medizinal-Kommission. Letztere bestand ursprünglich unter dem Direktorium eines Rechtsgelehrten aus vier ordentlichen Professoren der medizinischen Fakultät zu Rostock; ausserdem war ihr ein Professor der Chemie und Pharmacie als ausserordentliches Mitglied beigeordnet. Heute sind fünf ordentliche Professoren Mitglieder, während der Posten eines Direktors nicht besetzt ist. Direktor war von Einsetzung der Kommission (18. Februar 1830) bis zu seinem am 1. Dezember 1843 erfolgten Tode der Kanzleidirektor Philipp Jakob von Gülich. Nach seinem Tode ist das Direktoriat nicht wieder mit einem Juristen besetzt worden, sondern wird von den ordentlichen Mitgliedern der Reihe nach verwaltet; der Wechsel findet alljährlich am 1. Juli statt.

Die neue Medizinalordnung brachte den Kreisphysikern an vermehrter unentgeltlicher Arbeit vor Allem den Jahresbericht; sie brachte auch eine neue Taxe, aber noch kein Gehalt. Erst im Jahre 1834 wurde auf die submisseste Vorstellung und Bitte der gesammten Physici um Besoldung unter dem 2. August folgende Zirkularverordnung erlassen:

„In Erwägung, dass unsern Kreisphysikern mehrfach Offizial-Verrichtungen obliegen, für welche sie bisher nicht remunerirt worden, ist ihnen vom Johannis dieses Jahres exclusive an eine Remuneration für solche Geschäfte, welche sie, ohne dafür nach der Taxe der Kreisphysiker Gebühren erheben zu können, verrichten müssen, mithin nicht als eigentliches Gehalt, folglich auch ohne Zugestehung der bei den Gehältern der wirklichen Grossherzoglichen Diener stattfindenden Gnadenquartale dergestalt bewilligt, dass die drei ältesten derselben jeder 100 Thaler N $^2/_3$, die drei folgenden 75 Thaler, die drei dann folgenden jeder 50 Thaler, und die drei jüngsten jeder 30 Thaler N $^2/_3$ unter der Bedingung erhalten sollen, dass sie auch jetzt oder künftig jede Veränderung, Vergrösserung oder Verkleinerung ihrer Physikatsdistrikte nach der Bestimmung hoher Regierung sich gefallen lassen müssen.“

Im Jahre 1836 wurde auch das Gehalt der drei jüngsten Kreisphysiker auf 50 Thaler erhöht. Drei Jahre später wurden die Kreisphysikatsstellen, dem Wittweninstitute zu einer Wittwenpension von jährlich 100 Thalern N $^2/_3$ und einem jährlichen Beitrage von 16 Thalern N $^2/_3$ für „obligat“ erklärt.

Im folgenden Jahre, 1840, wurde das Gehalt sämmtlicher Kreisphysiker auf 100 Thaler jährlich festgesetzt. Das Gehalt in der jetzigen Höhe (600 Mark) haben die Physiker erst seit dem 1. Juli 1873, und seit dieser Zeit sind sie auch in Bezug auf Sterbe- und Gnadenquartale den übrigen landesherrlichen Dienern gleich gestellt.

Wie schon erwähnt, gab es bereits im Jahre 1804 zwölf Kreisphysikate. Es waren nach einer 1829 getroffenen Neueintheilung folgende: Boizenburg, Gadebusch, Schwerin, Wismar, Bützow, Güstrow, Ribnitz, Gnoien, Malchin, Waren, Parchim, Ludwigslust.

Diese Eintheilung erlitt im Laufe der Jahre verschiedene Abänderungen, indem verschiedene Aemter und Städte an andere Kreisphysikate gelegt wurden.

Eine völlige Neueintheilung wurde 1880 mit Rücksicht auf

die eintretenden Veränderungen in der Gerichtsverfassung getroffen. Es war das die im Ganzen heute noch bestehende Eintheilung; nur bestand das Kreisphysikat Bützow noch. Das Kreisphysikat Ribnitz wurde damals in das Kreisphysikat Rostock umgewandelt.

Im Jahre 1893 wurde das Kreisphysikat Bützow aufgelöst; es blieben die jetzt bestehenden elf Kreisphysikate, die aber von nun an als Medizinalbezirke bezeichnet werden. Von Bedeutung ist der §. 2 der betreffenden Verordnung, welcher lautet:

„Werden bei einer Veränderung des Umfangs der Amtsgerichtsbezirke die Grenzen der im §. 1 genannten Medizinalbezirke überschritten, so zieht eine solche Ueberschreitung die Veränderung der betroffenen Medizinalbezirke auch dann von selbst nach sich, wenn beim Eingehen eines Amtsgerichts der Bezirk desselben einem oder mehreren anderen Amtsgerichten beigelegt wird."

Stempelpflichtigkeit amtsärztlicher Atteste.

Von Dr. Blokusewski, Kreisassistenzarzt in Daun.

Die von mir im diesjährigen Medizinal-Kalender gebrachte Zusammenstellung konnte nur sehr kurz sein. Der heutige Artikel soll eine Ergänzung bringen, aber auch hier muss ich mich auf die Punkte beschränken, die, hauptsächlich wegen neuerer Ministerialerlasse, zu Zweifeln Veranlassung geben könnten. Zur schnelleren Orientirung habe ich ausser den Ziffern im Kalender diejenigen aus meiner ausführlicheren Arbeit (Heft 3 dieser Zeitschrift, 1897) in Klammern beigefügt. Thatsächlich enthalten spätere Zusammenstellungen, z. B. diejenigen des Merseburger Vereins, mannigfache Irrthümer, auf die im Einzelnen einzugehen, zu weit führen würde.

I. Zu A. Stempelpflichtige Atteste (B.).

1. Stempelfreiheit für notorische Arme besteht an sich auch in anderen Fällen nicht, sondern nur soweit sie unter die sonstigen Ausnahmen fällt (C. 2 a.).

2. Betreffs der Qualifikationszeugnisse (B. 4) sagt der Erl. der Kultus- u. Finanz-Min. vom 3. Juli 1898: . . . „Die von Medizinalbeamten (Kreisphysikern etc.) ausgestellten ärztlichen Gesundheitszeugnisse für Kandidaten des höheren Schulamts behufs Eintritts in den Schuldienst sind stempelpflichtig, da sie den Zweck haben, die körperliche Brauchbarkeit der Betreffenden für den Schuldienst nachzuweisen, diesen also zu einer mit einem Einkommen verbundenen Stellung zu verhelfen. Die Zeugnisse dienen somit überwiegend dem Privatinteresse." Diese Begründung trifft auch auf die anderen Fälle zu.

Für Militäranwärter ist dieses noch besonders durch den Erl. der Kultus- u. Finanz-Min. vom 6. März 1897 entschieden; derselbe lautet:

„Die von Medizinalbeamten für Militäranwärter ausgestellten Gesundheitsatteste haben den Zweck, die körperliche Brauchbarkeit der untersuchten Personen behufs ihrer Anstellung im Staatsdienste nachzuweisen. Sie dienen somit überwiegend dem Privatinteresse der Bewerber und unterliegen als amtliche Zeugnisse in Privatsachen im Sinne der Tarifstelle 77 des Stempelsteuergesetzes vom 31. Juli 1895 einer Stempelabgabe von 1,50 M. (vgl. auch die Begründung des Gesetzentwurfs, Tarifstelle 79).

„Der Finanz-Ministerialerlass vom 17. Februar 1868 — III. 2698 —, worin den in Frage stehenden Urkunden Stempelfreiheit zugebilligt ist, hat vom 1. April 1896 ab seine Wirksamkeit verloren, da der §. 4 Buchstabe h des mit diesem Tage in Kraft getretenen neuen Stempelsteuergesetzes sachliche Stempelsteuerbefreiungen nur insoweit sie auf früheren „Gesetzen" oder „landesherrliche Privilegien" beruhen, aufrecht erhalten hat und weil der §. 55 a. a. O. alle auf die Stempelsteuer bezüglichen, nicht ausdrücklich aufrecht erhaltenen

Vorschriften aufhebt. Uebrigens lassen die dem bezeichneten Erlasse vorangegangenen Verhandlungen erkennen, dass den Urkunden der fraglichen Art nicht aus gesetzlichen, sondern aus Billigkeitsgründen Stempelfreiheit zugestanden worden ist. Eine gleiche Vergünstigung kann unter der Herrschaft des neuen Stempelgesetzes ausgestellten Gesundzeitszeugnissen aber nicht zu Theil werden, da es hierzu an einer gesetzlichen Ermächtigung fehlt."

3. Befähigungszeugnisse (B. 5). Hierunter fallen auch Zeugnisse für Giftkonzessionen und das „Apotheker-Gehülfen-Prüfungszeugniss". Betreffs der beglaubigten Abschriften der polizeilichen Führungszeugnisse für Apotheken-Konzessionen sagt der Min.-Erl. der Min. d. I. u. d. Kultus vom 31. Juli 1897:

„Wir bemerken noch, dass bei beglaubigten Abschriften jedes einzelne Beglaubigungszeugniss der Stempelabgabe unterliegt. Sind jedoch Abschriften mehrerer Urkunden durch ein und dasselbe hinter die letzte Abschrift gesetzte Zeugniss beglaubigt worden, so bedarf es nur des einmaligen Stempels."

II. Zu B. Stempelfreie Atteste (C.).

1. Die Bestimmung betreffs der Zeugnisse für Präparanden oder Seminaristen (C. 1 b) ist jetzt durch Erl. der Kultus- u. Finanz-Min. vom 3. Juli 1898 klarer gefasst:

„Die von den Schulamtspräparanden bei Beginn der Vorbereitung beizubringenden amtlichen Gesundheitszeugnisse, sowie die für die Aufnahmeprüfungen bei den Schullehrer-Seminaren von den Anwärtern beizubringenden amtlichen Gesundheitszeugnisse sind als Vorzeugnisse anzusehen und daher frei.

Ebenso sind die amtlichen Gesundheitszeugnisse für die Meldungen zur ersten Volksschullehrer-Prüfung, Taubstummenlehrer-Prüfung, Lehrerinnen-Prüfung, Handarbeitslehrerinnen-Prüfung Sprachlehrerinnen-Prüfung, da sie nur zum Zwecke der Prüfung und des in Folge derselben auszustellenden amtlichen Prüfungszeugnisses ertheilt werden, als Vorzeugnisse stempelfrei. Voraussetzung ist, dass in allen diesen ärztlichen Zeugnissen der die Stempelfreit begründende Zweck angegeben ist. Dabei macht es keinen Unterschied, ob in Folge der Prüfung ein amtliches Prüfungszeugniss ertheilt wird oder nicht; denn die Befreiungsvorschrift unter a der Tarifstelle 77 des Stempelsteuergesetzes findet auf alle Zeugnisse Anwendung, auf Grund deren ein anderes amtliches Zeugniss ausgestellt werden soll. Stempelpflichtig werden solche Vorzeugnisse nur im Falle der Verwendung zu einem anderen Zwecke, als zu welchem sie ausgestellt sind."

2. Zeugnisse für Badekuren (C. 2) sind aber nur dann stempelfrei, wenn es sich nach Tarif 77c um Wohlthaten für hülfsbedürftige Personen handelt.

6. Ueber die sog. Servirzeugnisse (C. 3a u. b) bestanden die meisten Meinungsverschiedenheiten, zumal entgegengesetzte Entscheidungen zuständiger Behörden ergingen. Durch Erl. des Kultus-Min. vom 28. Okt. 1897 und des Finanz-Min. vom 6. Novbr. 1897 sind dieselben ebenso wie ihre Beglaubigungen definitiv als stempelfrei erklärt. Anführen will ich aber doch:

In Nr. 80 der Pharmaz. Zeitung 1897 war angegeben, dass ein Schreiben der Prov.-Steuer-Dir. in Cassel vom 12. März 1897, betr. die „Stempelfreiheit der Bescheinigung der Kreismedizinalbeamten über die 2- oder 3jährige Lehrzeit der Apotheker-Lehrlinge und die 3jährige Servirzeit der Apothekergehülfen" seitens einzelner Amtsärzte entsprechend dem Wortlaut dahin ausgelegt werde, „dass zwar die Beglaubigung der Servirzeit der ersten 3 Jahre, nicht aber die der späteren, namentlich nach Erwerb der Approbation ausgestellte Zeugnisse stempelfrei sei." Dem ist entgegen zu halten, dass auch nach Inkrafttreten des neuen Steuergesetzes alle Servirzeugnisse der Apothekergehülfen auch über die 3jährige Zeit hinaus stempelfrei sind. Jedenfalls enthält der Erl. des Kultus-Min. vom 28. Okt. 1897 keinerlei Einschränkung.

10. (C. 7e). Die Bestimmung über die in rein dienstlichem Interesse geforderten Atteste ist jetzt anders und klarer gefasst. Die Stempelfreiheit bei Einforderung des Attestes Seitens der vorgesetzten Behörde ohne Zuthun des Beamten ist dadurch begründet, dass in diesem Falle die Behörde selbst zur Zahlung verpflichtet wäre und sie wiederum persönliche Stempelfreiheit geniesst (§. 12 des St.-Ges. u. Motive S. 12). Nach Verf. der Kultus-Min. und des Landw.-Min. vom 7. Mai 1894 gehören auch die Beamten der landwirthschaftlichen Verwaltung zu den unmittelbaren Staatsbeamten.

III. Hinzuzufügen, weil jetzt unter Umständen in Betracht kommend, wäre noch:

1. Ausfertigung von Schriftstücken sind nach Tarif 10 stempelpflichtig, sofern für die Schriftstücke nicht ein nach dem Tarif bestimmter Stempel zu entrichten ist. Befreit sind aber Ausfertigungen von Bescheiden auf Gesuche, Anfragen und Anträge in Privatangelegenheiten, sie mögen in Form eines Antwortschreibens, einer Verfügung, Verfügungsabschrift oder einer auf die zurückgehende Bittschrift selbst gesetzten Verfügung erlassen werden.

2. Auszüge (Tarif 11) aus Akten, öffentlichen Verhandlungen, amtlich geführten Büchern, Registern und Rechnungen, wenn sie für Privatpersonen auf ihr Ansuchen ausgefertigt werden, sind stempelpflichtig, z. B. Abschriften aus den Akten über die Gebühren der Hebammen. Befreit sind die auf den Personenstand (Geburten, Sterbefälle) bezüglichen Auszüge.

3. Duplikate werden wie die Urkunden selbst behandelt (§. 9 des St.-Ges. und Tarif 16).

IV. Betreffs der Strafbestimmungen (F.) ist noch zu erwähnen:

1. Nachbringung des Stempels (F. 8). Nach dem Erlass des Finanz-Min. vom 15. August 1898 ist die in §. 19 des St.-G. angeordnete Strafe keine Disziplinarstrafe, sondern eine eigentliche Stempelsteuerstrafe.

2. Beaufsichtigung der Ausführung des Stempelgesetzes (F. 15). Aus dem Erl. der M. des Inn. u. des Kultus-Min. vom 31. Juli 1897 ist zu entnehmen: „Die Medizinalbeamten sind darauf hingewiesen, dass sie im Falle der Vorlegung eines entgegen der Vorschrift steuerfrei ertheilten Zeugnisses für die Nachbringung des fälligen Stempels Sorge zu tragen haben.“ Diese Bestimmung ist zwar nur gelegentlich der Bestimmungen über Führungszeugnisse getroffen und widerspricht eigentlich dem §. 30 des St.-Ges., in welchen nur denjenigen Staats- oder Kommunalbehörden und Beamten, welche eine richterliche oder Polizeigewalt anvertraut ist, eine besondere Verpflichtung nach dieser Richtung auferlegt ist, sie ist aber dennoch von den Amtsärzten zu beachten und dürfte sich ausserdem auf alle Fälle erstrecken, in denen ihnen nicht richtig gestempelte Urkunden amtlich vorgelegt werden. Der Amtsarzt braucht den Stempel aber nicht selbst zu verwenden, sondern kann die Urkunde zur weiteren Veranlassung der Steuerbehörde (Hauptamt) abgeben.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Coblenz vom 20. Dezember 1901.[1])

I. Reg.- u. Med.-Rath Dr. Salomon-Coblenz geht nach Begrüssung der sämmtlich erschienenen Medizinalbeamten sowie mehrerer als Gäste theilnehmender kreisärztlich geprüfter Aerzte und des Oberstabsarztes Dr. Hünermann sofort auf den ersten und hauptsächlichsten Punkt der Tagesordnung, die Bekämpfung des Typhus über, indem er zunächst an der Hand graphischer Darstellungen dessen örtliche und zeitliche Verbreitung im Reg.-Bez. Coblenz während der Jahre 1898, 1899 und 1900 klarlegt. Nachdem von Eberth gleichzeitig mit Koch der Typhusbacillus entdeckt, von Gaffky seine ursächliche Beziehung zum Unterleibstyphus einwandsfrei festgestellt, und damit der Typhus als eine wahre bazilläre Infektionskrankheit erkannt sei, sollte man glauben, dass die Aetiologie der Krankheit auf einen sicheren, exakten Boden gestellt und eine vollständige Klärung der Ansichten erreicht worden sei. Dies sei leider nicht der Fall; es herrsche vielmehr in dieser Hinsicht noch immer ein Wirniss uralter und neuer Anschauungen, deren verhängnissvollste leider

---

[1]) Nach einer in der Buchdruckerei des „Evangelischen Stifts“ in Coblenz unter dem Titel „Verhandlungen der Konferenz der Medizinalbeamten u. s. w.“ erschienenen Druckschrift, welche für sämmtliche Bürgermeister, Mitglieder der Gesundheitskommissionen, Distriktsärzte u. s. w. des Regierungsbezirks Coblenz in zusammen 1200 Exemplaren durch die Landräthe angeschafft worden ist. Preis im Buchhandel: 0,50 M.

die sei, dass man die Gefahr der Uebertragung des Typhus von Körper zu Körper als eine sehr geringe ansehe. Die Folge davon sei, dass der Kranke selbst und und die von ihm ausgehende Infektionsgefahr in den meisten Fällen viel zu wenig Beachtung erfährt und dass die Isolirung, selbst in Universitätskliniken nur höchst mangelhaft ausgeübt wird. Referent hält dies mit Recht für um so bedauerlicher, als die jungen Klinizisten die Anschauung, dass man Typhuskranke wegen des Mangels direkter Infektiosität unter andere Kranke legen dürfe, in die Praxis übertragen und dementsprechend handeln. Er geht dann über zur Besprechung der einzelnen Medien, durch die der Typhuskeim verbreitet werden kann. Betreffs des Bodens als Quelle des Typhus ist darauf hinzuweisen, dass das Vorhandensein des Typhusgiftes in jedem verunreinigten Boden, also eine Ubiquität desselben, thatsächlich nicht besteht. Nur die Schmutz- und Auswurfstoffe sind gefährlich, welche mit Typhusbazillen infizirt sind, und diese können sich wiederum keineswegs in jedem verunreinigten Boden, wie so vielfach behauptet wird, existenzfähig erhalten und vermehren, sondern nur dann, wenn eine ganze Reihe von begünstigenden Faktoren unter besonderen Umständen zusammenwirkt. Es ist eine thatsächlich ganz unberechtigte Annahme, dass, wenn irgend eine Typhuskeime enthaltende Masse in den Boden gelangt — mag es sich um Stuhl, Urin, Auswurf, Eiter, Badewasser oder sonst etwas handeln —, hier unter allen Umständen eine massenhafte Vermehrung der Typhusbazillen stattfindet, und dass die Bazillen dann Jahre lang lebensfähig bleiben, um immer wieder von Neuem die Krankheit zu erzeugen. Zwar scheint eine solche Ansicht eine gewisse Stütze dadurch zu erhalten, dass man in manchen Orten ganz bestimmte Typhushäuser und Typhusviertel kennt: aber die Erklärung, dass zwischen den im Boden angenommenen Bazillen und den Wohnungen eine dauernde Wechselwirkung auf dem Wege der Luftströmung besteht, ist ganz mystisch und mit den heutigen wissenschaftlichen Anschauungen nicht vereinbar. Eine Typhusansteckung durch einen verseuchten Boden an sich giebt es nicht. Auch die alte, immer wieder von Neuem aufgestellte Behauptung, dass da, wo grössere Erdarbeiten stattfinden, auch eo ipso Typhus auftritt, ist in solcher Allgemeinheit sicherlich falsch. Wenn derartige Beobachtungen häufig gemacht sind, so sind sie in den meisten Fällen darauf zurückzuführen, dass bei den Erdarbeitern auswärtige Arbeiter beschäftigt gewesen sind, die den Typhus eingeschleppt haben. Dass diese Thatsache nicht überall erkannt worden ist, liegt an der Länge des Inkubationsstadiums von 2—3—3½ Wochen. Erdarbeiten sind gemacht, Typhuserkrankungen sind vorgekommen — post hoc, ergo propter hoc!

Die Bodentheorie ist abgelöst von der Trinkwassertheorie: In schlechtem und verunreinigtem Wasser sei der Hauptnährboden, die Hauptquelle des Typhus zu suchen; demgemäss finde seine Entstehung am häufigsten durch Brunnen, durch Wasserleitungen, durch Bäche, Flüsse u. s. w. statt. Genau dieselben Uebertreibungen und Einseitigkeiten, wie bei der Bodentheorie, sind aber auch mit der Trinkwassertheorie gemacht, indem man das Wasser schlechtweg als den Typhuserzeuger und nicht als den blossen Ueberträger und Vermittler ansieht. Die Annahme, dass die Brunnen die erste Ursache des Typhus sind, erweist sich vielfach als falsch. Häufig ist nicht die Infektion der Brunnen das Primäre und die Erkrankungen das Sekundäre, sondern umgekehrt; Ein von aussen eingeschleppter Typhusfall tritt im Dorfe auf, von ihm aus werden zunächst ein oder mehrere Brunnen infizirt, und dann erst wird eine Epidemie auf dem Wasserwege weiter vermittelt. Leider geschieht die so beliebte Schliessung der Brunnen oft, ohne dass für entsprechenden Ersatz gesorgt wird. Die natürliche Folge davon ist, dass dann noch sehr viel schlechteres Wasser in Gebrauch genommen wird, als in dem Brunnen enthalten war. Dass ferner mit Typhuskeimen verunreinigte Flüsse und Bäche unter Umständen den Typhus erzeugen können, ist jedenfalls klar; man braucht deren Wasser zu diesem Zweck nicht einmal als Trinkwasser zu benutzen, es genügt schon, wenn man es beim Baden oder, wenn man in's Wasser fällt, in den Mund bekommt. Aber man darf die Bäche und Flüsse nicht zu allgemein für den Typhus verantwortlich machen, sondern nur dann, wenn der Nachweis geliefert wird, dass in der Zeit, innerhalb welcher die Infektion der ersten Fälle stattgefunden haben muss, in einem an demselben Wasserlauf oberhalb gelegenen Orte thatsächlich

Typhus bestanden hat. Wenn die Ursache der Krankheit schon mit der blossen Thatsache allein erklärt sein soll, dass der Typhuskranke nachweislich ungekochtes Bach- oder Flusswasser getrunken hat, das täglich Tausende trinken, ohne typhuskrank zu werden, dann hört die Typhusätiologie überhaupt auf. Man soll deshalb die Häufigkeit der Infektionen auf diesem Wege nicht überschätzen!

Von der Milch als Typhusträgerin hat man früher nicht viel gesprochen; zweifellose Milch-Typhusepidemien sind erst das Ergebniss neuerer Beobachtungen, seitdem durch die Milch die vielen, wie Pilze aus der Erde geschossenen Molkereien zu so allgemeiner Zentralisation gelangt und durch Molkereien wie durch die Wasserleitungen die Gefahr von explosionsartig auftretenden Massen-Infektionen mit Typhus gegen früher natürlich ausserordentlich vergrössert worden ist. Bei den Milchinfektionen geschieht die Infektion der Milch entweder direkt dadurch, dass die die Kühe Melkenden sich auch mit der Pflege von Typhus-Kranken beschäftigen, vor Allem aber dadurch, dass aus einem verseuchten Brunnen das Wasser zum Waschen der Gefässe, zum Spülen der Kannen und sämmtlicher übrigen Milch-Geräthe entnommen wird.[1]) Auf diese Weise kann also die Milch die Ursache ganzer Typhusepidemien werden, trotzdem man sie an der Produktionsstelle vorsichtig abkochen lässt. Bei dem Abkochen selbst ist ausserdem zu beachten, dass zwar ein sorgfältiges Erhitzen bis zum Siedepunkt die Typhusbazillen sicher und exakt tödtet, dass aber die abgekochte Milch für Typhusbazillen ein weit besserer Nährboden ist, als die rohe Milch, wegen des Ausschaltens der Säureerreger. Desgleichen darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass in den Gefässen, aus denen die Milch in den Kochkessel geschüttet wird, stets Reste der rohen Milch zurückbleiben, die, — falls die Milch nach dem Kochen wieder in dasselbe Gefäss zurückgethan wird — zur Neuinfektion des ganzen Gefässinhaltes genügen. Daran, dass die entleerten Gefässe natürlich ebenfalls von etwaigen Typhuskeimen zuverlässig befreit werden müssen, wofür mehrmaliges Spülen mit kochendem Wasser ausreicht, pflegt eben nicht gedacht zu werden.

Auch durch andere Nahrungsmitel kann der Typhus übertragen werden, namentlich sind hierbei die Leichenschmäuse als besonders geeignete Gelegenheit in's Auge zu fassen. Die Nachforschung nach den Infektionen auf dem Wege der Nahrungsmittel stellt aber an die Findigkeit der Medizinalbeamten hohe Anforderungen; denn gerade hier vollzieht sich im Geheimen ausserordentlich viel, was niemals bekannt wird, wofür Referent eine Anzahl Infektionsmöglichkeiten anführt.

Auch die Luft kann zweifellos gelegentlich, aber praktisch doch wohl nur in äusserst seltenen Fällen, zum Ueberträger des Typhus werden, wenn Typhusstühle oder sonstige typhushaltige Ausscheidungen so staubförmig werden, dass sie eingeathmet werden können.

Ebenso lässt sich die Möglichkeit einer Uebertragung durch Fliegen nicht ableugnen, wenn man erwägt, dass sich diese vom Typhusstuhl oder Typhusauswurf oder Typhusurin im nächsten Augenblick auf Viktualien setzen und so den Krankheitskeim übertragen können. Endlich darf man nicht vergessen, dass Typhusbazillen unter besonderen Umständen sich monatelang, selbst jahrelang, in trockenem Zustande lebensfähig erhalten können, so an Dielen, an Wäsche, an Betten, an Kleidern, an Möbeln!

Mit Rücksicht darauf, dass der Typhus in den letzten Jahren leider in allen Gegenden des Reg.-Bez. Coblenz und in allen Monaten des Jahres aufgetreten ist, muss man in erster Linie fragen, ob die Bestrebungen in Bezug auf Besserung der allgemeinen hygienischen Verhältnisse, die Assanirungen den gewünschten Erfolg gehabt haben? In den letzten 10 Jahren ist eine Reihe von Städten und anderen Orten kanalisirt, desgleichen sind Wasserleitungen in erheblicher Zahl gebaut, und nicht weniger als $7^1/_2$ Mill. Mark für Wasserleitungszwecke und 3 Millionen Mark für Kanalisationen von den Gemeinden aufgewendet worden. Ein Einfluss auf die Zahl der Typhuserkrankungen ist darum

---

[1]) Auch zum Verdünnen der Milch. Red.

aber nicht zu bemerken, denn es erkrankten in den Jahren 1898—1900 an Typhus in den Kreisen Von je 1000 Einwohner

Adenau	mit	22109	Einw.:	213	= 9,6 ‰.	haben Wasserleitung:	330
Ahrweiler	„	39593	„	30	= 0,7 „	„	297
Altenkirchen	„	64435	„	30	= 0,4 „	„	431
Coblenz Stadt	„	44478	„	42	= 0,9 „	„	1000
„ Land	„	58157	„	65	= 1,1 „	„	561
Cochem	„	39077	„	296	= 7,5 „	„	68
St. Goar	„	39007	„	112	= 2,8 „	„	231
Kreusnach	„	78072	„	222	= 0,8 „	„	618
Mayen	„	68155	„	414	= 6,0 „	„	560
Meisenheim	„	73548	„	24	= 1,7 „	„	363
Neuwied	„	79942	„	157	= 1,9 „	„	601
Simmern	„	35074	„	34	= 0,9 „	„	404
Wetzlar	„	52982	„	30	= 0,5 „	„	440
Zell	„	31811	„	102	= 3,2 „	„	609
Regierungs.-Bez.		666440	Einw.:	1771	= 2,6 ‰.	„	456

Die Zahl der Typhusfälle betrug in den Jahren 1895: 325, 1896: 450, 1897: 462, 1898: 456, 1899: 712 und 1900: 603; man wird also nicht behaupten dürfen, dass mit den Assanirungen der Typhus an seiner Wurzel getroffen ist. Man verhindert ihn damit keineswegs, sondern man vermindert nur die Häufigkeit der Gelegenheiten zu seiner Weiterbreitung, zu seiner Ausdehnung und zu seiner Einnistung in den Ortschaften. Dazu kommt, dass die zentralen Wasserversorgungsanlagen, wenn sie falsch angelegt sind oder falsch betrieben werden, die Gefahr endemischer Explosionen in sich tragen. Haben somit die Bestrebungen für die Reinhaltung des Bodens, Besserung der Wasserversorgungen und der Wohnungen nur schrittweisen Erfolg, so muss man sich eben, ohne in diesen Bestrebungen irgendwie zu erlahmen, noch nach anderen Waffen zur Bekämpfung des Typhus umsehen; hier heisst es mit Recht: Das Eine thun und das Andere nicht lassen!

Ein höchst bedeutsamer Fortschritt ist in dieser Hinsicht erfolgt durch die Bestimmung, dass die Kreisärzte nach ihrer Dienstanweisung jeden Typhusfall in Bezug auf seine Entstehung und seine Gefahr für die Allgemeinheit zu untersuchen haben. Freilich wird mit dieser Anordnung allein noch nicht sehr viel gefördert werden, wenn nicht ein vollkommener Systemwechsel in der ganzen Art, wie der einzelne Fall erforscht und wie er für die Allgemeinheit unschädlich zu machen gesucht wird, eintritt. In dieser Beziehung muss die Bekämpfung der Malaria, wie sie durch Koch in so genialer Weise eingeführt ist, zum Muster dienen. Man muss auch den Typhusbacillus da zu fassen suchen, wo seine wichtigste und hauptsächlichste Nährstätte liegt, das ist im menschlichen Darm, im kranken Individuum! Oder mit anderen Worten: unsere erste und hauptsächlichste Aufmerksamkeit haben wir dem typhuskranken Menschen und der von ihm ausgehenden unmittelbaren Ansteckungsgefahr zuzuwenden! Für unser ganzes epidemiologisches Denken muss der Satz „omnis typhus e typho“ im Vordergrunde stehen. Abgesehen von den auf einer plötzlich eingetretenen und gemeinsamen Ursache beruhenden explosiven Massenerkrankungen, die unter sich einen Zusammenhang nicht haben, bilden alle Typhuserkrankungen fortlaufende Ketten. Bei der Untersuchung der einzelnen Fälle muss es deshalb das eifrigste Streben sein, die vorhergehenden Glieder der Kette genau aufzufinden. Je häufiger uns das gelingt, desto geringer wird die Zahl der infizirten Brunnen, Wasserleitungen, Molkereien, Bäche sowie die die Zahl der auftretenden Epidemien sein. Also keine Brunnen- und Misthaufenhetze sans phrase! An Stelle der schematischen Frage: „wo ist der Brunnen“, muss immer zuerst die Frage treten: „wo ist der vorhergehende Krankheitsfall?“ Dabei kommt es in erster Linie auf die Erfüllung der Anzeigepflicht, dann vor allem aber auch auf Erkennung der ersten und leichten Fälle, also auf die rechtzeitige „Typhusdiagnose“ an.

Die Frühdiagnose bei Einzelfällen von Typhus gehört zu den schwierigsten Aufgaben der Medizin; die Interessen des praktischen Arztes und der Medizinalbeamten gehen hier weit auseinander. Während es dem Arzt bei seinen rein kurativen Interessen oft ganz gleichgültig sein wird, wann und wo die Infek-

tion seines Kranken stattgefunden hat, ist dies für den Medizinalbeamten die Hauptsache, weil sich an die Feststellung dieser Thatsache wichtige sanitätspolizeiliche Massnahmen anschliessen sollen. Wichtig ist besonders die Berechnung des Tages der Infektion. Steht erst die Zeit der Infektion möglichst genau fest, dann ergiebt sich auch sehr bald der Ort, wo die Infektion stattgefunden haben muss und damit die eigentliche Infektionsquelle. Man darf es dem praktischen Arzte nicht immer übel nehmen, wenn er mit Rücksicht auf seine Klientel sich scheut, die verhängnissvolle Diagnose „Typhus" auszusprechen, so lange er sich sagen muss, dass sich noch eine andere Diagnose herausstellen kann. Trifft das ein, dann wird der Arzt für gewissenlos erklärt, dass er ein Wort von solcher Tragweite so leichtfertig ausgesprochen hat. Besonders die Mischinfektionen machen die Diagnose oft recht schwierig. Kommen im höheren Alter stehende Personen in Frage, so ist zu beachten, dass diese für den Typhus wenig prädisponirt sind, wie sich dies auch bei der jüngsten Epidemie in Gelsenkirchen gezeigt hat. Man darf auch nicht unbeachtet lassen, dass selbst sehr intelligente Kranke oft Tage lang mit Fieber herumgehen und in Bezug auf die Fiebererscheinungen die merkwürdigsten Angaben machen. Im Gegensatz zu den praktischen Aerzten muss der Medizinalbeamte gerade allen leichten Fällen Aufmerksamkeit widmen; denn sie sind sanitätspolizeilich die allerschlimmsten. Der Mensch, der mit dem Typhus ambulatorius herumgeht und herumreist, kann mit seinen Entleerungen die Typhusbazillen sehr weit herumschleppen. Aehnlich ist es im Stadium der Rekonvalescenz. Eine ganze Zeit, nachdem der Kranke bereits entfiebert ist, enthalten sein Urin und seine Stühle noch zahllose Typhusbazillen.

Um der ersten Forderung einer sachgemässen Typhusbekämpfung, der exakten Feststellung der einzelnen Krankheitsfälle gerecht zu werden, können wir ohne Hülfe der Bakteriologie nicht auskommen. Und trotz gegentheiliger Ansicht Fränkel's wird es deshalb nach wie vor das Bestreben der Regierungs- und Medizinalräthe sein müssen, einen gut geschulten bakteriologischen Assistenten mit einem zweckentsprechenden Laboratorium zu erhalten, einem Laboratorium, in dem alle sanitätspolizeiliche Fäden des Bezirks zusammenlaufen sollen, und das jedem Arzte des Bezirks Gelegenheit bieten soll, die erforderlichen bakteriologischen Proben anstellen zu lassen.

Das zweite, worauf sich unsere ganze Aufmerksamkeit und Kraft zu erstrecken hat, ist die Isolirung. Die Typhuskranken müssen viel häufiger in die Krankenhäuser gebracht werden, wie bisher, und die Krankenhäuser müssen zu diesem Zwecke viel besser werden, als sie es zur Zeit sind.

In dritter Linie kommt die Desinfektion. Referent empfiehlt den „Leitfaden für Desinfektoren" von Med.-Rath und Kreisarzt Dr. Hensgen in Siegen,[1]) sowie den Kirstein'schen Leitfaden für Desinfektoren,[2]) und weist auf die Nothwendigkeit hin, sich Desinfektoren auszubilden.

Er betont ferner, dass man früher mit Recht viel Gewicht auf die Improvisation von Dampfapparaten unter ländlichen Verhältnissen legte als Ersatz der kostspieligen und wenig beliebten Dampfdesinfektionsapparate. Welcher von den Formalin-Desinfektionsapparaten am meisten zu empfehlen sei, lässt sich nicht bestimmen, der Czaplewski'sche, Flügge'sche, Prausnitz'sche u. s. w. sind ausserordentlich praktisch. Die billigste Methode ist einstweilen die vom Reg.- und Med.-Rath Dr. Springfeld empfohlene mittelst eiserner Kette, mit der man unter ländlichen und kleinstädtischen Verhältnissen auskommt.

Die Desinfektion von Brunnen geschieht am besten mit Chlorkalk. Für je 1 cbm Wasser sind erforderlich 150 g Chlorkalk, 800 cbcm 40prozentige Salzsäure und 800 g Natrium sulfurosum (Natriumsulfit). Der Chlorkalk wird in einer Porzellan- oder Thonschüssel in kaltem Wasser angerührt und in möglichst gleichmässige Form gebracht, so dass keine oder möglichst wenig Klumpen übrig bleiben. Die so präparirte Flüssigkeit wird in den Brunnen gegossen, und gleich hinterher kommt die entsprechende Menge Salzsäure. Konnte man vorher den Kubikinhalt des Brunnens nicht genau bestimmen, so muss man Proben mit Jodzink-Stärkelösung machen. Wenn etwas von diesem Reagens

[1]) Verlag von Rich. Schötz in Berlin.
[2]) Verlag von Jul. Springer in Berlin.

zugesetzt wird, so muss sofort eine dunkelblaue Reaktion eintreten! Ist das nicht der Fall, so ist der Chlorgehalt des Wassers nicht genügend; es muss dann noch mehr Chlorkalk hinzugesetzt werden. Nachdem man das Chlor genügend lange Zeit hat einwirken lassen, setzt man das Natrium sulfurosum, in möglichst viel Wasser gelöst, dem Brunnenwasser zu. Da sich dieses in kaltem Wasser nur langsam auflöst, empfiehlt es sich, mehrere Stunden zu warten, vielleicht sogar bis zum nächsten Tage; um so sicherer ist die Wirkung. Der Zusatz von Natrium sulfurosum beseitigt den chlorigen Geruch und Geschmack vollkommen.

Zur Desinfektion des Trinkwassers im Kleinen empfiehlt sich das beim Militär eingeführte Verfahren mittelst Eau de Javelle (Natriumhypochlorit) und Natrium sulfurosum, durch deren Zusatz das Wasser keimfrei gemacht wird und vollkommen schmackhaft bleibt.

Bei der Berichterstattung sind lange Schilderungen klinischer Symptome völlig überflüssig. Hauptsächlich gilt es die beiden Fragen zu beantworten: Auf welchen Wegen ist im vorliegenden Falle die Infektion erfolgt und auf welchen Wegen können seit Beginn der Erkrankung Typhuskeime bereits weiter verbreitet sein? Bei der Fragestellung scheidet der Kranke absolut aus; denn seine Antworten sind meist von Fieberphantasien beeinflusst. Es wird deshalb nur seine Umgebung befragt werden können. Wo diese versagt oder fehlt, werden genaue polizeiliche Nachforschungen einzutreten haben. Mit der Fragestellung ist es überhaupt eine recht schwierige Sache. Auf der einen Seite kann man sehr leicht, — namentlich dem Ungebildeten — etwas suggeriren; umgekehrt ist aber auch sehr häufig bei ansteckenden Krankheiten das Gegentheil der Fall. Die Leute haben ein schlechtes Gewissen nach dieser und jener Richtung hin und antworten ausweichend. Da ist es Sache der persönlichen Geschicklichkeit, den Gefragten nicht merken zu lassen, worauf man hinaus will und durch gelegentliche geschickte Zwischenfragen das zu erfahren, worauf es ankommt. Das kostet freilich Zeit; aber bei der jetzigen veränderten Stellung der Kreisärzte kann auch meist eben dazu viel mehr Zeit aufgewendet werden als bisher. Aus den thatsächlichen Angaben der Berichte muss sich die Aufsichtsbehörde die Ueberzeugung schaffen können, ob dem Fall rückwärts bis in seine Wurzeln nachgegangen ist und ob die nöthige Aufmerksamkeit angewandt ist, um ihn auch bis in seine letzten Ausläufer hin zu verfolgen. Die Schreibarbeit wird durch das dazu neu vorgeschriebene Formular wesentlich verringert; seine Ausfüllung verlangt nur sachgemässe, direkt auf den Fall bezügliche kurze und knappe Angaben in Form von Stichworten.

Die in den allermeisten Fällen zu treffenden polizeilichen Anordnungen sind ebenfalls als Formulare gedruckt und werden von den Polizeibehörden vorräthig gehalten. Die Polizei erhält nach dem Vorschlage des Kreisarztes durch den Landrath die Weisung, die Anordnungen nach einem dieser Formulare zu treffen und hat nur nöthig, den Namen des betreffenden Haushaltungsvorstandes einzutragen, zu unterschreiben und zu adressiren.

In der Anwendung der auszufüllenden Formulare liegt noch ein weiterer Vortheil. Mit Hülfe von Indigo-Papier und einer Blechtafel lassen sich stets zu gleicher Zeit drei Exemplare anfertigen; eins geht an den Landrath, eins an den Regierungspräsidenten, eins bleibt bei den Akten.

Der Vortrag wurde durch zahlreiche Demonstrationen erläutert; an denen sich auch H. Oberstabsarzt Dr. Hünermann betheiligte, der frische Typhus-Bouillon-Kulturen im hängenden Tropfen, die Widal'sche Reaktion, sowie die v. Drigalski'sche Methode demonstrirte und überhaupt in eingehender Weise die bakteriologische Diagnose des Typhus besprach, indem er gleichzeitig die Nothwendigkeit der gegenseitigen Unterstützung von Zivil- und Militärbehörden betonte. An der Hand der von der Untersuchungsstation in Koblenz gemachten Beobachtungen wies er darauf hin, dass im Allgemeinen die Diagnose Typhus berechtigt ist, wenn bei positivem Ausfall der Widal'schen Probe in Verdünnung 1 : 100 sich eine in den letzten Jahren überstandene Typhuserkrankung durch die Anamnese ausschliessen lässt. Er führte weiterhin als Beispiel für die grosse Bedeutung, welche der Feststellung des Tages der Ansteckung beizumessen ist, die im Jahre 1900 auf dem Truppenübungsplatz Elsenborn entstandene Molkereiepidemie an. Die Ansteckung war 1 oder 2 Tage vor dem Verlassen des Lagers durch den Genuss infizirter Molkereimilch, die an-

geblich pasteurisirt sein sollte, entstanden. Es traten im Ganzen 182 Erkrankungen auf und zwar durchschnittlich 14—18 Tage nach dem Verlassen des Lagers. Roseola trat am häufigsten am 23. oder 24. Tage nach dem muthmasslichen Tage der Ansteckung auf. Auch bei einer kleinen in Koblenz beobachteten Epidemie war dies der Fall. Bei den Ansteckungen, die bei den Mannschaften im Mannöver oder bei Märschen durch die Eifel stattgefunden hatten, gestattete die Annahme, dass die Roseola durchschnittlich erst nach drei Wochen und einigen Tagen auftritt, häufig einen Rückschluss auf den Ort, wo mit der grössten Wahrscheinlichkeit die Ansteckungsquelle gesucht werden musste. Wenn weitere Beobachtungen die Annahme, dass Roseola nur in den seltensten Fällen vor dem Ablauf von 23—24 Tagen auftritt, bestätigen, so würde dadurch für epidemiologische Nachforschungen viel gewonnen sein.

II. Betreffs des zweiten Gegenstandes der Tagesordnung, **Wasserleitungen**, will Referent, Reg.- und Med.-Rath Dr. Salomon, nur einige handliche Apparate besprechen, die es ermöglichen, die für die Begutachtung erforderlichen einfachen chemischen und bakteriologischen Feststellungen gemäss §. 37 der Dienstanweisung mit Leichtigkeit auszuführen. Die im Bezirk zur Zeit bestehenden Anlagen dieser Art sind nicht alle hygienisch einwandfrei, da für deren Bau nicht allemal hygienische Ueberlegungen, sondern vielfach Gründe rein wirthschaftlicher Natur die Veranlassung gewesen sind, und die Projekte mitunter von recht zweifelhaften Technikern, einfachen Brunnenmachern, Bergleuten, Schlossern, Installateuren oder von unerfahrenen Wiesenbaubeamten ausgeführt sind. Auch der Bau ist oft erfolgt, ohne dass irgend eine hygienische oder höhere bautechnische Prüfung des Projektes stattgefunden hat. Künftig wird dies in Folge der im §. 74 der Dienstanweisung vorgesehenen ausnahmslosen Mitwirkung der Kreisärzte aufhören. Die sorgfältigste Feststellung und Prüfung aller Unterlagen ist von der grössten Bedeutung; vor Allem darf ein Gutachten nicht abgegeben werden, ohne die einschlägigen Verhältnisse selbst an Ort und Stelle sich genau angesehen zu haben. Anderseits soll man durch zu starre und schematische Forderungen ein an sich gutes Wasserleitungsprojekt nicht zu Falle bringen; z. B. ist bei einer Quelle, bei der keinerlei Verseuchungsgefahr vorliegt, nicht die Abgabe des Gutachtens von der vorherigen Fertigstellung einer kunstgerechten Fassung abhängig zu machen.

Für die chemische Wasseranalyse hat sich dem Referenten ein von einer amerikanischen Firma gelieferter und von Linckenheil & Co. in Berlin vertriebener Kasten ausgezeichnet bewährt. Er enthält alle erforderlichen, Apparate in kompendiöser Form und alle Chemikalien in Gestalt komprimirter Tabletten.[1]) Die chemische Wasseruntersuchung ist auf diese Weise einfach, handlich und ausreichend genau, um ein zuverlässiges Urtheil über die Beschaffenheit des Wassers in chemischer Beziehung zu sichern. Sollte zur Ergänzung und Vervollständigung des Befundes noch eine genaue quantitative Analyse irgend eines verunreinigenden Stoffes nothwendig sein, so wird diese am besten durch einen vereidigten Chemiker ausgeführt.

Die bakteriologische Wasseruntersuchung muss die Möglichkeit bieten, die Wasserproben gleich an Ort und Stelle in Platten auszugiessen, und diese auch im heissesten Sommer bis zur Wohnung zu transportiren, ohne dass die Gelatine verflüssigt und ohne dass man den ganzen Apparat auf dem Transport ständig unter persönlicher Aufsicht zu halten braucht. Referent hat einen Apparat mit allen Geräthschaften, die zur bakteriologisch einwandfreien Wasserentnahme erforderlich sind, zusammengestellt und von einem dortigen Instrumentenmacher anfertigen lassen. Er enthält ausser einem würfelförmigen, aus verzinntem Messingblech mit Filz und Linoleum überzogenen Eiskühler eine Büchse aus Nickelinblech mit 12 Petri-Schalen, 2 Nickelin-Blechbüchsen für je 6 mit Nährgelatine beschickte Reagensgläser, 2 ganz flache Nickelin-Blechbüchsen zur Aufnahme von Pipetten, ein mit Hartspiritus-Würfeln gefüllter und mit zwei abnehmbaren Deckeln versehener Nickelin-Blechbehälter von der ungefähren Grösse einer gewöhnlichen Schachtel für schwedische Streichhölzer und 12 kleine zur Wasserentnahme bestimmte vierkantige Fläsch-

[1]) Derselbe wurde vom Kreisarzt und Med.-Rath Dr. Kirchgässer-Koblenz demonstrirt.

oben mit eingeschliffenem Glasstopfen, um welchen in einer Umhüllung von Pergamentpapier sterile Watte festgebunden ist.

Eine der Büchsen für die Gelatinröhrchen ist feuerfest gelötet und so eingerichtet, dass ihre obere Hälfte zwei umlegbare seitliche Flanschen trägt, welche, wenn sie durch einen Drahtbügel festgestellt sind, ein Kochgestell bilden, dass einen Dreifuss ersetzt. Man füllt die auf diese Weise mit ihrer Oeffnung nach oben gerichtete Büchsenhälfte mit Wasser, stellt den mit einigen Spirituswürfeln beschickten Deckel der kleinen Nickelmbüchse darunter, zündet an und hat in zwei Minuten 40° warmes Wasser, in welches man die Gelatinröhrchen zur Verflüssigung hineinstellt. Erfolgt die Wasserentnahme in kühler Jahreszeit, sodass der Eisapparat überflüssig ist, braucht man nur die Einsatzbüchse mit den Petri-Schalen mitzunehmen. Die übrigen Gegenstände sind wegen ihrer geringen Abmessungen und ihrer platten Form bequem in den Rocktaschen unterzubringen.

Zum Schluss demonstrirt Referent noch einen Apparat, der zur Entnahme von Wasserproben aus der Tiefe dient.

III. Beim letzten Punkte der Tagesordnung: „Verschiedenes" wird von demselben Referenten zunächst die Frage der Bestrafung von Aerzten wegen unterlassener Anzeige berührt und betont, dass querköpfigen Aerzten gegenüber, die sich aus Grundsatz den behördlichen Bestimmungen widersetzen, mit aller Schärfe vorzugehen sei; im Uebrigen dürfte aber gerade beim Typhus eine schonende Rücksichtnahme auf die Kollegen am Platze sein; denn auf sanitärem Gebiete sei auf die Dauer nichts Wesentliches ohne Hilfe der praktischen Aerzte zu leisten. Dadurch, dass die Kollegen vor Gericht gezogen werden, erreicht man — ausser der Verbitterung weiterer ärztlicher Kreise — meist nichts. Da in 99 Fällen von 100 Freisprechung erfolgt auf Grund der Annahme, dass der Angeklagte bei seinen persönlichen Kenntnissen nicht imstande war, die Krankheit zu erkennen. Durch Polizei- und Gerichtsstrafen wird man keinen Arzt zum Förderer der Hygiene und Sanitätspolizei machen. Wenn es gelingen sollte, bakteriologische Laboratorien zu bekommen, dann würden die praktischen Arzte mit Freuden von der Gelegenheit, ihre Diagnosen und Prognosen zu verbessern, Gebrauch machen; und das Verhältniss zu den Kreisärzten, die dann natürlich alle erforderlichen Untersuchungen zu vermitteln hätten, würde viel besser werden. Der Kreisarzt, der jetzt viel zu sehr Aufpasser sein muss, wird dann zu einem Berather und Helfer werden.

Betreffs des Verhältnisses der Medizinalbeamten zu den Aerztekammern erwähnt Referent, dass sich die Aerztekammer der Rheinprovinz auf seine Empfehlung hin dazu entschlossen hat, von den beamteten Aersten nur einen Beitrag von 15 Mark zu erheben statt 20 Mark, aus der Ueberlegung heraus, dass die Kosten für die Ehrengerichte und für den Ehrengerichtshof dem Medizinalbeamten nicht zur Last gelegt werden sollen, weil er an der Ehrengerichtsbarkeit weder aktiv, noch passiv theilnimmt. Die Sonderstellung der Medizinalbeamten etwa noch auszudehnen auf die Wittwen- und Waisengelder, hält Referent nicht für richtig; er bittet vielmehr, für die weitere Zahlung von Wittwen- und Waisengeldern einzutreten. Man könne nie wissen, wie das Leben mit seinen Wechselfällen spielt; das Zusammengehen mit den praktischen Aersten sei ausserdem auch in diesem Punkte ausserordentlich werthvoll und trage dazu bei, dass das Gefühl der Zusammengehörigkeit der praktischen Aerzte und der Medizinalbeamten nicht verloren gehe!

Kreisarzt Dr. Thiele-Cochem fragt an, wie es mit der Untersuchung von Kranken, die an ansteckenden Krankheiten leiden, durch den Kreisarzt zu halten sei?

Der Referent erwiedert, dass nach §. 83 der Dienstanweisung der Kreisarzt bei den Ermittelungen an Ort und Stelle allerdings auch „die Art" der Krankheit festzustellen habe, also eine persönliche Untersuchung der Kranken vornehmen könne; gleichwohl möchte er vor dieser buchstäblichen Auslegung dringend abrathen. Sie passt thatsächlich nur auf die schlimmsten im Reichsseuchengesetz angegebenen Seuchen, bei denen die Feststellung der Diagnose von der einschneidensten Bedeutung ist und bei denen es jedem behandelnden Arzte nur lieb sein wird, wenn er — namentlich in den ersten Fällen solcher Erkrankungen — die Verantwortung für die Diagnose auf andere

Schultern laden kann. Bei den einheimischen, jedem Arzte geläufigen Infektionskrankheiten dagegen würde es ein falsch angebrachter Uebereifer sein, der als unberechtigtes Misstrauen gegen die behandelnden Aerzte ausgelegt werden könnte, wenn der Kreisarzt jeden Kranken selbst untersuchen wollte. Schon um die Gefahr der Verschleppung des Krankheitsstoffes zu vermeiden sollte man das Krankenzimmer nur ausnahmsweise betreten. Grundsätzlich habe die Krankheit als festgestellt zu gelten, sobald sie von einem approbirten Arzte angezeigt worden sei. Von dieser allgemeinen Regel gebe es natürlich Ausnahmen; vor Allem dann, wenn thatsächlich — etwa auf Grund früherer Erfahrungen — begründete Zweifel an der Zuverlässigkeit eines Arztes bestehen. Der Untersuchung werde gemäss §. 23 der D.-A. eine Benachrichtigung des behandelnden Arztes voranzugehen haben, die, auch wenn sie voraussichtlich nicht mehr rechtzeitig eintreffen könnte, doch niemals nunterlassen werden sollte.

Kreisarzt Med.-Rath Dr. Falkenbach-Mayen erwähnt hierzu einen fälschlich als Typhus gemeldeten Fall, bei dem erst durch seine Untersuchung die Diagnose „Beckenabszess" als postpuerperale Erkrankung klargestellt wurde.

Es wurden sodann noch einige auf der Hauptversammlung der Medizinalbeamten in Berlin am 14. September 1901 erörterte Dienstobliegenheiten des Kreisarztes durchgesprochen. Rpd.

Protokoll
über die am 20. April 1902 Vormittags 10 Uhr im Hôtel Bristol zu Frankfurt a. Main abgehaltene I. Vorstandsitzung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins.

Anwesend: Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Rapmund-Minden, Vorsitzender, Med.-Rath Dr. Engelbrecht-Braunschweig, Bezirksarzt Dr. Flinzer-Plauen i. V., Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Gaffky-Giessen, Kreisarzt Dr. Hecker-Weissenburg i. E., Med.-Rath Dr. Köstlin, Stadtdirektionsarzt in Stuttgart, Med.-Rath Dr. Lehr, Kreisarzt in Darmstadt, Geh. Reg.- und Ob.-Med.-Rath Dr. Philipp-Gotha, Geh. Med.-Rath Dr. Siemens, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt in Lauenburg i. P., Prof. Dr. Strassmann, Gerichtsarzt in Berlin.

1. Der Vorsitzende, Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Rapmund, erstattet nach Begrüssung der erschienenen Herren und nachdem H. Dr. Flinzer-Plauen auf sein Ersuchen das Amt des Schriftführers übernommen hat, zunächst einen kurzen Geschäftsbericht über die Ausführung der Beschlüsse der am 2. Juli v. J. in Frankfurt a. M. abgehaltenen Delegirten-Versammlung. Die Bildung und Zusammensetzung des einstweiligen Vorstandes u. s. w. ist diesen Beschlüssen gemäss erfolgt, desgleichen das Protokoll der Delegirten-Versammlung in der Zeitschrift für Medizinalbeamte veröffentlicht und ausserdem jedem deutschen Medizinalbeamten gleichzeitig mit einem Einladungsschreiben Ende vorigen Jahres zugestellt. In Folge dessen sind der Preussische und der neugebildete Württembergische Medizinalbeamtenverein dem Deutschen Verein in corpore beigetreten, ausserdem aber auch eine nicht unerhebliche Anzahl Medizinalbeamten u. s. w. aus allen anderen Bundesstaaten, so dass der Verein z. Z. 1110 Mitglieder zählt. Wie aus dem neu aufgestellten Mitgliederverzeichniss und der vom Vorsitzenden gegebenen Uebersicht hervorgeht, sind sämmtliche Bundesstaaten in dem Verein vertreten und zwar meist auch die verschiedenen Instanzen der Medizinalverwaltung. Sehr erfreulich ist, dass sich auch verhältnissmässig viele Professoren der Hygiene, der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, ebenso wie Direktoren öffentlicher Irrenanstalten, Hebammenlehranstalten u. s. w. dem Vereine angeschlossen haben.

2. Bei der hierauf folgenden Berathung der Satzungen und der Geschäftsordnung theilt der Vorsitzende mit, dass alle heute verhinderten Vorstandsmitglieder — Med.-Rath und Bezirksarzt Dr. Kürz-Heidelberg, Obermed.-Rath u. Kreisphys. Dr. Lesenberg-Rostock, Kreisphys. u. Med.-s Rath Dr. Richter-Dessau, Bezirksarzt Dr. Waibel-Kempten, sowie Physikus Dr. Wahncau-Hamburg — sich mit den Satzungen einverstanden erklärt haben; einige von ihnen in Vorschlag gebrachten Aenderungen wird er an zutreffender Stelle bekannt geben.

Bei der allgemeinen Besprechung der Satzungen erhebt sich über die Frage, ob der Verein im Vereinsregister eingetragen werden müsse, eine längere

Debatte. Der Vorsitzende hält eine Eintragung nicht für erforderlich, da der Verein doch wesentlich wissenschaftliche Zwecke verfolge; dieser Ansicht sei auch der Rechtsanwalt, den er bei Abfassung der Satzungen um Rath gefragt habe. Die Eintragung habe für einen Verein, bei dem vermögensrechtliche Fragen nicht in Betracht kommen, wenig Vortheile, wohl aber viele Unbequemlichkeiten bei etwaigen Aenderungen des Vorstandes, der Satzungen u. s. w.; deshalb empfehle es sich, von einer solchen abzusehen, sie werde auch von der zuständigen Behörde nicht verlangt werden. Uebrigens seien bei Abfassung der Satzungen ausser den Beschlüssen der Frankfurter Delegirten-Versammlung auch die massgebenden Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches berücksichtigt. Sämmtliche Anwesenden stimmen diesen Ausführungen bei.

Es wird sodann in die Einzelberathung der Satzungen eingetreten.

Bei §. 1 wird von dem Vorsitzenden mitgetheilt, dass von anderer Seite vorgeschlagen sei, das etwas veraltete Wort Staatsarzneikunde im Abs. 1 fallen zu lassen und zu sagen: „Die Wissenschaft auf dem Gebiete de Hygiene, der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie zu pflegen."

H. Dr. Philipp stellt dagegen den Antrag, das Wort „Staatsarzneikunde" beizubehalten, da es am besten das Arbeitsgebiet des Vereins zum Ausdruck bringe. Nach längerer Debatte wird dieser Antrag einstimmig angenommen, desgleichen ein Vorschlag des Vorsitzenden, gleichsam als Erklärung des Wortes „Staatsarzneikunde" in Klammern die Worte beizufügen („Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen, gerichtliche Medizin und Psychiatrie"). Erläuternd wird hierzu bemerkt, dass unter „gerichtlicher Medizin" auch die Unfallheilkunde einbegriffen sein soll und unter Psychiatrie speziell gerichtliche Psychiatrie zu verstehen sei.

Zu §. 2, Abs. 3 beantragt H. Dr. Köstlin, für die Worte „zu einer staatlichen Aerztekammer" zu sagen „zu einer staatlich anerkannten ärztlichen Standesvertretung". Auch dieser Antrag findet einstimmige Annahme.

Im Abs. 4 des §. 2 wird ein Druckfehler berichtigt: statt „Absatz 1 und 2" muss es „Absatz 1 bis 3" heissen.

Zu §. 5 „Vorstand" entspinnt sich eine längere Debatte über die Frage, ob es nicht räthlich sei, einen engeren Ausschuss, bestehend aus 3—4 Vorstandsmitgliedern, zur Führung der laufenden Geschäfte einzusetzen, da durch die eventuell mehrmals im Jahre nothwendige Einberufung des Gesammtvorstandes zu hohe Kosten entstehen würden, ausserdem ein Vorstand von 15 Personen zu schwerfällig für eine prompte Erledigung der Geschäfte sei und kaum jemals zu Vorstandssitzungen vollzählig erscheinen würde. Der Vorsitzende bittet, es bei der Bestimmung zu belassen; die Geschäfte des Vereins würden fast ausschliesslich von dem Vorsitzenden, Schrift- und Kassenführer geleitet, die daher mit dem stellvertretenden Vorsitzenden gleichsam einen engeren Ausschuss bilden. Mehr als eine Sitzung des Gesammtvorstandes werde alljährlich nicht erforderlich sein; im Interesse des Vereins liege es aber, dass in dieser thunlichst sämmtliche Mitglieder und demzufolge die meisten Bundesstaaten vertreten seien. Namentlich sei dies erforderlich, um nach allen Richtungen hin Fühlung zu haben, die Wünsche der Mitglieder in Bezug auf die Feststellung der Tagesordnung zu den Hauptversammlungen kennen zu lernen u. s. w. Die Vorstandsmitglieder sind der Ansicht, dass man die Art der Leitung der Geschäfte, wie die etwaige Bildung eines engeren Ausschusses dem künftigen Vorstand überlassen könne und keine Bestimmung darüber in die Satzungen aufnehmen brauche.

Ein Antrag zu §. 5, Satz 1, „den Vorstand auf 2 Jahre zu wählen und statt 5, 6 Mitglieder zu kooptiren" wird abgelehnt. Es bleibt bei der vorgeschlagenen Fassung. Dagegen wird die Bestimmung im zweiten Satz des §. 5, Abs. 1, wonach die grösseren Bundesstaaten, insbesondere die Königreiche, mindestens durch je ein Mitglied im Vorstande vertreten sein sollen, gestrichen; es soll jedoch bei der Vorstandswahl nach diesem Grundsatze verfahren werden.

Im §. 7, Abs. 2 wird folgende stylistische Abänderung beschlossen: „Er (der Vorsitzende) hat für die vorschriftsmässige Einladung zu den Vorstandssitzungen und Vereinsversammlungen Sorge zu tragen, die Tagesordnung für die Vorstandssitzungen festzustellen und in diesen, sowie in den u. s. w. den Vorsitz zu führen."

Zu §. 9, Abs. 1 wird vorgeschlagen zu sagen: „In der Regel" findet alljährlich eine Hauptversammlung statt, da eine solche doch unter besonderen Umständen (Epidemien, Krieg) ausfallen müsste. Die Mehrzahl der Vorstandsmitglieder ist jedoch der Ansicht, dass dies auch bei der jetzigen Fassung zulässig sei und dass dann der bisherige Vorstand im Amt zu verbleiben habe. Mit Rücksicht hierauf wird eine Abänderung des §. 9, Abs. 1 nicht für nöthig erachtet und der Antrag abgelehnt.

Die übrigen Paragraphen der Satzungen werden einstimmig angenommen, dagegen ein von H. Dr. Lesenberg-Rostock schriftlich gestellter Vorschlag, in den Satzungen auch das Vereinsorgan zu bestimmen, nicht für nothwendig erachtet, da es Sache der Hauptversammlung sei, darüber Bestimmungen zu treffen. Derselben soll jedoch vorgeschlagen werden, dass die Zeitschrift für Medizinalbeamte das Organ des Vereins bleibt.

Der vorgelegte Entwurf der Geschäftsordnung wird hierauf en bloc angenommen.

3. Betreffs des Verhandlungsortes wird zunächst einstimmig beschlossen, eine Stadt Süddeutschlands zu wählen, schon mit Rücksicht darauf, dass der Verein für öffentliche Gesundheitspflege in München tagt. In Vorschlag werden dann gebracht Darmstadt, Würzburg, Nürnberg, Stuttgart und München. Nach längerer Debatte wird gegen 2 Stimmen München gewählt; hierbei aber ausdrücklich betont, dass künftighin thunlichst an dem Beschluss der Frankfurter Delegirtenversammlung festzuhalten sei, wonach die Versammlung des Vereins zwar thunlichst in der Nähe von derjenigen des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege stattfinden solle, aber nicht an demselben Orte.

Als Sitzungstage werden Montag und Dienstag, den 15. und 16. September, bestimmt; am Sonntag, den 14. September, Abends, soll die Begrüssung stattfinden.

Zur Tagesordnung der Hauptversammlung sind bisher folgende Vorträge angemeldet:

1. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Fritsch: „Ueber die Nothwendigkeit der Einwilligung des Patienten zur Operation."
2. Prof. Dr. Cramer, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt und der psychiatrischen Klinik in Göttingen: „Ueber normalen oder pathologischen Rausch" oder „Sittlichkeitsdelikte und Straf- und Zivilgesetzgebung."
3. Dr. Wolff, Assistent am hygienischen Institut in Hamburg: „Ueber den jetzigen Stand des serodiagnostischen Verfahrens zur Unterscheidung verschiedener Arten von Blut, Milch u. s. w." (Mit Demonstrationen.)
4. Prof. Dr. Fränkel-Halle: Thema vorbehalten.
5. Dr. Steinmetz-Strassburg: Als Diskussionsgegenstand: „Errichtung einer Zentralauskunftsstelle über Kurpfuscherei durch den Verein.

Es wird beschlossen, dass ausser der Berathung der Satzungen die unter Nr. 1, 2 und 3 aufgeführten Vorträge, und zwar von Prof. Dr. Cramer der Vortrag „Ueber normalen und pathologischen Rausch" am ersten, die unter Nr. 4 und 5 genannten am zweiten Sitzungstage zur Verhandlung gelangen sollen; ausserdem soll auf die Tagesordnung des zweiten Sitzungstages noch ein Vortrag „Ueber die Betheiligung der Medizinalbeamten bei der Wohnungsbeaufstichtigung" gestellt werden.

4. Der Jahresbeitrag wird mit 12 Mark festgesetzt, nachdem der Vorsitzende erklärt hat, dass dieser Betrag trotz der erheblichen Ausgaben, namentlich an Porto- und Druckkosten, die bereits durch die Gründung des Vereins entstanden seien, zur Tragung der Kosten ausreichen werde.

Den Vorstandsmitgliedern sollen die baaren Reiseauslagen zur heutigen Vorstandssitzung ersetzt werden.

5. Die nächste Vorstandssitzung soll am 14. September, Abends 6 Uhr, in München kurz vor der Begrüssung abgehalten werden.

Schluss der Sitzung: ½1 Uhr.

Dr. Rapmund,
Vorsitzender.

Dr. Flinzer,
Schriftführer.

A. Satzungen.

Namen und Zweck des Vereins.

§. 1. Der Verein führt den Namen:

„Deutscher Medizinalbeamten-Verein".

Er hat den Zweck:

1. die Wissenschaft auf dem gesammten Gebiete der Staatsarzneikunde (Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen, gerichtliche Medizin und Psychiatrie) zu pflegen;
2. durch Vorträge und Austausch persönlicher Erfahrungen eine Verständigung über wichtige Fragen und die einschlägige Gesetzgebung auf diesem Gebiete herbeizuführen, sowie
3. seinen Mitgliedern Gelegenheit zu gegenseitiger Annäherung zu geben.

Mitgliedschaft.

§. 2. Zum Beitritt in den Verein sind berechtigt:

a. alle in den deutschen Bundesstaaten im Staatsdienst, sowie die mit voller Beamteneigenschaft im Gemeindedienst fest angestellten Medizinalbeamten;
b. die Universitätslehrer der Hygiene, gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, sowie die an hygienischen, gerichtsärztlichen und psychiatrischen Instituten fest angestellten Aerzte;
c. die Direktoren öffentlicher Anstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten, sowie
d. alle staatsärztlich approbirten Aerzte, auch die nicht im Staats- oder Gemeindedienst angestellt sind.

Die Beitrittserklärung erfolgt durch schriftliche Anzeige an den Vorstand.

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Empfange der Mitgliedskarte; sie erlischt durch den Tod, durch Aberkennung des Wahlrechts oder der Wahlfähigkeit zu einer staatlich anerkannten ärztlichen Standesvertretung, durch freiwillige Austrittserklärung oder durch Verweigerung des Jahresbeitrages.

Die in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Landesvereine der Medizinalbeamten können dem Verein in corpore beitreten, wenn für den Ein- und Austritt ihrer Mitglieder die gleichen Bedingungen wie im Abs. 1 bis 3 dieses Paragraphen vorgeschrieben sind. Die Landesvereine haben dann dem Vorstande des Vereins alljährlich bis zum 15. Januar ein namentliches Verzeichniss ihrer Mitglieder einzusenden und jeden Zu- und Abgang derselben innerhalb 14 Tagen anzumelden.

Die Ernennung von Ehrenmitgliedern geschieht auf Vorschlag des Vorstandes durch die Hauptversammlung.

Vereinsjahr und Beitrag.

§. 3. Als Vereinsjahr gilt das Kalenderjahr.

Die Höhe des jährlichen Beitrages wird von der Hauptversammlung festgesetzt; derselbe ist im Januar jeden Jahres an das mit den Kassengeschäften betraute Vorstandsmitglied einzuzahlen. Rückständige Beiträge können nach zuvoriger vergeblicher Erinnerung zur Einzahlung durch Nachnahme eingezogen werden.

Erlöschen der Mitgliedschaft im Laufe eines Jahres giebt kein Recht auf antheilige Rückerstattung gezahlter Beiträge.

Organe des Vereins.

§. 4. Organe des Vereins sind der Vorstand und die Versammlung des Vereins.

a. Vorstand.

§. 5. Der Vorstand des Vereins besteht aus zehn, von der Hauptversammlung alljährlich zu wählenden (siehe §. 10, Abs. 3 und 4) Mitgliedern, die fünf weitere Mitglieder zu kooptiren haben. Scheidet ein Vorstandsmitglied vor Ablauf seiner Amtsdauer aus, so kann der Vorstand dafür ein anderes Vereinsmitglied für die Zeit der Amtsdauer des Ausgeschiedenen kooptiren.

Der Vorstand wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden, einen

Stellvertreter desselben und einen Schriftführer. Der Schriftführer ist zugleich Schatzmeister; es kann jedoch auch ein anderes Vorstandsmitglied mit der Führung der Kasse beauftragt werden.

§. 6. Der Vorstand leitet die gesammten Angelegenheiten des Vereins und sorgt insbesondere für die Vorbereitung und Ausführung der von den Versammlungen gefassten Beschlüsse. Er bestimmt Zeit, Ort und Tagesordnung der abzuhaltenden Versammlungen, sowie die Berichterstatter über die einzelnen Verhandlungsgegenstände; desgleichen hat er in der jährlichen Hauptversammlung einen Geschäftsbericht zu erstatten. Seine Berufung geschieht durch den Vorsitzenden, so oft es die Lage der Geschäfte erfordert, oder wenn sie von mindestens 5 Mitgliedern beantragt wird. Die Einladung dazu hat wenigstens 8 Tage vorher schriftlich unter Mittheilung der Tagesordnung zu erfolgen.

Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn mindestens fünf Mitglieder, einschliesslich des Vorsitzenden, anwesend sind. Er fasst seine Beschlüsse nach Stimmenmehrheit; bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden, falls es sich jedoch um Wahlen handelt, das Loos. Ueber die Verhandlungen ist vom Schriftführer ein Protokoll aufzunehmen, das von diesem und dem Vorsitzenden zu vollziehen ist.

§. 7. Der Vorsitzende führt unter Mitwirkung des Schriftführers die laufenden Geschäfte und vertritt den Verein sowohl, als den Vorstand nach aussen. Er hat für die vorschriftsmässige Einladung zu den Vorstandssitzungen und Vereinsversammlungen Sorge zu tragen, die Tagesordnung für die Vorstandssitzungen festzustellen und in diesen, sowie in den Hauptversammlungen den Vorsitz zu führen. Er nimmt auch die Beitrittserklärungen neuer Mitglieder entgegen und fertigt die Mitgliedskarten aus; er kann hiermit aber auch den Schriftführer beauftragen.

§. 8. Der Schriftführer hat den Schriftwechsel zu besorgen, die Verhandlungen und Berichte über die Vereins- und Vorstandssitzungen abzufassen, den jährlichen Geschäftsbericht zu erstatten und für ordnungsmässige Aufbewahrung der Akten Sorge zu tragen. Führt er gleichzeitig die Vereinskasse, so hat er alljährlich in der Hauptversammlung Rechnung zu legen, desgleichen ist er verpflichtet, jeder Zeit auf Verlangen des Vorstandes eine Uebersicht des Vermögensstandes zu geben. Ist ein besonderer Schatzmeister gewählt (siehe §. 5, Abs. 2), so liegt diesem die Kassenführung und Rechnungslegung ob.

b. Versammlungen des Vereins.

§. 9. Alljährlich findet eine Hauptversammlung statt, für die in der Regel zwei Versammlungstage in Aussicht zu nehmen sind.

Ausserordentliche Versammlungen können vom Vorstande jederzeit einberufen werden; desgleichen müssen solche stattfinden, wenn sei von mindestens 50 Mitgliedern beantragt sind und ebenso viele Mitglieder ihr Erscheinen zugesagt haben.

Die Einladungen zur Hauptversammlung haben mindestens 4 Wochen vorher durch das Vereinsorgan zu erfolgen; bei ausserordentlichen Versammlungen kann diese Frist auf 8 Tage verkürzt werden, falls jedes Mitglied durch besonderes Schreiben eingeladen wird.

§. 10. Obliegenheiten, Befugnisse und Beschlüsse der Vereinsversammlung. Der Vereinsversammlung liegt insbesondere ob:

a. die Wahl des Vorstandes;
b. die Wahl der Ehrenmitglieder;
c. die Wahl der Rechnungsrevisoren zur Prüfung der vom Schriftführer oder Schatzmeister alljährlich vorzulegenden Jahresrechnung, sowie
d. dessen Entlastung auf Antrag der Rechnungsrevisoren
e. die Beschlussfassung über alle Anträge und Vereinsangelegenheiten, namentlich über Abänderung der Satzungen und Auflösung des Vereins.

Beschlüsse werden in der Regel mit Stimmenmehrheit gefasst, Stimmengleichheit gilt als Ablehnung. Nur bei Aenderungen der Satzungen ist eine Mehrheit von zwei Dritteln der stimmenden Mitglieder erforderlich; ausserdem sind derartige Anträge mindestens 8 Wochen vor der Versamm-

lung dem Vorstande schriftlich einzureichen und 4 Wochen vorher den Vereinsmitgliedern bekannt zu geben. Für die Beschlussfassung über Auflösung des Vereins ist §. 11 massgebend.

Eine Abstimmung durch Stimmzetel erfolgt nur bei Vorstandswahlen oder wenn sie von wenigstens 20 anwesenden Mitgliedern beantragt wird. Bei Wahl der Vorstandsmitglieder entscheidet absolute Mehrheit der Stimmenden, bei Stimmengleichheit das Loos. Ergiebt die Wahl eine absolute Stimmenmehrheit nicht, so findet eine Stichwahl zwischen den beiden statt, welche die meisten Stimmen erhalten haben.

Wahlen und Abstimmungen durch Zuruf sind statthaft, wenn von keinem anwesenden Mitgliede Widerspruch erfolgt.

Ueber jede Versammlnng des Vereins ist eine vom Vorsitzenden und Schriftführer zu unterzeichnende Verhandlung aufzunehmen, im Uebrigen ist für die Verhandlungen in den Vereinssitzungen die von der Hauptversammlung zu genehmigende Geschäftsordnung massgebend.

Auflösung des Vereins.

§. 11. Für Anträge auf Auflösung des Vereins findet §. 10 Abs. 2 Anwendung. Dieselbe kann nur durch eine Mehrheit von zwei Dritteln der eingeschriebenen Mitglieder und in einer besonders zu diesem Zwecke vorschriftsmässig (s. §. 9, Abs. 3) einberufenen Versammlung, die auch über die Verwendung des bei der Auflösung noch vorhandenen Vermögens zu bestimmen hat, beschlossen werden.

Ist die erste Versammlung beschlussunfähig, so muss innerhalb 8 Wochen eine zweite einberufen werden, die dann mit zwei Drittel Mehrheit der erschienenen stimmenden Mitglieder entscheidet.

B. Geschäftsordnung.

§. 1. Den Beginn und die Tagesordnung der Versammlungen bestimmt der Vorstand; Aenderungen der festgesetzten Tagesordnung sind nur durch Vereinbarung des Vorsitzenden mit den einzelnen Rednern zulässig. Ist einer der Redner zu der Zeit, wo er an die Reihe kommt, abwesend, so haben sämmtliche nächstfolgenden das Vorrecht vor ihm.

§. 2. In den Versammlungen ist jedem Redner zu einem Vortrage 40 Minuten Zeit gewährt; diesen Zeitraum kann der Vorsitzende um 10 Minuten verlängern, zu einer weiteren Verlängerung ist aber die Zustimmung der Versammlung erforderlich.

§. 3. In der Diskussion dürfen die Reden nicht länger als 10, oder auf Zulassung des Vorsitzenden 15 Minuten dauern; nach Ablauf dieser Zeit ist der Wille der Versammlung durch Abstimmung einzuholen. Jede Abweichung vom Ausgangspunkte der Diskussion, jede Wiederholung des sachlich bereits Vorgebrachten ermächtigt bezw. verpflichtet den Vorsitzenden zur Unterbrechung der Rede.

Der Vorsitzende ertheilt das Wort nach der Reihenfolge der bei ihm mündlich oder schriftlich erfolgten Anmeldungen; jedoch darf jedes Mitglied ohne besondere Berufung an die Versammlung nur zweimal das Wort erhalten, ausgenommen von demjenigen, an dessen Vortrag sich die Diskussion knüpft und der sowohl das Recht zu öfteren Erwiderungen hat, als auch jedesmal nach abgelaufener Diskussion das Schlusswort bekommt, auf das ohne ausdrückliche Bestimmung der Versammlung keine weitere Entgegnung zulässig ist.

§. 4. Jedes Mitglied der Versammlung hat zu einem beliebigen Zeitpunkte in der Diskussion das Recht, mündlich Schluss derselben zu beantragen; über diesen Antrag wird sofort und ohne vorhergehende Diskussion abgestimmt, wenn er die Unterstützung von wenigstens 10 Mitgliedern findet. Ist der Antrag angenommen, so erhält nur noch der Vortragende das Schlusswort.

§. 5. In gleicher Weise kann auch der Antrag auf Abkürzung einer Diskussion gestellt werden, nach dessen Annahme nur noch den bereits angemeldeten Rednern das Wort zu ertheilen ist.

§. 6. Zu einer thatsächlichen Berichtigung, sowie zur Geschäftsordnung muss das Wort jederzeit ertheilt werden; persönliche Bemerkungen sind dagegen nur nach Schluss der Diskussion statthaft.

Für derartige Mittheilungen darf aber nur eine Zeit von 5 Minuten gewährt werden.

§. 7. Betreffs der Vorstandswahlen und der Beschlüsse der Versammlungen sind die Bestimmungen im §. 10, Abs. 2—5 und §. 11 der Satzungen des Vereins massgebend.

§. 8. Ueber jede Versammlung werden offizielle Sitzungsberichte veröffentlicht, welche sich möglichst genau an das während der Versammlung aufgenommene Stenogramm zu halten haben und deren Feststellung der Vorstand übernimmt, wobei jedoch jedem Vortragenden das Recht zusteht, die Berichtigung bezw. die Druckkorrektur des von ihm gehaltenen Vortrages selbst zu übernehmen.

Die Veröffentlichung dieser Sitzungsberichte geschieht in einer vom Verein dazu bestimmten Fachzeitschrift und erhält jedes Mitglied des Vereins einen Sonderabzug derselben. Beabsichtigt ein Vortragender seinen Vortrag noch anderweitig zu veröffentlichen, so bleibt ihm das nach der seitens des Vereins erfolgten Veröffentlichung überlassen.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Tod infolge Lungenentzündung; kein ursächlicher Zusammenhang mit einem Betriebsunfalle. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1901.

„Unzweifelhaft ist der Erblasser der Kläger am 6. Februar 1901 an einer Lungenentzündung gestorben, welche am 31. Januar 1901 so weit vorgeschritten gewesen war, dass der Verstorbene die Arbeit aufgeben musste. Streitig ist, ob diese Krankheit auf einen am 20. Januar 1901 geschehenen Betriebsunfall zurückzuführen ist, welcher als ein durch Ueberanstrengung bei der Arbeit des Tragens 60—70 Pfund schwerer Eisenplatten hervorgerufener innerer Vorgang im Körper des M. — Bluterguss, Zerreissung, Zerrung, Dehnung oder dergl. — hingestellt wird. Wenn der Dr. Sch. einen solchen Zusammenhang als „wahrscheinlich" bezeichnet, so kann dieser Annahme nicht beigetreten werden. Allerdings beweist der Umstand, dass bei der Sektion keinerlei Verletzungsspuren gefunden sind, nichts gegen die Möglichkeit einer „traumatischen" Entstehung der Lungenentzündung; anderseits würde aber, wie der Knappschaftsarzt Dr. W. bemerkt und Dr. Sch. nicht zu widerlegen versucht, in diesem Falle aller Erfahrung nach die Entwickelung der Entzündung eine viel schnellere gewesen sein und der Verstorbene nicht vermocht haben, nach eintägiger Unterbrechung der Arbeit dieselbe zehn Tage fortzusetzen. Die Möglichkeit des Zusammenhanges als eine Wahrscheinlichkeit hinzustellen, wie es der Dr. Sch. thut, ist also zum Mindesten sehr gewagt. Besonders stark gegen die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges aber fällt es in's Gewicht, dass erstens die Arbeit, bei welcher die Schädigung eingetreten sein soll, eine für den Verstorbenen keineswegs ungewöhnlich schwere, sondern völlig betriebsübliche und gewohnte war, und dass zweitens das von dem Mitarbeiter des M., Paul P., bekundete starke Schwitzen M.'s bei dieser Arbeit, sowie der Umstand, dass er am 21. Januar von der Arbeit wegblieb, weil er Schmerzen empfand, sich schwach fühlte und hustete, weit eher die Annahme nahe legen, dass die ersten Anfänge der Lungenentzündung sich schon vor dem 20. Januar 1901 im Körper des M. aus unbekannten Ursachen entwickelt hatten.

Nach alledem muss der von den Klägern behauptete Zusammenhang für durchaus unwahrscheinlich erachtet werden, und die Zurückweisung ihrer Rentenansprüche seitens der Vorinstanzen erscheint gerechtfertigt.

Kompass 1902; Nr. 6.

Herabsetzung der Rente in Folge von Angewöhnung. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 9. Dezember 1901.

Die von dem Kläger bisher bezogene Theilrente von $33^1/_3$ Prozent war durch den Bescheid vom 5. November 1898 lediglich für eine Uebergangszeit zum Angewöhnen gewährt worden. Das Rekursgericht hat kein Bedenken ge-

tragen, in Uebereinstimmung mit den Vorinstanzen anzunehmen, dass in der Zwischenzeit die Angewöhnung an die noch fortbestehenden Folgen des Unfalls (Quetschung des Unterschenkels) erfolgt und dadurch eine Hebung der Leistungsfähigkeit des Klägers bewirkt ist, welche das Schiedsgericht zur Herabsetzung der Rente auf 20 Proz. der Vollrente berechtigte. Der Kläger ist in der Lage gewesen, die Hauerarbeit, die gerade auch an die Kraft und Geschicklichkeit der Beine erhebliche Anforderungen stellt, mehr als ein und einhalb Jahr hindurch ununterbrochen durchzuführen, ohne merkbar hinter den Durchschnittsleistungen seiner Mitarbeiter zurückzubleiben. Die Behauptung des Klägers, er werde bei der Arbeit von seinen Mitarbeitern durchgeschleppt, steht mit der wiederholten Auskunft der Zechenverwaltung, dass der Kläger nicht „durchgezogen" wurde, in Widerspruch. Auch ist gerade bei der im Gruppenakkord ausgeführten Hauerarbeit, bei der eine minderwerthige Arbeitskraft den Verdienst der ganzen Kameradschaft herunterdrückt, mit Sicherheit anzunehmen, dass die Arbeitskameraden des Klägers sich seine Mitarbeit nicht lange würden haben gefallen lassen, wenn er in der That in seiner Leistungsfähigkeit noch erheblich hinter ihnen zurückstände.

Diesen Erwägungen gegenüber kann der Annahme des Dr. med. Ba., dass der Kläger immer noch um $33^1/_3$ Proz. in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt sei, keine Bedeutung beigelegt werden. Das Rekursgericht ist vielmehr der Ueberzeugung, dass der Kläger keinen Grund zur Beschwerde hat, wenn ihm die Beklagte noch immer die verhältnissmässig hohe Theilrente von 20 Prozent beläßt. Ibidem.

Grad der Erwerbsverminderung nach Heilung eines Bruches des rechten Schlüsselbeins, einer Quetschung des rechten Unterschenkels und der linken Brustseite mit Infraktion der 7. Rippe. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 3. Januar 1902.

Der Verletzte hatte im Januar 1899 einen Bruch des rechten Schlüsselbeines, eine Quetschung des rechten Unterschenkels und der linken Brustseite mit Infraktion der 7. Rippe erlitten, und anfangs 100 % später 40, zuletzt 25 % Rente erhalten. Die letzte wurde mit Ende November eingestellt. Auf Veranlassung des Reichsgesundheitsamtes hat dann Geh. Med.-Rath Dr. Sch. unterm 8. Mai 1901 sein Gutachten dahin abgegeben, dass die früher von ihm konstatirten Unfallfolgen bei den Verletzen größtentheils verschwunden oder wenigstens so vermindert seien, dass sie seine Erwerbsfähigkeit nicht mehr beeinträchtigen und er wieder als vollkommen erwerbsfähig zu betrachten sei. Der dirig. Arzt für Chirurgie am Elisabeth-Hospital Dr. Ba. in Bochum und Dr. Co. in Essen schätzten dagegen in ihren Gutachten vom 15. Juni 1901 die in Folge des Unfalls noch vorhandene Erwerbsbeschränkung auf 20 bez. 15 %. Diese Gutachten sind dem Prof. Dr. Sch. vorgelegt worden, und hat sich dieser zu denselben dahin geäussert, dass sie in keiner Weise geeignet seien, sein am 8. Mai abgegebenes Gutachten irgendwie zu entkräften, da sie absolut keine neuen Gesichtspunkte brächten, ohne Kenntniss des Aktenmaterials abgefasst und in den von seinem Gutachten abweichenden Punkten nicht einwandfrei seien, sondern direkt zum Widerspruch herausforderten. Dr. Ba. höre bei allen Bewegungen im rechten Schultergelenk ein deutliches Knarren, das er an die Bruchstelle des oberen Schlüsselbeines verlege. Dies sei aber ein Irrthum. Das Knarren entstehe im Gelenk selbst und sei Folge einer chronischen Gelenkknorpelerkrankung, die im linken Schultergelenk in gleicher Weise vorhanden sei. Ebensowenig könne anerkannt werden, dass durch die Verdickung an der Aussenseite des rechten Oberschenkels bei der ausserordentlich kräftigen Muskulatur des Mannes die Stützfähigkeit des rechten Beines verringert sei, wie Dr. Ba. attestire. Die Annahme des Dr. Co., dass durch die Verdickung am Ende des Schlüsselbeines die Nervenstämme gedrückt würden, entbehre jeder anatomischen Grundlage, weil an der Stelle gar keine Nervenstämme verliefen, und die Gelenkverbindung des Schlüsselbeinendes mit der Schulterblattgräte eine vollkommen feste sei. Gegen die Annahme eines Druckes auf die Nervenstämme spreche ausserdem noch die Art der Schmerzen und der Umstand, dass die Muskulatur des rechten Armes stärker sei, als die des linken. Er wolle zugeben, das K. mit seiner rechten Schulter nicht so gut tragen könne, indess dann müsse er überhaupt nicht im Stande sein, seinen Beruf als Hauer aus-

zufühlen. Wenn er aber 5 Tage alles arbeiten könne, ohne dass der vorgesetzten Behörde etwas auffiele, so müsse es doch zum mindesten als sehr unwahrscheinlich erscheinen, dass er den 6. Tag pausiren müsse. Wenn die Schmerzen wirklich so hochgradig wären, wie K. angebe, dass er nur aus Verzweiflung, um nicht seine Stelle zu verlieren, unter den unsäglichsten Schmerzen weiter arbeite, dann müsse dies doch seinen Arbeitskollegen auffallen und es würde nur übrig bleiben, seinen Obersteiger eidlich vernehmen zu lassen, ob K. wirklich so unter Schmerzen arbeite, dass er nach 5tägiger Arbeit am Ende seiner Kräfte angelangt sei. Es scheine dies nicht sehr wahrscheinlich zu sein, auch spreche die herkulisch entwickelte Muskulatur dagegen. Da K. aber einen durchaus guten und glaubwürdigen Eindruck mache, würden Recherchen in dieser Richtung doch angebracht sein.

In Folge dessen hat das R.-V.-A. weitere Ermittelungen angestellt und mit Rücksicht auf deren Ergebniss trotz des Gutachtens des Prof. Dr. Sch. den Verletzten unter Zuerkennung von 10 M. eine Rente von 15 % aus folgenden Gründen zugebilligt:

Der Prof. Dr. Sch. hat, nachdem ihm die vom Klägrr überreichten Gutachten des Dr. Ba. und Dr. Co. vorgelegt sind, seine frühere Begutachtung, dass nach dem objektiven Befunde die Unfallfolgen geschwunden, oder wenigstens so vermindert sind, dass sie die Erwerbsfähigkeit des Klägers nicht mehr beeinträchtigen, zwar aufrecht erhalten. Er hat aber, da die Klagen des Verletzten über bei der Arbeit auftretende Schmerzen auf ihn einen glaubwürdigen Eindruck gemacht haben, anheimgestellt, die Berechtigung dieser Klagen durch thatsächliche Ermittelungen nachzuprüfen. Dies ist geschehen und das Ergebniss der Beweisaufnahme hat die Angaben des Klägers im Ganzen bestätigt.

Der Kläger arbeitet nicht die ganze Woche hindurch, sondern bleibt fast regelmässig Samstags von der Arbeit fort, weil er sich nach der dem Steiger W. abgegebenen Erklärung nach fünftägiger Arbeit so schwach fühle, dass er aussetzen müsse. Der Kläger hat ferner auch seinen Arbeitsgenossen gegenüber wiederholt über Schmerzen geklagt, er wird nach Aussage des Zeugen E. bei Verrichtung schwerer Arbeit mehr, als dies sonst üblich ist, von seinen Kameraden unterstützt. Bei dieser Sachlage hatte sich das Rekursgericht nicht davon überzeugen können, dass der Kläger wieder vollständig hergestellt ist und seine frühere Erwerbsfähigkeit wiedererlangt hat. Die Einstellung der Rente ist deshalb nicht für gerechtfertigt erachtet, wohl aber konnte wegen der sich aus den Gutachten des Prof. Dr. Sch. ergebenden Verringerung der objektiven Veränderungen an den durch den Unfall verletzten Stellen die Rente des Klägers unter der Annahme wesentlicher Besserung mit 50 % herabgesetzt werden. Kompass 1902, Nr. 10.

Tödtlich verlaufene Gehirnblutung, ob traumatisch (durch Hinfallen) oder spontan entstanden. Obergutachten des Prof. Dr. Benda-Berlin, unter dem 18. November 1901 auf Ersuchen des Reichs-Versicherungsamts erstattet. Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamtes; 1902, Nr. 5.

Der Kolonnenführer (Brauer) Theodor B., 42 Jahre 8 Monate alt, beschäftigt in der Brauerei von E. H. in Br., verheirathet, Vater von 4 Kindern, ist am 25. August 1900 Morgens bei der Arbeit im Eislagerhause hingefallen kurze Zeit darauf besinnungslos geworden und nach einem viertägigen Kranken, lager verstorben. Die am zweiten Tage nach dem Tode vorgenommene Obduktion ergab als wichtigsten Befund eine Gehirnblutung.

In Folge des Streitverfahrens über die Rentenansprüche der Wittwe ist die Frage in den Vordergrund getreten, ob die Gehirnblutung, die allgemein als die Todesursache angesehen wurde, durch den Fall hervorgerufen worden und somit als traumatisch anzusehen ist, oder ob sie die Folge einer selbstständigen inneren Krankheit ist, also spontan auftrat und selber den scheinbaren Betriebsunfall verschuldete. Ueber diese Frage sind die Ansichten der Aerzte (7), die sich bisher als Behandelnde, als Obduzenten und als Gutachter mit der Angelegenheit zu beschäftigen hatten, in hohem Grade auseinandergegangen.

Hinsichtlich der Vorgeschichte sind keine besonders bedeutungsvollen Feststellungen erzielt worden. B. soll früher an epileptischen Anfällen gelitten haben, als deren vermuthliche Ursache bei der Sektion Blasenwürmer im Gehirn

gefunden wurden. Ueber andere Vorerkrankungen, besonders Syphilis, ist nichts Positives ermittelt worden. Auf einen reichlichen Alkoholgenuss ist von Seiten einiger der Herren Aerzte aus seinem Gewerbe als Brauer geschlossen worden. Nach dem Lohnnachweise hat er täglich vier Liter Freibier und ausserdem Haushaltungsbier bezogen und vielleicht auch konsumirt. Doch ist das für einen muskelstarken Mann, als der B. geschildert wird, nicht übermässig viel und hatte auch keineswegs bisher zu den ärztlich feststellbaren körperlichen Beschwerden der Biertrinker, Fettleibigkeit und Fettherz, geführt. Ich möchte danach nicht zugeben, dass aus der Vorgeschichte eine besondere Prädisposition für Gehirnblutungen bei einem so jungen Manne gefolgert werden kann. Die wichtige Frage, ob er in völlig gesundem Zustande am Morgen des 25. August an die Arbeit gegangen ist, scheint mir nicht sicher aufgeklärt.

Die Kenntniss des Unfallereignisses stützt sich auf die Aussage der beiden Zeugen L. und Bau. „B. hat den beiden Zeugen beim Eisschieben geholfen. Er ist im Eislagerhause — jedenfalls in Folge von Glätte — ausgeglitten und hingefallen, hat sich dann wieder aufgerafft und ist taumelnd auf den Zeugen Bau. mit den Worten zugegangen: „Mir ist schlecht.“ Im selben Augenblick ist er in die Knie gesunken und von Bau. mit den Armen aufgefangen worden, wobei er noch erklärte, dass er gefallen sei. Mit einem Taschentuche habe sich B. mehrmals in der rechten Schläfengegend am Kopf gewischt und gedrückt, starker Schweiss sei bei ihm ausgebrochen, und in der rechten Schläfengegend sei ein stark gerötheter Fleck sichtbar gewesen. Bevor er noch in den Unfallwagen gebracht war, soll er die Besinnung verloren haben.“ Es ist danach ganz zweifellos, dass die Sache mit einem Falle angefangen hat; . . . dagegen hat sicherlich keiner der Zeugen gesehen, dass bei dem Falle thatsächlich der Kopf getroffen war; das wurde vielmehr offenbar nur aus dem Wischen und Drücken an der rechten Stirn- und Schläfengegend geschlossen. Dieser Schluss ist unberechtigt. Wie wohl Jeder im täglichen Leben beobachten kann, wischt man sich immer, wenn man das Taschentuch in der rechten Hand hat, zunächst den Schweiss von der rechten Stirn und Schläfe ab. Auch der rothe Fleck kann auf Täuschung beruht haben. Er ist wenigstens nachher nicht mehr beobachtet worden, wo er sich wohl zu einer Beule und Blutunterlaufung verdickt haben müsste. Dagegen sind die theoretischen Einwendungen, die Herr Dr. B., sowie die Herren San.-Rath Sch. und F. gegen die Wahrscheinlichkeit eines für eine Gehirnerschütterung genügend heftigen Falles machen, bereits von Herrn Dr. Bo. mit Recht bekämpft worden. Für das Zustandekommen einer Gehirnerschütterung ist keineswegs ein besonders hoher Fall nöthig. Wenn ein schwerer Mann mit ganzem Gewicht ungeschickt aus Körperhöhe oder noch niedriger auf den Kopf gegen den Boden aufschlägt, kann die Gewalteinwirkung recht erheblich sein. Wenn man z. B. annimmt, dass B. beim Schieben der Eismasse den Widerstand einer Masse überschätzt, und sich mit zu grosser Kraft gegengestemmt habe, so könnte er beim plötzlichen Ausweichen der Masse auf dem glatten Boden sehr unerwartet das Gleichgewicht verloren haben, und schwer vornüber gefallen sein. Das Fehlen sichtbarer äusserer Verletzungen ist gegen die Annahme einer Gehirnerschütterung kein zureichender Grund. Es ist also nach diesen Betrachtungen berechtigt, dieselbe in Erwägung zu ziehen.

Für den Krankheitsverlauf von dem ersten Falle an liegen zunächst die eben angeführten Zeugenaussagen vor. B. konnte sich also zunächst wieder aufraffen, einige taumelnde Schritte machen und sprechen, wobei er in starken Schweiss gerieth. Dann brach er zusammen und wurde bald besinnungslos. Leider fehlen über die nächsten zwei Tage zuverlässige Aufzeichnungen in den Akten, da von dem ersten behandelnden Arzte kein Bericht eingefordert zu sein scheint und sich Herr Dr. W. auf die nicht ganz einwandfreien Angaben der Ehefrau stützt. Hiernach muss B. vollkommen Sprache und Besinnung wiedererlangt haben, so dass er auch der Frau den Unfall erzählen konnte. Es geht aber auch aus den Aufzeichnungen des Herrn Dr. W. und aus seinen Mittheilungen an Herrn Dr. D. unzweifelhaft hervor, dass er selbst noch am 27. August, also am zweiten Tage nach dem Geschehnisse, normale Sprache von B. zu hören bekommen hat. B. klagte über heftige Kopfschmerzen, war im Stande, sich im Bette aufzusetzen, so dass es dem Arzte schien, als ob er seine Schmerzen übertreibe. Erst am nächsten Tage war das Krankheitsbild ein viel schwereres geworden. Die Kopfschmerzen waren heftiger, es zeigten sich

Sprach- und Gehörstörungen, über die Herr Dr. W. zusammen mit dem hinzugezogenen Dr. D. genauere Aufnahmen gemacht hat. Die Sprachstörungen bestanden in einem Versetzen der Worte und Silben, es fehlten die richtigen Worte für das, was gesagt werden sollte. Ferner war der Kranke auf beiden Ohren sehr schwerhörig geworden, während die Untersuchung des Gehörorgans selbst ein völlig normales Verhalten ergab. Es wurde nach diesem Verhalten eine Herderkrankung im Gehirn, und zwar in der ersten linken Schläfenwindung und in der Reilschen Insel diagnostizirt. Fieber und Lähmungserscheinungen fehlten auch jetzt noch.

. . . Die wesentlichen Eigenthümlichkeiten des Krankheitsverlaufs bestanden also in einer schnellen anfänglichen Entwickelung einer schweren allgemeinen Störung der Hirnthätigkeit, dann in einem Nachlass und fast völliger Hebung der Hirnstörungen während zweier oder dreier Tage, endlich in einer neuen, sich schnell verschlimmernden Herderkrankung des linken Schläfenlappens und Tod durch Hirnlähmung.

Es fragt sich, wie dieser Krankheitsverlauf mit der Annahme einer traumatischen Ursache zu vereinigen ist. Dass die klinischen Symptome (ebenso wie der spätere Leichenbefund) auf einen Erkrankungsherd nicht der von dem fraglichen Insult betroffenen rechten, sondern auf einen solchen der entgegengesetzten Seite wiesen, ist von Herrn Dr. Bo. bereits in durchaus zutreffender Weise beleuchtet worden. Es stimmt in der That mit den ärztlichen Erfahrungen sehr wohl überein, dass bei Verletzungen des Schädels durch Schlag oder Stoss die schwersten Veränderungen des Gehirns häufig nicht an der unmittelbar betroffenen Stelle, sondern an der gerade entgegengesetzten Stelle liegen. Diese Erfahrung wird, wie mir scheint, mit Unrecht, durch den sogen. contrecoup erklärt; die Thatsache ist aber unbezweifelbar. Es würde also, wie Herrn Dr. Bo. zuzugeben ist, eine Erkrankung des linken Schläfenlappens mit einem Falle auf die rechte Stirn- oder Schläfenseite in Einklang stehen. Dagegen bestreite ich ganz entschieden die Behauptung des Herrn Dr. Bo., dass „sich der klinische Verlauf mit einer traumatisch entstandenen Blutung in Einklang bringen lässt, und dass eine langsam anwachsende Blutung aus einem kleinen venösen Gefässe diese Erscheinungen hervorrufen konnte". Abgesehen davon, dass, wie auch Herr Dr. B. bereits auseinandergesetzt hat, umfangreichere venöse Blutungen im Gehirn durch die dort herrschenden Druckverhältnisse nahezu ausgeschlossen sind, zumal hier nicht die grossen Blutleiter der harten Hirnhaut in Frage kommen, sondern nur die kleinen Gefässe der weichen Häute — abgesehen also hiervon, ist der klinische Verlauf der Annahme des Herrn Dr. Bo. geradezu entgegenstehend. Die Zerreissung der Blutgefässe muss, wenn sie durch das Trauma, also hier durch das Hinfallen bewirkt war, im Augenblicke der Gewalteinwirkung erfolgt sein. Es ist nun zwar verständlich, dass die Blutung nicht momentan so stark war, um den Betroffenen sofort völlig zu lähmen, und dass er zunächst wieder aufstehen konnte. Als derselbe dann aber nach einigen Schritten wieder zusammenbrach, hatte der Bluterguss bereits seinen Höhepunkt erreicht, und er muss aufgehört haben, als zu Hause der Rückgang der ersten Symptome erfolgte und die Besinnung wiederkehrte. Es ist aber gar kein Grund ersichtlich, warum nun nach zwei Tagen die bereits geschlossenen kleinen Gefässe von Neuem angefangen hätten zu bluten, und von jetzt an der Bluterguss allmählich gewachsen sein sollte, da doch kein neues Trauma inzwischen erfolgt ist. Im Gegensatze zu Herrn Dr. Bo. muss ich erklären, dass die Krankheitserscheinungen mit der Annahme eines Trauma möglichst wenig übereinstimmen. Im Allgemeinen pflegen bei einem Trauma des Gehirns die Krankheitserscheinungen im ersten Augenblick am stärksten zu sein, weil hier zu den durch das Trauma bewirkten gröberen Verletzungen noch die meist unsichtbare „molekulare" Zerstörung, die wir als Gehirnerschütterung bezeichnen, hinzukommt. Es pflegen daher, wenn dieser erste Insult nicht tödtlich war, die Erscheinungen in regelmässigem Fortschritte besser zu werden. Eine neue Verschlechterung könnte nur eintreten, wenn eine Gehirn- oder Hirnhautentzündung oder Gehirnwassersucht hinzutritt. Diese Erkrankungen sind aber im vorliegenden Falle sowohl durch die klinische Beobachtung, wie durch den Leichenbefund ausgeschlossen. Besonders fehlten für die Entzündungen die charakteristischen Fiebererscheinungen, für die Wassersucht der plötzliche Eintritt der allgemeinen Lähmungserscheinungen. Gegen beide Annahmen sprechen die stark ausgesprochenen Herdsymptome der Hirnerkrankung.

Dagegen sind die im vorliegenden Falle beobachteten Krankheitserscheinungen mit denen, die bei spontanen Blutungen beobachtet werden, in bester Uebereinstimmung. Aus welchen Gründen auch immer die spontane Blutung aufgetreten ist, ob durch eine Gefäss-, eine Herz- oder Nierenerkrankung, immer werden alle Ursachen der Erkrankung gleichmässig fortbestehen, auch wenn die Schädigung des ersten nicht tödtlichen Blutergusses vorerst überwunden wird, und es können jeder Zeit aus demselben oder aus anderen Blutgefässen Nachblutungen erfolgen. Hierauf beruht die auch jedem Laien bekannte Erscheinung der Wiederholung der Schlaganfälle. Einen ähnlichen Verlauf zeigen, wie ich hier gleich bemerken will, auch andere spontane Hirnerkrankungen, die nicht auf Gefässzerreissungen, sondern auf Gefässverstopfungen beruhen; dieselben sind in ihrem klinischen Verlaufe meist gar nicht von Blutergüssen zu unterscheiden.

Schliesslich mache ich noch darauf aufmerksam, dass auch eines der konstantesten Symptome der traumatischen Hirnerkrankung, das Erbrechen, gefehlt hat. Wenn ich auch nicht behaupten will, dass der Krankheitsverlauf eine traumatische Hirnerkrankung völlig ausschliesst, so kann ich doch mein Urtheil über diesen Punkt dahin zusammenfassen, dass die klinischen Erscheinungen besser auf eine spontane als auf eine traumatische Erkrankung des Gehirns passen.

Aus dem Sektionsbefund kommen folgende Punkte in Betracht:

25. An der Stelle, wo der linke Schläfenlappen sich an das Grosshirn anlegt, ist eine etwa markstückgrosse, äusserlich wahrnehmbare schwarzbraune Stelle.

26. Nach Abtragung der weichen, sich leicht trennenden Hirnhaut von der Gehirnoberfläche findet man eine schwarzbraune krümelige Blutaustretung, welche sich bis an den linken Seitenventrikel des Grosshirns heran erstreckt und die sogenannte Rolandosche Furche vollkommen ausfüllt.

27. Auch auf der entgegengesetzten korrespondirenden Stelle der rechten Hirnhälfte finden sich überaus stark gefüllte Gefässe der weichen Hirnhaut.

28. Unterhalb derselben finden sich, eingelagert in der Grosshirnoberfläche und an der weichen Hirnhaut haftend, drei kirschkerngrosse blasige Gebilde, welche als Blasenwürmer zu bezeichnen sind.

29. Der rechte Seitenventrikel ist frei von Bluterguss, enthält aber im hinteren Theile etwa einen Theelöffel voll klarer Flüssigkeit.

31. Es wird nunmehr die linke Hirnhälfte, die sich äusserst „matsch“ anfühlt, sorgsam zerlegt und dem Verlaufe der bluthaltigen Gefässe gefolgt, wobei sich ergiebt, dass die Gefässe in einer ziemlich dicken Bindegewebsschicht eingebettet liegen.

32. Die Quelle selbst der Blutung konnte nicht entdeckt werden.

33. Einschnitte in das Grosshirn, Kleinhirn, die Brücke, das verlängerte Mark ergeben keine weiteren Blutungen.

34. Die ganze Gehirnmasse ist vollkommen breiig erweicht und lässt eine genaue Struktur nicht mehr erkennen. Zertrümmerung von Hirnsubstanz durch die Blutung nicht nachweisbar.

35. Auch die Gefässe an der Grundfläche des Gehirns sind erweicht und in ihrer Struktur nicht erkennbar; speziell fühlt sich die Basilarpulsader nicht hart an.

50. Die Herzmuskulatur ist linkerseits bis 2 cm stark, rechts an stärkster Stelle $1^1/_2$ cm, durchweg blass, von gelben Fettstreifen durchzogen und durchweg schlaff.

51. An der Innenseite der grossen Körperschlagader, besonders an den Klappen, finden sich weissliche, härtlich anzufühlende, als Kalkniederschläge zu deutende Punkte und Streifen.

53. Die herausgenommene Brustschlagader ist schon durch Fäulniss verändert, doch finden sich an ihr deutlich verkalkte Stellen und ein etwa pflaumenkerngrosser, mit unregelmässigen Rändern umgebener Substanzverlust über einer verkalkten Stelle.

55. Die rechte Lunge, schiefergrau, fühlt sich schwer an, und während die oberen Theile auf Einschnitten bei Druck noch mässige Luftblasen entleeren, sind die unteren vollständig derb, zu einem schwarzbraunen Brei erweicht.

Uebrigens waren überall starke Fäulnisserscheinungen vorhanden, die eine genaue Feststellung über das Verhalten der Organe beeinträchtigten. Den

beiden Herren Obduzenten, Herrn Sanitätsrath Dr. Sch. und Dr. F., sind keine Abweichungen der von ihnen gefundenen und beschriebenen Hirnblutung von einer richtigen apoplektischen Hirnblutung aufgefallen. Sie haben in ihrem Gutachten kein Bedenken getragen, dieselbe als die Ursache der Erkrankung und des Todes zu erklären. Sie nehmen an, dass die Hirnblutng, ohne den Einfluss einer Gewalteinwirkung, während der Arbeit spontan aufgetreten ist, bedingt durch eine Prädisposition, die durch die Blasenwürmer, die Verdickungen der Hirnhäute und durch die Gefässveränderungen gegeben ist.

Herr Dr. B. hat sich dieser Auffassung ganz angeschlossen. Aber Herr Dr. Bo. hat das Sektionsprotokoll und das Gutachten einer eingehenden Kritik unterzogen. Er sagt: „Was die Begutachter mit dem Heranreichen der Blutung bis an den Seitenventrikel gemeint haben, ist nicht recht verständlich, da gleichzeitig betont ist, dass eine Zertrümmerung von Hirnsubstanz nicht stattgefunden habe, was bei dem Heranreichen der Blutung an den Seitenventrikel nicht möglich wäre. Gemeint ist vielleicht, dass der Bluterguss sich tief in die Sylvische Grube erstreckt; dafür spricht auch das klinische Bild. Wie dem auch sein mag, jedenfalls geht aus dem späteren Gutachten hervor, dass es sich um eine Oberflächenblutung zwischen weicher Hirnhaut und Hirnoberfläche gehandelt hat. Eine derartige Lokalisation einer Blutung entspricht nun keineswegs den Gehirnblutungen, wie sie bei Schlaganfällen gewöhnlich angetroffen werden. Gerade die traumatischen Blutungen haben oft den Sitz zwischen weicher Hirnhaut und Hirnrinde, während die Prädilektionsstelle der spontanen Blutungen im Streifenhügel und Linsenkern ist. Es kann deshalb der Bemerkung der Obduzenten, dass die Art der Blutung ohne Zerstörung der Gehirnsubstanz für eine Spontanblutung spreche, nicht beigepflichtet werden."

Es ist Herrn Dr. Bo. vielleicht zuzugeben, dass einige Wendungen des Sektionsprotokolls nicht ganz leicht verständlich sind, und sich zu widersprechen scheinen. Es ist vielleicht auch möglich, dass die Obduzenten bei dem faulen Zustande des Gehirns die Sylvische Grube mit der Rolandoschen Furche verwechseln konnten, obgleich die erste im Allgemeinen leichter erkennbar ist, als die zweite. Dagegen halte ich es für durchaus unberechtigt, wenn Herr Dr. Bo. die unzweideutige Beschreibung des Sektionsprotokolls, die sich auch im Gutachten der Obduzenten wiederfindet, anfechten will: dass der Blutungsherd sich bis an den Seitenventrikel erstreckt hat. Wenn das Blut in der Sylvischen Grube lag, so war es vom Seitenventrikel durch die fast zwei Finger breite Masse der inneren Kapsel, des Linsenkerns und Streifenhügels vom Seitenventrikel entfernt.

Wenn die Obduzenten betonen, dass die Blutung ohne — gemeint ist offenbar: ohne grössere — Zertrümmerung von Hirnsubstanz erfolgt ist, so werden sich daraus, wie wir weiter sehen werden, interessante Folgerungen für den Charakter der Blutung ergeben. Für die fundamental wichtige Frage, ob der Erkrankungsherd in der Gehirnsubstanz selbst gelegen war, oder ob er, wie Herr Dr. Bo. herausdeutet, zwischer weicher Hirnhaut und Hirnrinde gesessen hat, ist diese Abweichung vollkommen gleichgültig. Da wir einmal genöthigt sind, das Protokoll zur Grundlage unserer Erörterungen zu machen, so können wir nicht umhin, die Lage der Blutung innerhalb der Hirnsubstanz als festgestellt zu betrachten.

Mit dieser Feststellung ist aber jeder erhebliche Grund für eine traumatische Blutung in Fortfall gekommen. Es ist richtig, dass die Lagerung des Blutes zwischen weicher Hirnhaut und Hirnrinde fast nur bei traumatischen Blutungen vorkommt. Da das aber eben nicht der Fall war, sind die übrigen von Herrn Dr. Bo. vorgebrachten anatomischen Gründe noch weniger beweisend. Es ist durchaus nicht richtig, dass die Lokalisation der Blutung nicht der gewöhnlichen bei Apoplexien entspricht. Es ist nur zuzugeben, dass die unmittelbar tödtlichen Blutungen allerdings meist in den anderen, von Herrn Dr. Bo. genannten Gegenden sitzen. Dass aber die in unserem Falle vorliegende Gegend gerade besonders häufig der Sitz spontaner Blutungen ist, folgt aus der allgemein bekannten Thatsache, dass kleinere, vorübergehende Schlaganfälle häufig die sogenannte Aphasie verursachen, eine Erscheinung, die durch die Zerstörung einer Hirnwindung hervorgerufen wird, die der im vorliegenden Falle betroffenen benachbart ist.

Auch die an anderer Stelle von Herrn Dr. Bo. gemachte Bezugnahme auf die im Protokoll erwähnte Blutfüllung der Gefässe an der korrespondirenden

Stelle der anderen Hirnhälfte spricht keineswegs für die traumatische Erkrankung, da diese Blutfüllung durch die hier gelegenen Blasenwürmer erklärt ist.

Wenn wir nach diesen Ausführungen ablehnen können, dass der von den Obduzenten gefundene und beschriebene Hirnerkrankungsherd irgend eine für traumatische Blutungen kennzeichnende Eigenthümlichkeit besitzt, so müssen wir auch festzustellen suchen, auf welch eine spontane Erkrankung er zu beziehen ist.

Es muss zugestanden werden, dass der Leichenbefund in dieser Hinsicht kein vollkommen klares Bild giebt, weil die hierzu gehörigen Feststellungen sich nur bei ganz frisch nach dem Tode sezirten Gehirnen vornehmen lassen und im vorliegenden Falle ein hoher Grad von Verwesung eingetreten war. So war die sehr bedeutungsvolle Frage nach dem Festigkeitszustande des Gehirns offenbar nicht mehr klar zu beantworten, und wir finden sogar in dieser Beziehung einige Widersprüche. So steht B I 23. des Sektionsprotokolls die Angabe, dass das Gehirn sich derb anfühlt, 31. dass sich die linke Hirnhälfte äusserst „matsch" anfühlt, 34. dass die ganze Hirnmasse vollkommen breiig erweicht ist. So ist allerdings auch, wie Herr Dr. Bo. bemerkt hat, der Befund „einer bis an den Seitenventrikel reichenden Blutung ohne Zertrümmerung der Hirnsubstanz" nicht ohne Weiteres verständlich. Nichts destoweniger glaube ich, dass man auf Grund grösserer Erfahrungen in der Sektion krankhaft veränderter Gehirne sich ein Bild des vorliegenden Befundes machen kann.

Die Beschreibung des Blutungsherdes entspricht thatsächlich nicht völlig dem, was man bei arteriellen Hirnblutungen, d. h. der gewöhnlichen Form der sogenannten Schlaganfälle, zu finden gewohnt ist. Hier lässt sich meist eine Höhle, die mit Blut und zertrümmerter Gehirnsubstanz gefüllt ist und häufig auch die Quelle der Blutung, eine zerrissene Pulsader, nachweisen. Im vorliegenden Falle ist die Quelle der Blutung nicht gefunden; der Erkrankungsherd enthält „eine krümelige Blutaustretung", und eben keine Hirntrümmer. Diese Beschreibung passt auf Erkrankungsherde, die durch das Zusammenfliessen einer grösseren Menge aus kleinsten Gefässen stammender Blutungen entstanden sind. Derartiges kommt erstens bei manchen Gehirnentzündungen vor, die hier wegen der klinischen Symptome nicht in Frage kommen. Dann findet sich dieses Bild aber bei Stauungen des Blutes im Gehirne, wie solche bei Verstopfung der grossen Venen und Blutleiter eintreten, und endlich, wenn auch seltener, bei Verstopfung der Gehirnschlagadern. Eine solche Schlagaderverstopfung ist entweder die Folge einer örtlichen Blutstockung oder entsteht durch das Hineinfahren eines aus dem Herzen oder der Hauptschlagader, oder einer Vene stammenden Gerinnselpfropfes (sogenannte Embolie). Eine solche Arterienverstopfung ist bei der Sektion — vielleicht in Folge der Fäulniss — nicht gefunden, vielleicht auch nicht genügend gesucht worden. Trotzdem sprechen für sie dieselben Momente, die von den Herren Obduzenten als Prädispositionen für die Arterienzerreissung angenommen worden, die aber ebenso gut und noch ungezwungener als Vorbedingung der Arterienverstopfung zu betrachten sind. Es sind das die Herzverfettung, die Verhärtung und Geschwürsbildung der Hauptschlagader, die Bindegewebswucherungen in den weichen Hirnhäuten, und besonders in der Umgebung der in das Gehirn führenden Blutgefässe, die im vorliegenden Falle wahrscheinlich durch die Blasenwürmer erzeugt waren.

Die gewöhnlich bei Schlagaderverstopfung eintretende Veränderung ist allerdings nicht die Blutung, sondern die sogenannte „weisse Erweichung". Es ist aber nach der Beschreibung des Sektionsprotokolls keineswegs auszuschliessen und sogar sehr wahrscheinlich, dass ausser dem durch die Blutung kenntlich gemachten Erkrankungsherde noch eine ausgedehntere „weisse Erweichung" des Schläfenlappens vorhanden gewesen ist, aber bei der Sektion wegen der vorgeschrittenen Fäulniss nicht mehr erkannt, respektive nicht mehr von den durch die Verwesung bewirkten Erweichungen unterschieden werden konnte. Mit dieser Annahme wäre der Widerspruch aufgeklärt, dass der in der Umgebung der „Rolandoschen Furche" gelegene Blutungsherd, streng genommen, nicht mit dem von Herrn Dr. D. scharfsinnig diagnostizirten Erkrankungsherd in der ersten Schläfenwindung übereinstimmt, und dass die noch nach der Untersuchung des Herrn Dr. D. aufgetretenen schwereren Gehörstörungen auch durch den bisherigen Befund nicht ganz aufgeklärt wären. Auch die schliesslichen Er-

scheinungen der Gehirnlähmung lassen voraussetzen, dass die durch die Verwesung unkenntlich gemachten Hirnveränderungen noch ausgedehnter gewesen sind, als der immerhin kleine, und an keiner besonders lebenswichtigen Stelle gelegene Blutungsherd, obgleich nicht in Abrede gestellt werden soll, dass bisweilen auch die kleinsten sichtbaren Erkrankungsherde schwere Allgemeinerscheinungen hervorrufen.

Diese Erwägungen sollen darthun, dass sich die vorgefundenen Veränderungen des Gehirns sehr wohl den sehr mannigfaltigen Formen der spontanen Hirnerkrankungen einfügen, dass sie dagegen keine für eine traumatische Erkrankung kennzeichnende Eigenthümlichkeit besitzen.

Das Gesammtergebniss meiner Erhebungen aus dem Aktenmaterial des Falles „B." fasse ich in Folgendem zusammen:

Die Vorgeschichte des Verstorbenen, sowie die Beschreibung des fraglichen Vorganges im Eislagerhause geben keinen bestimmten Anhalt für die Frage, ob ein Unfall oder der Ausbruch einer spontanen Hirnerkrankung vorliegt, und wären in gleicher Weise mit beiden Annahmen vereinbar. Die Krankengeschichte lässt einige für traumatische Hirnerkrankungen kennzeichnende Erscheinungen vermissen und enthält kein mit der Annahme eines Schlaganfalles unvereinbares Symptom. Der Leichenbefund hat weder am Gehirne, noch an einem anderen Körpertheil eine auf eine Verletzung hinweisende Veränderung ergeben. Dagegen ist ein Erkrankungsherd im Gehirne gefunden worden, der dem Bilde einer selbstständigen Hirnerkrankung entspricht; am Herzen, der Hauptschlagader und der weichen Hirnhaut bestanden krankhafte Veränderungen, die als Vorbedingung für das Zustandekommen der Hirnerkrankung angesehen werden müssen.

Es ergiebt sich daraus, dass kein Anhaltspunkt dafür vorliegt, dass die Erkrankung und der Tod des Brauers B. auf einen Unfall zurückzuführen sind. Vielmehr sind Erkrankung und Tod als die Folgen selbstständig entwickelter innerer Leiden anzusehen. Der scheinbare Unfall war der plötzliche Ausbruch der Erkrankung, der ohne erkennbaren oder nothwendigen Zusammenhang mit äusseren Umständen erfolgt ist.

Das Rekursgericht hat dem vorstehenden Obergutachten trotz der zahlreichen bereits vorher erstatteten ärztlichen Gutachten massgebende Bedeutung beigemessen und demgemäss nicht für erwiesen erachtet, dass der Tod des Ehemanns und Vaters der Kläger mit einem Betriebsunfall in ursächlichem Zusammenhang steht. Es ist deshalb die schiedsgerichtliche Entscheidung, durch welche die beklagte Berufsgenossenschaft zur Entschädigung der Kläger verurtheilt worden war, aufgehoben und der die Ansprüche der Hinterbliebenen ablehnende Bescheid wieder hergestellt worden.

Tagesnachrichten.

Unter dem 30. Mai d. J. hat der Bundesrath sehr ausführliche **Ausführungsbestimmungen** zu dem Gesetze betreffend die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 erlassen; wir werden dieselben, soweit sie für die Medizinalbeamten von Bedeutung sind, in der Beilage zur nächsten Nummer zum Abdruck bringen.

Im preussischen Abgeordnetenhause wird der Gesetzentwurf, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten leider nicht mehr zur Verabschiedung gelangen. Der angekündigte Entwurf eines Seuchengesetzes ist ebenfalls nicht vorgelegt. Dagegen scheint die Annahme des Entwurfs eines Gesetzes zur Ausführung des Schlachtvieh- und Fleischschaugesetzes (s. Nr. 11 der Zeitschrift, S. 411) gesichert zu sein, ohne erhebliche Abänderungen der vorgelegten Fassung. Ein Antrag, die obligatorische Trichinenschau fallen zu lassen, ist in der Kommission abgelehnt, dagegen ein neuer Paragraph eingeschaltet, wonach „frisches Fleisch, welches einer amtlichen Untersuchung durch approbirte Thierärzte nach Massgabe des §§. 8 bis 16 des Reichsgesetzes unterlegen hat, einer abermaligen amtlichen Unter-

suchung auch in Gemeinden mit Schlachthauszwang nur zu dem Zwecke unterworfen werden darf, um festzustellen, ob das Fleisch inzwischen verdorben ist oder sonst eine gesundheitsschädliche Veränderung seiner Beschaffenheit erlitten hat." Ferner wurde bestimmt, dass „eine doppelte Untersuchung auf Trichinen unter allen Umständen ausgeschlossen ist", und dass für frisches, schon amtlich untersuchtes Fleisch nicht nochmalige Abgaben für Untersuchung erhoben werden dürfen. Ausserdem wurden zwei Resolutionen angenommen: 1) Eine Ausnutzung der Theile der wegen Trichinose zurückgewiesenen Schweine durch Auskochung ist zu gestatten. 2) Die Königliche Staatsregierung ist zu ersuchen, im nächsten Jahre endlich dem Landtage eine Vorlage zur Regelung der Schlachtviehversicherung zugehen zu lassen.

Die Kommission des Abgeordnetenhauses für die Vorberathung des Antrages Graf Douglas, betreffend die Bekämpfung der Trunksucht, hat ihre Verhandlungen beendet. Sie hat folgende Massregeln als nothwendig anerkannt: Verbot der Verabreichung von Branntwein an Personen unter 16 Jahren und an Trunkenbolde; statistische Erhebungen über Trinkerheilanstalten, sowie Unterbringung von Trinkern in Heilanstalten nach Analogie des Fürsorgegesetzes; Aufklärung des Volkes, insbesondere der Jugend in der Schule über die schädlichen Folgen des Alkoholmissbrauchs; mustergültige Einrichtungen zur Verhütung des Alkoholmissbrauchs in allen staatlichen Betrieben; Unterstützung der auf Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs gegründeten Vereine :Einrichtung von Volksbibliotheken, Lesehallen und Aufenthaltsräumen ohne Trinkzwang, Spielplätzen u.s.w.; Steuerfreiheit unter 2 Proz. Alkohol enthaltender Biere; Ergänzung des Strafgesetzbuches dahin, dass Trunkenheit nur dann als strafmildernd und strafmindernd gilt, wenn sie unter starkem äusseren Zwange erworben ist; Erlass eines Gesetzes zur Bekämpfung der Trunksucht, sowie von Polizeiverordnungen, die nach Lage der örtlichen Verhältnisse den Ausschank und den Verkehr geistiger Getränke in den späten Abendstunden und den frühen Morgenstunden, sowie während des sonntäglichen Hauptgottesdienstes verbieten; Einsetzung einer Landeskommission zur Bekämpfung der Trunksucht; Verbot des Verkaufs von Branntwein in Mengen von weniger als $^1/_4$ Liter im Kleinhandel und Strafe bei Verkauf von Branntwein auf Borg. Die Beschlüsse der Kommission sind in der Sitzung vom 11. d. M. im Plenum zur Berathung gelangt und von diesem angenommen.

Ueber die Vereidigung der preussischen Kreis- und Gerichtsärzte hat jetzt der Justizminister durch Verfügung vom 29. März 1902, mitgetheilt durch Erlass des Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten vom 26. Mai 1902, dahin entschieden, dass der als Staatsbeamter geleistete Diensteid auch für die gerichtsärztliche Thätigkeit der Medizinalbeamten innerhalb seiner amtlichen Zuständigkeit gilt. Diese Zuständigkeit deckt sich aber nur auf seinen Amtsbezirk; in allen anderen Fällen ist eine Vereidigung erforderlich, wenn der Medizinalbeamte nicht als gerichtlicher Sachverständiger allgemein vereidet ist. Hierzu bedarf es aber nicht der zuvorigen Anhörung der Aerztekammer, sondern der vorgesetzten Dienstbehörde. Der Wortlaut der Verfügung wird in der Beilage zur nächsten Nummer der Zeitschrift gebracht werden.

Durch Min.-Erlass vom 23. Mai d. J. ist der preussische Apothekerkammerausschuss zu einer Sitzung am 21. d. Mts. einberufen, auf der auch eine Berathung über die „Gewährung einer ermässigten Taxe an Krankenkassen" stattfinden soll.

Im Fürstenthum Schaumburg-Lippe ist unter dem 26. Mai d. Js. eine neue Apotheker-Betriebsordnung erlassen, die im Allgemeinen mit der für Preussen geltenden übereinstimmt, nur mit dem Unterschied, dass eine alle zwei Jahre zu widerholende Nachprüfung der Waagen und Gewichte durch das Aichamt nicht vorgeschrieben ist, dagegen hat der Apotheker seine Waagen und Gewichte mindestens jährlich zweimal auf ihre richtige Beschaffenheit zu prüfen und zu diesem Zwecke ein Normalgewichtsatz vorräthig zu halten, der

alle 5 Jahre dem Aichamte zur Prüfung einzusenden ist. Auch das Kopiren der Rezepte ist nur erforderlich, wenn der Arzt es wünscht. Ferner dürfen Apotheker, die keine Gehülfen halten, auch ohne besondere Genehmigung einen Lehrling ausbilden; auch ist eine Prüfung der Apothekerlehrlinge durch den Kreisphysikus nicht vorgesehen.

Preussischer Medizinalbeamten-Verein.

XIX. Hauptversammlung

am

Freitag, den 12. September 1902

in

Cassel

(„Hôtel Schirmer" am Friedrich-Wilhelmsplatz, nahe am Bahnhof).

TAGES-ORDNUNG:

Donnerstag, den 11. September.

8 Uhr Abends: Begrüssung im „Hôtel Schirmer" (mit Damen).

Freitag, den 12. September.

9 Uhr Vormittags: Sitzung im Festsaal des „Hôtel Schirmer".

1. Eröffnung der Versammlung.
1. Geschäfts- und Kassenbericht; Wahl der Kassenrevisoren.
2. Der nothwendige Ausbau der preussischen Gesundheitsgesetzgebung auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung. Referent: Reg.- u. Med.-Rath Dr. Wodtke in Köslin.
3. Die Thätigkeit des Kreisarztes auf dem Gebiete der Schulhygiene und seine Stellung zu den Schulärzten. Referent: Kreisarz Dr. Gleitsmann in Wiesbaden.
4. Ueber postmortale Veränderungen. Referent: Gerichtsarzt Dr. Hoffmann in Elberfeld.
5. Vorstandswahl; Bericht der Kassenrevisoren.

Nach Schluss der Sitzung: Besichtigungen [1]).

5 Uhr Nachmittags: Festessen (mit Damen).

Am **Sonnabend,** den **13. September** Vormittags ist ein **Ausflug nach Wilhelmshöhe** (mit Damen) in Aussicht genommen.

Zur Entgegennahme von Bestellungen auf Wohnungen hat sich H. Kreisarzt Dr. Rockwitz bereit erklärt. Etwaige Wünsche und Anmeldungen sind rechtzeitig an diese Adresse zu richten.

Die Vereinsmitglieder, die mit dem Jahresbeitrag noch im Rückstand sind, werden gebeten, diesen bis zum 1. Juli d. J. an den Unterzeichneten einzusenden.

Minden, den 10. Juni 1902.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

---

[1]) Das Nähere wird spätestens am Sitzungstage mitgetheilt werden.

Deutscher Medizinalbeamten-Verein.

Erste Hauptversammlung

Montag und Dienstag, den 15. und 16. September 1902

in

München

„Bayerischer Hof" (Promenadenplatz).

TAGES-ORDNUNG:

Sonntag, den 14. September.

8 Uhr Abends: Begrüssung im „Bayerischen Hof" (mit Damen).

Montag, den 15. September.

9 Uhr Vormittags: Erste Sitzung im Festsaal des „Bayrischen Hofes".

1. Eröffnung der Versammlung.
2. Geschäfts- und Kassenbericht.
3. Berathung der Satzungen.
4. Ueber die Nothwendigkeit der Einwilligung der Kranken zu operativen Eingriffen. Referent: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Fritsch in Bonn.
5. Normaler und pathologischer Rausch. Referent: Prof. Dr. Cramer, Direktor der Prov.-Irrenanstalt und der psychiatrischen Klinik in Göttingen.
6. Ueber den jetzigen Stand des serodiagnostischen Verfahrens zur Unterscheidung der verschiedenen Arten von Blut, Milch u. s. w. (Mit Demonstrationen.) Referent: Dr. Wolff, Assistent am hygienischen Institut zu Hamburg.

3½ Uhr Nachmittags: Festessen (mit Damen).

Abends 9 Uhr: Gesellige Vereinigung im „Löwenbräu-Keller" (mit Damen).

Dienstag, den 16. September.

9 Uhr Vormittags: Zweite Sitzung im Festsaal des „Bayerischen Hofes".

1. Wissenschaftliche und praktische Hygiene. Referent: Prof. Dr. Fränkel in Hallle a./S.
2. Vorstandswahl.
3. Die Betheiligung der Medizinalbeamten bei der Wohnungsbeaufsichtigung. Referent: Medizinalrath Dr. Pfannmüller, Kreisarzt in Offenbach a./M.
4. Einrichtung einer Zentral-Auskunftsstelle über Kurpfuscher. (Diskussionsgegenstand.) Referent: Kreisarzt Dr. Steinmetz in Strassburg i./Els.

Nach Schluss der Sitzung: Mittagessen nach freier Wahl; hierauf Besichtigung.[1])

8½ Uhr Abends: Theilnahme am Begrüssungsabend des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Zur Entgegennahme von Bestellungen auf Wohnungen hat sich Herr Landgerichtsarzt Dr. Wetzel, Barerstrasse Nr. 60, I, bereit erklärt. Etwaige Wünsche und Anmeldungen sind rechtzeitig an diese Adresse zu richten.

Die Vereinsmitglieder, die mit dem Jahresbeitrag noch im Rückstand sind, werden gebeten, diesen bis zum 1. Juli d. J. einzusenden.

Minden, den 10. Juni 1902.

Der vorläufige Vorstand des Deutschen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender.
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

---

[1]) Das Nähere wird spätestens am Sitzungstage mitgetheilt werden.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J.C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei in Minden.

15. Jahrg. 1902.

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,
Herzogl. Bayer. Hofbuchhändler.
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.

Zum Nachweis von geheilten Knochenbrüchen durch das Röntgenverfahren.

Von Dr. med. W. Stöltzing, praktischem Arzt in Hersfeld, staatsärztl. approb.

Die Frage der Nachweisbarkeit früherer Knochenbrüche durch das Röntgenverfahren bietet naturgemäss auch für den Gerichtsarzt ein hohes Interese.

Bei der notorisch unvollkommenen Heilung vieler Frakturen selbst unter geübtester fachmännischer Behandlung, — einer Thatsache, die gerade durch das Röntgenbild in überraschender Deutlichkeit demonstrirt wird, — war die Möglichkeit dieses Nachweises von vornherein gegeben. In der That lassen sich manche Knochenbrüche noch nach Jahren feststellen: ich selbst verfüge über 2 derartige Beobachtungen, wo einmal der Callus und geringe Verbiegung der Achse, einmal zwei in der Längsachse verlaufende Verdickungen die vor Jahren erfolgte Fraktur erkennen lassen, deren palpatorischer Nachweis nicht mehr zu erbringen war.

Daneben giebt es aber auch negative Befunde, und bei diesen ist vor allem immer wieder an die Thatsache zu erinnern, dass manche Brüche bei der ersten Aufnahme in Folge ungünstiger Hintereinanderlagerung der deformirten Abschnitte völlig verschwinden, während sie auf einer zweiten Platte, die in einer zur ersten senkrechten Ebene aufgenommen wurde, deutlich zu Tage treten. Solche Beobachtungen wurden mehrfach in der Litteratur niedergelegt, und ich kann zwei eigene hinzufügen:

1. Fall auf den Ellbogen bei einem Vierzehnjährigen. Platte in Pronations- und Beugestellung des Unterarmes, wobei die beiden Kondylen hinter-

einander liegen (Supination und Streckung wegen Schmerzhaftigkeit nicht möglich). Normales Bild. Nach etwa 18 Tagen Platte in Supination und Streckung, also die Kondylen nebeneinander: der Knochenkern des inneren Epicondylus zeigte sich abgerissen und nach unten verschoben.

2. Schlag auf das Nagelgelenk des Daumens. Platte in der gewöhnlichen Lagerung der Hand, wobei der Daumen mit seiner Radialkante aufliegt. Normales Bild. Später kleine Platte, die nur das erste Daumenglied aufnimmt, die Beugeseite auf der Platte: Absprengung eines kleinen Knochenstückchens im Gelenk.

Während es sich hier aber nur um kleine Knochenstücke handelte, die hinter grossen und relativ komplizirt gestalteten Knochenmassen verdeckt lagen, bot der folgende Fall die Ueberraschung, dass ein einfacher Röhrenknochen, quer frakturirt und mit schwerer Deformität geheilt, auf der Röntgenplatte ein völlig normales Aussehen darbot:

3. Am 5. März 1902 stürzte der Knecht R. in der Scheuer ca. 1 Meter hoch herab auf den linken Arm, und kam alsbald zu mir. Es fand sich ein deutlicher Bruch des Schlüsselbeins am äusseren Drittel mit vorhandener Krepitation. Sayre'scher Heftpflasterverband. Am folgenden Tage Röntgendurchleuchtung. Die Platte fiel ziemlich flau aus, was theils dem Verband, theils zu geringer Stromintensität, theils geringem Rutschen der Platte zuzuschreiben war, — letzteres an doppelter Konturenbildung zu erkennen. Immerhin sah man ganz deutlich die Bruchenden des Schlüsselbeines, deren Verschiebung ad longitudinem, sowie ausserdem eine Diastase im Gebiete des Proc. coracoideus. Nach Abnahme eines zweiten Sayre und Konsolidirung des Bruches am 21. März, also 16 Tage nach der Verletzung, zweite Röntgenaufnahme mit hochgespanntem Strom (25 cm Funkenlänge) in 50 cm Röhrenabstand. Obwohl dieses Bild technisch gut gelungen war, — es zeigt die Zwischenwirbelscheiben und Gelenkfortsätze der oberen Brustwirbel u. a. m., — so ist im ganzen Verlaufe des Schlüsselbeines auch nicht die Spur einer Abnormität zu entdecken, es sei denn, dass man eine ganz minimale Anschwellung des Knochens als eine Andeutung der Frakturstelle auffassen will. Dagegen zeigte sich eine Verlagerung des Processus coracoideus, der nach unten und aussen verschoben erscheint, und mit einem kleinen Segment den Oberarmkopf noch überlagert. Da mir Brüche des Schulterblattes bisher noch nicht zur Beobachtung gelangten, wünschte ich eine Bestätigung von autoritativer Seite und wandte mich unter Einsendung einer Kopie und der eben genannten Details an einen im Röntgenverfahren besonders bewanderten Kollegen, Verfasser eines ausgezeichneten Lehrbuchs über dieses. In liebenswürdiger Weise wurde mir die erbetene Auskunft ertheilt: „In Ihrem Bilde sieht man deutlich, dass die Scapula, nicht Clavicula gebrochen ist. Alles übrige ist normal."

Mit begreiflicher Neugier sah ich nach diesem überraschenden Urtheil bezüglich der Clavicula einer neuen Untersuchung entgegen. Der Befund am 25. März liess kein Zweifel aufkommen: 13 cm von der Mittellinie entfernt brach das Schlüsselbein mit einem scharfen, durch die Haut hindurch sichtbaren Rande ab; das zugehörige äussere Bruchende ist am Innenrand des Schlüsselbeines als stumpfer Vorsprung zu fühlen.[1]) Die ganze Clavicula besitzt an dieser Stelle eine Breite von 4 cm (über die Krümmung gemessen) gegen 2 cm an der gesunden Seite.

Also ein Bruch mit Verschiebung ad longitudinem, mit deutlichem, zackigen Vorspringen der Bruchenden, zeigte 3 Wochen nach seiner Entstehung auf der Röntgenplatte scheinbar völlig normale Verhältnisse. Offenbar hatten bei dieser zweiten Aufnahme die vorspringenden Kanten gerade hintereinander in der Richtung der Strahlen gelegen. Quasi zur Ehrenrettung der Röntgenuntersuchung möchte ich freilich hinzufügen, dass die Diagnose der zweiten Verletzung, des Skapulabruchs, nur durch sie ermöglicht

[1]) Herr Kreisarzt Medizinalrath Dr. Vietor-Hersfeld hatte die Güte eine Nachuntersuchung vorzunehmen; er bestätigte den Befund.

war und sich auch noch nach Kenntniss ihrer Existenz dem palpatorischen Nachweis entzog.

Die ganze Beobachtung demonstrirt so recht die Schwierigkeit, die Beschaffenheit eines Knochens lediglich aus dem Röntgenbilde zu beurtheilen; nur aus diesem Grunde habe ich sie absichtlich mit allen Details ihrer Entwicklung geschildert. Man neigt bei dem Anblick einer wohlgelungenen Röntgenplatte — bei der man das trügerische Gefühl hat, förmlich durch die Knochen wie durch eine Glasmasse hindurchsehen zu können und in Folge guter Durchleuchtung die innere Struktur in allen Details zu erkennen — immer wieder zu der Annahme: Hier kann doch unmöglich eine Verletzung des Knochens vorliegen! Unser 3. Fall belehrt eines bessern: Ein völlig normales Knochenbild, und eine sozusagen faustdicke Verletzung steckt dahinter. Es ergibt sich hieraus die unbedingte Forderung, bei negativem Ausfall einer Platte stets eine zweite Aufnahme in einer zur vorigen senkrechten Richtung zu versuchen. Man muss leider sagen: versuchen. Denn für eine Reihe von Knochen ist die exakte Befolgung dieser Regel nicht möglich. An die Rippen, den Oberschenkel- und Oberarmkopf, die Zehen etc. etc. ist nur von einer Seite heranzukommen und höchstens durch schiefe Beleuchtung eine gewisse Veränderung der Projektionsverhältnisse zu erreichen — wie ja die erste Platte in unserem obigen Falle die Frakturenden sehr deutlich und nebeneinander verschobeu zeigte.

Lustmord oder Tod im epileptischen Anfall?

Von Dr. Hermann Kornfeld.

Motivirtes Gutachten, betr. die Ursache des Todes der unverehelichten N. aus Z.

Geschichtserzählung: Die 40jährige N. ist stets kränklich, „blöde und gebrechlich", „geistig nicht so geweckt"; „fast ganz arbeitsunfähig und geistig nicht ganz normal", „geistig nicht gehörig entwickelt" gewesen. Sie lachte über jede Kleinigkeit; konnte nur ganz leichte Arbeiten verrichten.

Wenn sie etwas anfassen wollte, bekam sie in der anderen Hand Zittern, Schmerzen und krampfartige Bewegungen der Hand.

Am 2. November v. J. ging sie Abends — die Zeit wird verschieden angegeben — $9^3/_4$ Uhr zum Bäcker S., wobei sie ordentlich angezogen und ganz munter war. Um $10^1/_2$ Uhr wurde sie todt neben der Strasse aufgefunden; noch warm, nur mit einem Hemde bekleidet. Ein Paar Schuhe, 1 Portemonnaie und ein Tuch lagen nebenan, ebenso Gebäck. Sie lag auf dem Rücken. Um diese Zeit sind auch verschiedene Stimmen, Singen von den Umwohnenden gehört worden; von einer Zeugin auch ein Jammern von einer Frauenstimme. Bezüglich der Bekleidung gab die Zeugin F. an: „Die Brust bis auf den Unterleib war nackt; über den Unterleib und oberen Theil der Schenkel war ein Tuch; darunter schimmerte Leinwand"; die M.: „das Tuch ging bis zum Halse";

die J. M.: „Unter der Leiche lag ein Weiberrock; die Leiche war unter dem Tuche ganz nackt; neben ihr lagen Schuhe, Schürzen, 2 kleine (Fuss-) Lappen". Der p. M. sagt aus: „die Leiche war ganz nackt; über den Beinen (Schamtheilgegend) lag ein Leinwand- und ein Tuchfetzen, anscheinend vom Hemde und Unterrock herrührend." (Ob an den asservirten Kleidern von diesen beiden etwas abgerissen ist, findet sich in den Akten nicht erwähnt.) Bei ihr lag ein Umschlagetuch etc. (Ebenso G.). J. G. giebt an: Die Leiche war bis zum Nabel entblösst; der Unterleib mit einem Hemde bedeckt, jedoch war das Hemd nicht angezogen, sondern um den Leib und vorn zusammengedreht.

Die Sektion erfolgte 40 Stunden nach dem Tode und hatte folgende bemerkenswerthe Befunde:

Leichte Hautverletzungen des Gesichts.

Verkrümmung der Wirbelsäule, bezw. des Brustkastens; abgelaufene, rechtsseitige Rippenfellentzündung; Lungenemphysem (Erweiterung der Lungenzellen).

Blutüberfüllung im Herzen, mit Ausnahme der linken Kammer, in den grossen Gefässen ausserhalb der Brusthöhle.

Ueberfüllung der Lungen mit Blut und Schaum.

Röthung der Schleimhaut der Luftröhre, weniger des Kehlkopfs, und Anfüllung mit röthlichem Schaum.

Blutüberfüllung im Gehirn und seinen Häuten.

Blutüberfüllung in den Nieren und in der Leber.

Rudimentäre Entwickelung der Eierstöcke. Zerstörter Hymen, weite Scheide.

Von den vorstehenden Veränderungen dürfte Emphysem auf die Verkrümmung der Wirbelsäule wesentlich zurückzuführen sein, obschon bei Erstickung eine übermässige Ausdehnung der Lungenzellen stattfinden kann. Der Befund in den Luftwegen weist auf eine Verhinderung der Athmung; und die Veränderung der Gesichtshaut auf von aussen erfolgte Einwirkung hin. Unentwickelte Eierstöcke werden häufig bei mit Epilepsie, Schwachsinn u. s. w. behafteten Personen gefunden und figuriren unter den sog. Stigmata derselben. Der Befund der Scheide beweist häufige Ausübung der Kohabition.

Als Todesursache hat sich eine krankhafte Beschaffenheit der inneren Organe oder eine Verletzung nicht gefunden. Von solchen Ursachen, die an der Leiche entweder nicht oder ungenügend nachweisbar sind, kommen hier, obschon ähnliche Blutüberfüllungen der inneren Organe dabei gefunden werden, nicht in Betracht: Erfrierung, Alkoholismus (der sich übrigens auch durch den Geruch des Mageninhaltes kundgegeben hätte); wohl aber Krämpfe.

Die Erstickung durch mechanische Ursache tritt unter Kurzathmigkeit, Krämpfen, Athempausen und schliesslich unter einzelnen terminalen Athembewegungen ein. Von den häufigsten Befunden an der Leiche fehlt im vorliegenden Falle der von Ecchymosen, namentlich auf dem Rippenfell und Herzbeutel; indess ist Abwesenheit solcher bei sicher festgestelltem Erstickungstode schon mehrmals gefunden worden. Die hier vorhandene Flüssigkeit des Blutes wird bei dem Umstande, dass schon länger als 24 Stunden nach dem Tode verflossen waren, nur wenig zu verwerthen sein und nur dafür sprechen, dass kein längerer Todeskampf stattgefunden hatte.

Blutüberfüllung der inneren Organe ist bei einer so grossen Menge von Erstickungstoden beobachtet, und die Anfüllung der Luftwege mit Schaum nur so selten vermisst worden, dass man berechtigt ist, hieraus mit grosser Wahrscheinlichkeit und, wenn andere Ursachen nicht zu finden sind, mit einer gewissen Sicherheit Erstickung anzunehmen. Diese Ausschliessung anderer Ursachen, nämlich von Krämpfen, ist indess hier nicht angängig. Krampfanfälle können, wenn auch kein Abschluss der Luft von aussen erfolgt war, unter den Erscheinungen und mit dem Befunde der Erstickung enden.

Verdacht für gewaltthätige Erstickung können die vorgefundenen äusseren Verletzungen im Gesicht geben, nämlich dahingehend, dass Mund und Nase mit den Händen (oder etwa bei Anwendung eines weiteren Verstopfungsmittels bei Gelegenheit derselben) zugehalten und dabei das Gesicht und Nase gedrückt, gekratzt worden sind. Veränderungen der Haut sind folgende festgestellt:

1. Einer, einem Nageldruck entsprechende Abschürfung. Dass die Verstorbene mit ihrer zitternden Hand auch unabsichtlich, beim Greifen nach dem Kopfe, sich dieselben zufügen konnte, ist nicht zu bestreiten. Mehrere, und namentlich entsprechend gelagerte solche Kratzer würden natürlich eine ganz andere Bedeutung haben.

2. Eine, einem gleichseitigen Druck ähnlich gestalteten Verfärbung (Röthung) aussen vom rechten Augenwinkel. Diese entspricht nicht der Einwirkung eines Fingerdruckes.

3. Kleine Röthungen am linken Nasenflügel, Unterkiefer, linken Backe, zum Theil fleckig, die eine streifig und

4. Schwellung leichter Art der Nasenspitze mit stellenweiser Röthung.

Die letzteren ad 3 und 4 können durch Fingerdruck entstanden sein. Die Gewalt der Einwirkung ist keine besonders starke gewesen, da das Gewebe unter der Haut frei von Blutaustritten war. Dass diese Hautveränderungen aber auch durch Anpressen des Gesichts an die Erde entstanden sein können, ist gewiss.

Für die Annahme einer dem Tode vorangegangenen Cohabitation[1]) fand sich kein Anhalt.

Bei einer Nothzucht dieser 40jährigen Person würde man daran denken müssen, dass sie Widerstand geleistet haben würde; vielleicht auch, dass sie bewusstlos gewesen und ihr der Mund nur verstopft worden wäre, um etwaiges Schreien sicher zu verhindern, wobei zugleich, ob mit oder ohne Absicht, die Nase auch verschlossen worden sei. Es ist schwer sich vorzustellen, dass das mit beiden Händen geschehen sei, (weil diese die abwehrenden Bewegungen der Verstorbenen zu beseitigen hatten), ohne dass irgend welche Zeichen von Gewalt am übrigen Körper Zeugniss gegeben hätten. Bei Erwachsenen ist erfahrungsgemäss diese Art der Erstickung, durch Zuhalten von Mund und Nase, fast immer

[1]) Erst nach Beendigung der Sektion wurde bekannt, dass die Leiche entkleidet gefunden worden war.

mit Zeichen anderer Gewaltthätigkeiten verknüpft: Marken am Halse, Eindrücke an den Fingern etc. Wenn sexueller Missbrauch dabei vorgekommen ist, so finden sich Ekchymosen an der Innenseite der Oberschenkel, Samenflecke hier oder in der Umgebung etc.

Erwägt man nun anderseits die Möglichkeit, dass die Todesursache in Krämpfen zu suchen ist, so spricht für diese der Umstand, dass die Verstorbene jedenfalls ein chronisches Leiden des Zentralnervensystems hatte. Das beschriebene, wie es scheint, sog. Intentions-Zittern, ist u. A. ein Zeichen dafür. Die geistige Schwäche[1]) scheint doch hochgradig gewesen zu sein und dürfte wohl mehr als die physische die Arbeitsunfähigkeit bedingt haben. Bei Vorhandensein von Schwachsinn ist in erster Reihe als Ursache Epilepsie zu vermuthen, und zwar führt gerade das sog. petit mal häufiger zu ihm als die sog. klassischen Anfälle. Die Anfälle bei ersteren, die nur sekundenlang dauern können, so dass der Befallene anscheinend in seiner Beschäftigung gar nicht gestört ist, entgehen oft den Laien, können aber durch diesbezügliche Fragen u. U. festgestellt werden.

Beide Formen von Epilepsie kombiniren sich häufig. Ob die Verstorbene auch ausgesprochene Anfälle hatte, ist aus den negativen Aussagen nicht zu widerlegen; denn vielleicht hatte sie dieselben sehr selten, vielleicht nur Nachts. (Ob sie allein schlief, so dass Andere nichts merken konnten?)

Ganz besonders ist die Art der Entkleidung mit einer Nothzucht nicht in Einklang zu bringen. Da die Verstorbene kränklich war, was wohl zum Theil auf Athembeschwerden beruhte, muss man erwägen: Könnte sie nicht unterwegs sich ausgeruht haben und dabei von Krämpfen befallen worden sein? Da sie schwachsinnig war: Könnte sie nicht in der Schlaftrunkenheit oder thatsächlich in einem irren Zustande sich selbst ausgezogen haben in dem Wahn, zu Hause zu sein? Ferner könnte nicht vor der Auffindung durch O. jemand Anders schon bei der Leiche gewesen und die auf dem Gesicht liegende Leiche umgedreht haben?

Die bei der äusseren Besichtigung in Folge des blutigen Schaums vor dem Munde sich aufdrängende Vermuthung, dass dieser durch während Krämpfen auftretende Zungenverletzung entstanden wäre, konnte nicht erhärtet werden; vielmehr musste derselbe als aus den Luftwegen herrührend angesehen werden. Eine Verletzung der Zunge, insbesondere der Ränder, jüngeren oder älteren Datums, wurde nicht gefunden. Indess entziehen sich sehr kleine Verletzungen bezw. Narben oft der Konstatirung; und anderseits giebt es genug Epileptiker, die sich bei den Krämpfen nie in die Zunge oder Lippen beissen. Das vernommene Jammern, Schreien etc. kann übrigens auch als Begleiterscheinung eines epileptischen Anfalls gedeutet werden. Der Tod in Krämpfen ist kein so seltenes Ereigniss und würde hier durch die Einwirkung der Kälte auf den entkleideten Körper begünstigt worden sein.

---

[1]) Nachträglich ist festgestellt worden, dass ein Bruder des Vaters im Irrenhause gestorben ist.

Unter Festhaltung des vorläufigen Gutachtens lautet das definitive nunmehr dahin:

Als Todesursache ist sowohl Erstickung durch mechanische Gewalt, als Anfall von Krämpfen möglich.

Für die Annahme eines Lustmordes fehlt es vom technischen Gesichtspunkte aus an einem genügenden Anhalte.

Die Untersuchung wurde Mangels Anhalt für Schuld eines Dritten eingestellt.

Zur Verhütung der Verbreitung ansteckender Geschlechtskrankheiten.

Von Dr. Ernst Schichhold-Kottbus, staatsärztlich approbirt.

Wie Geh. Rath Roth-Potsdam den Medizinalbeamten seines Bezirks in einer Versammlung (17. November 1900) „die regste Antheilnahme an allen Massnahmen und Bestrebungen, welche die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bezwecken, an's Herz gelegt hat", so entspricht es, wie wir aus der die Frage ziemlich erschöpfenden Arbeit von Guttstadt[1]) entnehmen können, dem Wunsche der Regierung in Preussen, dass sich die Medizinalbeamten der für Volkswohlfahrt und Gesundheitspflege so ausserordentlich wichtigen Angelegenheit in grösserem Umfange annehmen, als dies allein in den Bestimmungen des §. 90 der Dienstanweisung vorgeschrieben ist. Auch in den übrigen Bundesstaaten wird eine derartige Mitwirkung der Medizinalbeamten gewünscht, eine solche ist um so nothwendiger, als man von einer Anzeigepflicht, im Sinne des Reichsseuchengesetzes (30. Juni 1900) bei Behandlung venerischer Krankheiten, in Rücksicht auf die von Aerzten gefürchtete Vermehrung der Verheimlichungsgefahr wohl dauernd wird Abstand nehmen müssen.

Es steht heute nicht mehr in Frage, dass es sich bei diesen Krankheiten um Volksseuchen handelt, hartnäckigster und gefährlichster Art, „deren Bekämpfung eine der wichtigsten Aufgaben des Medizinalbeamten sein soll". Syphilis und Gonnorrhoe sind Seuchen, von deren ersteren Landois sagt: sie hat im Verein mit dem Alkohol ganze Völkerschaften vom Angesicht der Erde verschwinden lassen, und deren letztere Neisser als die nächst den Masern am häufigsten vorkommende Volkskrankheit bezeichnet.

Die Ausführungen Ohlemann's-Wiesbaden[2]) erscheinen deshalb als ein an dieser Stelle zweckmässiger Hinweis auf eine doch noch vielfach nur in Umrissen bekannte Thatsache, die das grösste Interesse der Medizinalbeamten und dringend Abhülfe erfordert. Es erübrigt hier, wo wir auf die praktische Seite der

---

[1]) Unter besonderer Berücksichtigung der von Prof. Dr. A. Guttstadt-Berlin herausgegebenen Abhandlung: „Die Verbreitung der venerischen Krankheiten in Preussen, sowie die Massnahmen zur Bekämpfung dieser Krankheiten. Nach Ergebnissen der statist. Erhebung am 30. April 1900 und anderen Nachrichten im Auftrage des Herrn Ministers der etc. Medizinalangelegenheiten bearbeitet." Zeitschrift des Königl. statistischen Bureaus; 1901, Erg.-H., XX.

[2]) Siehe Supplementheft zu dieser Zeitschrift; Jahrg. 1901, S. 140.

Sache näher eingehen wollen, in einem Fazit die sozialen Gefahren dieser Krankheiten zu betonen, ohne nochmals auf klinische Einzelheiten einzugehen.

Die langdauernde Infektiosität der Gonnorrhoe, und dies gerade beim Manne (Verchère), bedingt eine ständig drohende Gefahr der Weiterverbreitung; es sind deshalb nicht nur die Folgekrankheiten, die dem betreffenden Individuum selbst gefährlich werden, zu berücksichtigen, sondern es ist auch darauf hinzuweisen, dass durch Infektion des Weibes in der Ehe schwere Unterleibsleiden bedingt sind, die Beschränkung der Arbeitsfähigkeit bis zur gänzlichen Invalidität nach sich ziehen, die vor Allem in der Sterilität der Ehen eine Rolle spielen (50 % aller sterilen und Einkind-Ehen beruhen auf Gonnorrhoe!). Den Schluss bildet die Gefahr der Uebertragung der Krankheit auf die Nachkommen, die in der Erblindungsfrage eine gewichtige Rolle spielt, da nach Greef sogar $^1/_3$ aller Blinden auf Grund einer Blennorrhoea neonatorum das Sehvermögen verloren haben.

Die soziale Gefahr der Syphilis, die bisher schon als schwerste Form der Geschlechtserkrankungen, nicht allein durch die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bis zu gänzlicher Invalidität, sondern auch dadurch, dass sie direkte Todesursache werden kann, aufgefasst wurde, liegt zusammengefasst nach Fournier in Folgendem:

1. Gefahr für das Individuum durch die Krankheitserscheinungen selbst.
2. Gefahr für Familien durch gemeinschaftliche Erkrankungen, die so leicht auf extragenitalem Wege zu Stande kommen, dass z. B. in Russland ganze Dörfer erkrankt sind (Petersen).
3. Gefahr für die Nachkommenschaft (Polymortalität).
4. Gefahr der Artdegeneration.

Damit wollen wir auf die sanitären Massnahmen eingehen, auf das, was bisher in den einzelnen Staaten, besonders in Preussen, geschehen ist, und auf das, was zur Verhütung der Weiterverbreitung der Venerie geschehen soll, wobei der Medizinalbeamte der Polizei und der Regierung immer neue Anregungen nach Gesichtspunkten seiner Erfahrungen geben soll; denn die staatlichen Behörden allein können wirksam eingreifen, während dem Fachmann nur die Betonung seiner Wünsche übrig bleibt. Die Resultate des Kampfes beweisen nach internationaler Erfahrung, dass die bis Ende des vorigen Jahrhunderts geübten Massregeln gegen die Venerie gänzlich unzulänglich waren. Es wurde deshalb auf der zu diesem Zweck berufene Brüsseler Konferenz (September 1899) betont, dass nur gemeinsames Vorgehen neben gründlichen Massnahmen im eigenen Lande Garantien des Erfolges bieten können. Letztere allein genügen nicht, wie die Erfahrungen in Finnland lehren, wo treffliche Gesetze zur Einschränkung der Syphilis (unentgeltliche Krankenhausbehandlung etc.) bisher nur mehr Staatsausgaben, aber keine Abhülfe geschaffen haben, obgleich das Land doch noch abseits liegt vom grossen Weltverkehr, dem Seuchenträger.

Dass natürlich jedes Land zuerst zu Hause Ordnung schaffen muss, und zwar nach gemeinsamen Erwägungen von Sanitätsbehörden und Fachmännern, ist erste Bedingung. International

sind im Austausch der Auffassungen allgemein massgebende Grundsätze festzustellen, deren Befolgung dann auch wieder international zu regeln ist; nothwendig ist auch dazu die Betheiligung der Sanitätsbehörden aller Staaten.

Angebahnt hat ein solches Vorgehen die vorhin erwähnte internationale Brüsseler Konferenz, von deren Verhandlungen und Beschlüssen ich die Hauptpunkte herausgreife, die als Basis für ein internationales und das nationale Vorgehen dienen sollen:

A. Es wird von den einzelnen Regierungen gefordert:

1. Gründliche Ausbildung der Aerzte in der Venerologie (Sittenärzte sollen möglichst Fachmänner sein).
2. Bildung von Kommissionen zur Feststellung:
   a. der Häufigkeit,
   b. der Behandlungseinrichtungen und Methoden,
   c. der Meinungen über die beste Therapie und Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.
3. Gründliche Benutzung jeder Aufklärungsgelegenheit im Volke.
4. Schutz der Minderjährigen.

B. Es wird eine „Gesellschaft zum Schutze von Gesundheit und Moral" mit dem Sitze in Brüssel gegründet, die durch Fachschrift und Kongresse eine internationale Regelung der Frage anbahnen soll.

Erkennen wir nun an, dass, wie Verchère behauptet, der Ausgangspunkt jeder Syphilis die Prostitution, sei sie öffentlich, oder heimlich, sein muss, dass jedoch bei der Weiterverbreitung der Blennorrhoe durch das chronisch kranke Weib gewisse begünstigende Umstände erforderlich sind, während auch die schwächste Form chronischen Trippers des Mannes immer gefährlich bleibt, so müssen wir daraus für den praktischen Zweck zwei Hauptgruppen für die Verbreitung der Venerie Schuldiger besonders betrachten:

a. die kontrolirbaren Ansteckungsquellen (öffentliche Prostitution);
b. die unkontrolirbaren Ansteckungsquellen:
   1. heimliche Prostitution,
   2. männliche Kranke.

Berücksichtigen wir in erster Linie die öffentliche „gewerbsmässige" Prostitution, so zeigt sich, dass die Handhabung dieser Angelegenheit in den verschiedenen Ländern eine prinzipiell unterschiedene ist, dass damit auch die Meinungen über deren absoluten Werth ebenso, wie über die Ursachen des Erfolges, der hier ein negativer ist, getheilt sind. Es giebt drei Behandlungsformen der Sache: die Reglementirung, die Bordellirung und die Abolition.

Drysdale-London hält das englische System der Abolition für unbedingt sanitär werthvoller, als eine Reglementirung, der sich trotz Konventionalstrafen etc. gerade die erkrankten Dirnen gerne entziehen und entziehen können.

Mit Blaschko-Berlin glauben auch Augagneur-Lyon und Barthélémy-Paris nicht an einen Einfluss des bisherigen Reglementirungssystems auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten.

Augagneur verwirft jede polizeiliche Kontrole der frei umher laufenden Dirnen, da dadurch im Publikum eine illusorische Sicherheit, bei den Prostituirten eine unheilbare Furcht vor der Spitalbehandlung geweckt wird.

Ebenso ist Fiaux-Paris Gegner und verlangt Aufhebung der Sittenpolizei, strafbare äussere Manifestationen der, an und für sich kein Vergehen bildenden

Prostitution sollen nach allgemeinem Gesetz gerichtet werden. Die Sittenpolizei lässt kranke Männer unbehelligt, vereinigt auf die gesund erklärten Dirnen die grösste Besucherzahl und treibt kranke durch rigorose Vorschriften zur Flucht vor Entdeckung.

Petrini-Galatz glaubt, dass in Ländern mit guter Polizei die Reglementirung der Bordellirung gleichwerthig sei.

Hoeffel-Buchsweiler ist nach den Erfahrungen, die der Beschluss der Berliner med. Gesellschaft 1892 gezeitigt hat, gegen Bordelle und für Reglementirung; dabei muss man aber nach Lesser in Berlin kranke Dirnen oft einfach wieder frei laufen lassen, weil sie keine Unterkunft in Spitälern finden können!

Wolff-Strassburg steht Hoeffel's Meinung auf Grund seiner Erfahrungen direkt gegenüber.

Glück-Serajevo theilt mit, dass in Bosnien die Prostitution als Ursache der Syphilis ohne Bedeutung sei, die Prostituirten leben in Bordellen.

Mollichi-Morita-Tokio giebt ebenfalls an, dass ein, freilich sehr geregeltes und überwachtes Bordellsystem in Japan nur $3^1/_2$ % ansteckungsfähige Prostituirte aufweist.

Auch Pileur-Paris hält die Bordellirten für weniger gefährlich und leichter kontrolirbar.

Mireur-Marseille fordert Schutz der Prostitution durch gesetzliche Anerkennung, um den Widerspruch zwischen Polizei und Gesetz zu beseitigen.

Neisser-Breslau empfiehlt Bordellirung und Verbannung der öffentlichen Prostituirten von der Strasse, strenge Ueberwachung der Kellnerinnen und Inskription durch Gerichtsbeschluss erst nach Besserungsversuchen.

Finger-Wien und Welander-Stockholm fordern, dass wenigstens der Untersuchungsstation Alles „Polizeimässige" genommen werde; es soll eine sanitäre Massregel sein. Untersuchung und Krankenhaus unter gleicher Leitung, sicher Ansteckungsfähige sind in Asylen unterzubringen, und eine ambulante Nachbehandlung chronischer Fälle muss gratis sein.

Alle eben angeführten Autoren legen aber das Hauptgewicht auf den Satz: Die öffentliche Prostitution ist erfahrungsgemäss nicht alleinige Ursache der Weiterverbreitung ansteckender Geschlechtskrankheiten; ihre Regelung allein wird demnach einen befriedigenden, durchgreifenden Erfolg nicht gewährleisten können!

Zur Sache selbst kann man wohl nicht umhin, zuzugeben, dass im Vergleich zu den Freilaufenden im Reglementirungssystem, wie sie sich in den Hauptstrassen unserer Grossstädte speziell belästigend breit machen, gewiss schon in Hinsicht auf die Gefahr psychischer Ansteckung die Bordellirung unverkennbare Vorzüge zu haben scheint. Jedenfalls lässt sich in ihnen die Unzucht besser überwachen, wie auch die gesundheitliche Reinhaltung der Dirnen selbst leichter durchzuführen ist. In Frankreich war 1870/71, wie mir von Feldzugstheilnehmern mitgetheilt ist, in verschiedenen Bordells die Anordnung getroffen, dass nur gesund befundene Männer in die Bordelle hineingelassen wurden, eine ebenso zweckmässige als durchführbare Massregel, denn wer in's Bordell geht, kann sich auch schliesslich einer Untersuchung unterwerfen.

Dem Umstande ferner, dass man im Freiwohnsystem notorisch ansteckungsfähige Dirnen laufen lassen muss, weil sie vielleicht keine Unterkunft im Spital finden können, ist gegenüber zu stellen, dass in Japan Bordelle gemeinschaftlich ihre eigenen Krankenhäuser halten; es wäre daher, wenn man eben eine „gewerbs-

mässige" Prostitution anerkennt, auch hier angebracht, bei uns Krankenkassensteuer zu fordern und Asyle im Zusammenhang mit den Instituten zu halten, die auch der billigen Forderung gerecht werden können, dass kranke Prostituirte von anderen Kranken getrennt gehalten werden sollen. Rigorose Bestimmungen aber für Einzelne in allgemeinen Krankenhäusern geben nur Anlass zur Flucht vor der Behandlung resp. Entdeckung, und werden damit der Weiterverbreitung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten nur Vorschub leisten.

Heute die Frage schon endgültig nach ihrer Zweckmässigkeit zu beantworten, ist nicht angängig, es wird sich dies mit Versuchen nach den Verhältnissen entwickeln. Prinzipiell käme es dabei auf den Versuch an: in grösseren Städten zu bordelliren, in kleineren jedwedes Polizeisystem zu umgehen, soweit die Prostitution sich nicht äusserlich manifestirt und dann nach dem Gesetz strafbar wird. Dass nicht die Grösse der Stadt, sondern die Art ihrer Bewohner für eine derartige Unterscheidung massgebend sein solle, will mir nicht ohne Weiteres einleuchten. Grössere Städte bedingen einen grösseren und einen stetig wechselnden Fremdenverkehr, und dieser wieder sorgt für Nachfrage nach einer öffentlichen Prostitution. In kleineren Orten, selbst mit Garnisonen oder Universitäten, steht die heimliche Prostitution im Vordergrunde, gegen die eine Sittenpolizei im engeren Sinne der nachher zu besprechenden Handhabung immerhin noch unzureichend ist, ebenso betrifft das die mittleren und kleineren Fabrikorte. Anderseits aber kommt in solchen Orten besonders der Schutz der Minderjährigen in Betracht, gegen die mit „taktvoller Energie" der zuständigen Polizei, mit drohender und abschreckender Strenge das Fürsorgeerziehungsgesetz vom 2. Juli 1900 und 1. April 1901 angewendet werden könne, da der heimlichen Prostitution in solchen Orten speziell und fast ausnahmslos zuerst Mädchen von 15 bis 18 Jahren verfallen. Etwas Anderes ist es mit den Vorstädten grosser Städte, diese sind der Sammlungspunkt der Prostitution im Allgemeinen und besonders die Zuflucht der öffentlichen Prostituirten.

Ueber die Verwaltungsmassregeln, betreffs Ueberwachung der Prostitution in Preussen, entnehme ich der Arbeit von Guttstadt das Hauptsächlichste:

Nach gemeinsamem Erlass des Kultus- und des Kriegsministers vom 13. Mai 1898 sollen sich nur geschickte und taktvolle Polizeibeamte mit der Sache befassen, Privatpersonen sind gänzlich fern zu halten. Die Untersuchung durch die Sittenärzte findet nur in den Amtsräumen statt. Rückfragen sind über neu zuziehende, verdächtige Personen, natürlich mit taktvoller Vorsicht zu machen, ebenso sind bei Abzug Verdächtiger (heimlich Prostituirte) unaufgefordert Angaben weiter zu reichen. Jede erkrankte weibliche Person mit Verbreitungsgefahr muss sofort in einem Krankenhause untergebracht werden. Es ist auch darauf hinzuwirken, dass andere so erkrankte Personen beiderlei Geschlechts in Krankenhäusern Aufnahme finden. Dort müssen solche Kranke human behandelt werden. Ferner sind in gewissen Zwischenräumen die Zivilärzte auf §§. 65, 1. 3, und 69 des Regulativs aufmerksam zu machen. Militärärzte haben die Quelle zu erkunden und der Polizei davon Mittheilung zu machen. Der heimlichen Prostitution soll durch Beschränkung in Konzession und Polizeistunde für Wirthschaften mit weiblicher Bedienung gesteuert werden.

Den Prostituirten sind gedruckte Vorschriften zur Verhütung der Ansteckung und über Reinhalten des Körpers zu geben.

Der Ministerialerlass vom 14. September 1900 theilt die öffentlichen Prostituirten in drei Klassen, die dementsprechend häufig untersucht werden sollen;

I. Klasse wöchentlich zwei Mal: a. alle erst ein Jahr Eingeschriebenen, b. Syphilitische bis 3 Jahre nach Ansteckung, c. Säumige, d. alle bis 24 Jahr alten.

II. Klasse wöchentlich ein Mal: 25—34 Jahr, soweit nicht Ia—c.

III. Klasse alle 14 Tage: über 34 Jahr alte, soweit nicht Ia—c.

Bei Säumigen ist die Zahl der Kranken festzustellen. Anderweitig Kranke müssen ein, womöglich amtsärztliches, Attest über ihren Geschlechtszustand beibringen, ausser bei schweren Erkrankungen, wie Typhus. Bei Versäumung der Untersuchung wird nach 24 Stunden mit Hülfe des Sittenarztes polizeiliche Ermittelung vorgenommen. Die Sitten- und Krankenhausärzte sollen möglichst zusammenwirken. Ein Sittenarzt soll die Ausführungen der Kontrole überwachen, Verbesserungen anregen u. s. w.; die sittenärztliche Thätigkeit wird ausserdem von dem zuständigen Kreisarzt und dem Regierungs- und Medizinalrath kontrolirt.

Der zweite und hauptsächlichste Faktor für die Verbreitung der Venerie ist in den unkontrolirbaren, resp. unkontrolirten Kranken zu suchen. Die heimliche Prostitution, sowie jene verbreitete Lässigkeit und sachliche Unkenntniss des gebildeten nicht minder, wie des gewöhnlichen jungen Mannes bezüglich der Geschlechtsleiden tragen an der Hartnäckigkeit im Widerstande dieser Seuchen gegen die sanitätspolizeilichen Massnahmen eine Hauptschuld.

Ob die heimliche Unzucht selbst mit strengsten Massregeln gänzlich auszurotten ist, lässt sich bezweifeln; vielleicht würde sich die Sache anders gestalten, wenn man unter Verschärfung der Kuppeleigesetze die öffentliche Prostitution allgemein gänzlich abschafft, wie Schmöldter-Hamm (ein Jurist) meint, der die Abschaffung jedweder polizeilichen Reglementirung, dafür Strafbestimmungen gegen jede gewerbsmässige Unzucht und Beihülfe zu dieser fordert, mit der Massgabe, dass die Verfolgung auf Antrag der Polizei erfolgen soll, die dann nicht mehr bei Ehefrauen und Minderjährigen mit ihren Massnahmen Halt zu machen braucht; sie hätte das Mittel, den Unzuchtstrieb Erkrankter für die Dauer ihrer gefährlichen Zeit zu unterdrücken.

Vor der Hand ist es uns vom sanitären Standpunkt von Wichtigkeit: wie den Krankheitsfolgen aus den gegebenen Zuständen am zweckmässigsten zu steuern ist? Eine Unterlage für Beurtheilung der Mittel zur weiteren Bekämpfung bietet die in Preussen auf ministerielle Anordnung vom 30. April 1900 erfolgte statistische Erhebung, deren Resultate Guttstadt, wie folgt, zusammenfasst:

Die ermittelten Zahlen: 40902 Kranke bei 10539 (!) weiblichen in Preussen, bleiben hinter der Wirklichkeit weit zurück! Das erklärt sich durch die vorherrschende Heimlichkeit, den Mangel an ärztlicher Behandlung solcher Fälle überhaupt, sei es in gänzlicher Vernachlässigung, oder in falscher Inanspruchnahme von Kurpfuschern und dergl. Besonders unzuverlässig ist auch die Statistik für die gebildeten Kreise, und gerade hier stehen solche Erkrankungen im Vordergrund, weil akademisch Gebildete, Beamte, Offiziere etc., durch die sozialen Verhältnisse meist erst spät dazu kommen, sich zu verheirathen. Schliesslich sind die durch Geschlechtsverkehr übertragbaren Krankheiten in dem Begriff „venerische“ nicht genügend erschöpfend gekennzeichnet, — das betrifft namentlich die weiblichen Sexualleiden —! Man würde ein erschreckendes Bild über die Bedeutung und Tragweite der Geschlechtskrank-

heiten für die Volksgesundheit erhalten, wenn man namentlich für die Folgezustände Zahlen herbei schaffen könnte (was meines Erachtens bezüglich des männlichen Theiles der Bevölkerung unter Heranziehung der öffentlichen Kranken- und Invaliditäts- und privaten Lebens- und Unfallsversicherungen durchführbar wäre. Ref.)

Dennoch reichen die Zahlen der Statistik in gewisser Hinsicht aus, wenn man darin das Vorwiegen der Jugend berücksichtigt, die durch ungeregeltes Leben und grössten Befriedigungsdrang des Geschlechtstriebes die grösste Verbreitungsgefahr bietet. Fragelos sind in Städten mehr venerische Kranke, als auf dem Lande. Starker Fremdenverkehr und Ansammlung unverheiratheter Jugend bedingen besondere Krankheitshäufung. In der Armee ist das ermittelte Krankheitsverhältniss günstig gegenüber den — doch noch unzuverlässigen — Angaben aus der Zivilbevölkerung: 1,5 pro Mille, in der Marine dagegen 6,2 pro Mille.

Aus den Heilanstalten ist erwiesen, dass die Zahl der wegen Venerie Behandelten von 1877—1899 gestiegen ist, jedoch steht diese Zunahme zurück hinter der Zunahme der in Heilanstalten behandelten Kranken überhaupt. Die venerisch Erkrankten suchten nach Art der Fassung der Krankenkassenstatuten nur in den dringendsten Fällen die Heilanstalten auf, dort wird nur ein verschwindend kleiner Theil behandelt und davon verlässt noch ein Theil ungeheilt das Krankenhaus. Prostituirte können zurückgehalten werden, daher werden weniger weibliche, als männliche ungeheilt entlassen.

Die Vergleichszahlen scheinen dafür zu sprechen, dass die geringe Anzahl von Prostituirten unter den ansteckenden Geschlechtskranken in Heilanstalten eine Bedeutung für die Häufigkeit der Erkrankung in der Bevölkerung hat. Hauptsächlich suchen Unverheirathete mehr ärztliche Hülfe in Krankenhäusern nach, von Verheiratheten nur Männer! — Die Aufgenommenen kommen meist aus grösseren Städten, gemeinsam ist das jugendliche Alter: 90% 15 bis 40 Jahre, aber mehr als 50% 15—25 Jahre alt.

Betrachtet man die Altersverhältnisse in Verbindung mit der Erwerbsthätigkeit, so sind männliche und weibliche Personen im Handelsverkehr, im Nahrungsmittelverkehr und solche für persönliche Dienstleistungen die Gefährdetesten und Gefährlichsten.

Die grösste Anzahl der Erkrankten wird ambulatorisch behandelt und demzufolge nur ein kleiner Theil während der Kur (d. i. während der Ansteckungsfähigkeit) dem gewöhnlichen Menschenverkehr entzogen. An einem Tage (dem Erhebungstage) sind mehr Kranke von Aerzten ambulant behandelt worden, als im ganzen Jahre in den Heilanstalten Preussens.

Wir sehen das Interesse für die unkontrolirten weiblichen fällt mit dem für die unkontrolirbaren männlichen Kranken zusammen, soweit nicht im weiteren Sinne die Verwaltungsmassregeln gegen die Prostitution im Allgemeinen und das später zu erwähnende Fürsorgeerziehungsgesetz gewisse Massnahmen den ersteren gegenüber zum Zwecke der Verhütung der Weiterverbreitung ansteckender Geschlechtskrankheiten zulassen.

Gegenüber dem Vorschlage: den §. 300 R. St. G. B. für solche Fälle zu durchbrechen, fordern Sachverständige, wie Kaposi-Wien, vielmehr im Gegentheil, weitgehendste Garantien der strengsten Diskretion; in diesem Sinne hat man auch für das Reichsseuchengesetz von der Anzeigepflicht bei Behandlung venerisch Erkrankter mit Rücksicht auf die von Aerzten gefürchtete Verheimlichungsgefahr Abstand genommen. Danach muss auch der §. 65 des Preuss. Regulativs vom 8. August 1835 gegenüber dem §. 300 mit Vorsicht behandelt werden.

Wichtig scheint mir dennoch eine konsequentere Berücksichtigung des Gesetzes beim Kampfe gegen die Weiter-

verbreitung der Geschlechtsleiden, und ich glaube, dass eine solche Würdigung uns eine wichtige Handhabe bietet.

§. 69 des Regulativs bietet in vielen Fällen Gelegenheit den §. 300 zu umgehen, und die Verfolgung eines gefährlichen Krankheitsverbreiters nach §§. 230 zu 223 und 224 R. Str. G. B. in Weiterung auf §§. 823 und 842 ff. B. G. B. anzubahnen. Die beamteten Aerzte müssen bei den ortsansässigen Aerzten dafür eintreten, dass diese vorerst zum Zweck der Beseitigung einer gefährlichen Krankheitsquelle von ihren Privatpatienten unter Entbindung von den Verpflichtungen des §. 300 zweckdienliche Angaben erhalten, wie das beim Militär durchgeführt und bei den Krankenkassen wohl durchführbar sein wird. Weibliche Angesteckte werden sich schnell bereit finden lassen, den Urheber ihrer Erkrankung gesetzlich zu verfolgen, oder wenigstens analog §. 1715 B. G. B. Entschädigungsansprüche zu machen. Dass dann die Furcht vor materiellem Schaden, weil sie schliesslich auf die Massen leichter hemmend wirkt, als Grundsätze und moralische Vorstellungen, ein Unterstützungsfaktor unserer Bestrebungen würde, muss uns genügen; wir betonen gegenüber einer unzweckmässigen und undurchführbaren Anzeigepflicht ein Anzeigerecht. Drysdale-London fordert sogar die Anzeige als gesetzliche Pflicht des Kranken selbst, nicht des Arztes.

Auf Verschärfung der Gesetze zu dringen — worin übrigens schon erfolglose Versuche zu verzeichnen sind — ist unzweckmässig, vorher muss man es versuchen, mit dem Vorhandenen zu schalten. Dass über die Verantwortlichkeit den Gesetzen gegenüber bezüglich dieser Frage in Laienkreisen grösste Unerfahrenheit herrscht, ist vielleicht der Sache selbst, die einen Verheimlichungsdrang in sich trägt, zuzuschreiben.

Deshalb halte ich es für zweckmässig, mit der von der internationalen Konferenz geforderten und bei uns schon angebahnten Belehrung des Publikums (s. u.) über die Krankheit an sich, ihre Erscheinungen, ihre Folgen und ihre Verhütung eine belehrende Warnung vor dem Gesetz und dessen Tragweite zu verbinden.

Mit diesem darf ich wiederum auf die betreffenden Massnahmen der Preussischen Regierung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eingehen, soweit diese nicht die vorher schon besprochenen Verwaltungsmassregeln betreffs Ueberwachung der Prostitution berühren.

Nach Guttstadt hat die Preussische Regierung auf Grund der Verhandlungsergebnisse der Brüsseler Konferenz folgende weitere Gesichtspunkte aufgestellt, nach denen bei uns im Kampfe gegen die Venerie verfahren werden soll:

Hebung des Universitätsunterrichts über die venerischen Krankheiten.

Es sollen neue Lehraufträge gegeben werden und ausserdem sind die klinischen Lehrer sämmtlicher Universitäten angewiesen, Fürsorge für ausreichenden Unterricht in den Geschlechtskrankheiten zu treffen.

Fortbildung der praktischen Aerzte, besonders der Kassenärzte.

Es sind vorläufig in Berlin, Breslau und Halle Vortragscyklen einge-

richtet (Gonnorrhoe — Frauenkrankheiten, Syphilis — Erkrankungen des Zentralnervensystems); die Betheiligung der Kassenärzte ist durch die Kassenvorstände gesichert. Ausserdem sollen Wanderredner in Aerztevereinen entsprechende Vorträge halten.

Anstellung und Fortbildung der Polizeiärte.

Auf Anordnung des Herrn Ministers sind in Zukunft nur solche Aerzte als Sittenärzte anzustellen, die eine spezialistische Ausbildung in der Behandlung venerischer Krankheiten nachweisen. Für bereits Angestellte finden in Berlin an der Königl. Klinik für Hautkrankheiten (Lesser) Demonstrationskurse statt, und sollen solche in anderen Universitäten folgen, wie auch daneben in anderen Städten (Berlin, Breslau, Düsseldorf) kleine Kurse (10 Theilnehmer) abgehalten werden.

Unterweisung der Hebammen.

Ministerial-Erlass vom 7. Dezember 1899. Unterweisung der Hebammen in den Geschlechtskrankheiten mit Hinweis auf Gefahr der Selbstansteckung und Uebertragung auf andere Pfleglinge. Demonstrationsmaterial für die Lehranstalten eventuell mit Hülfe der ortsansässigen Aerzte zu beschaffen. Bei Prüfung und den regelmässigen Nachprüfungen soll auf die Frage eingegangen werden.

Belehrung des Publikums.

Durch Vorträge von Wanderrednern (s. o.) in Krankenkassen. Beschaffung und Vertheilung populär gehaltener Schriften. Das vom Kaiserlichen Gesundheitsamt herausgegebene „Gesundheitsbüchlein“ soll zweckmässig erweitert werden. Der Aufruf der „Freien Vereinigung deutscher Hochschullehrer der Hygiene“ an die deutschen Studenten wird jetzt regelmässig in den Universitäten vertheilt.

Ob es nun weiterhin zweckmässig ist, solche Krankheitsbelehrungen in die Presse zu lanziren, erscheint fraglich, ebenso wie das Vorgehen der französischen antivenerischen Liga mit dem Versuch, die Fragen auf der Bühne zu behandeln (Brieux: „Les Avariées“, und „les Remplacentes“) nicht besonders geschmackvoll ist. Im Allgemeinen wären da vielleicht kurz gehaltene Anschläge in öffentlichen Männer- und in den Fabrik-Aborten beiderlei Geschlechts geeigneter. Wenn sich auch dieser Ort für Belehrungen schliesslich weniger eignet, so dürfte er, beziehentlich allgemeiner Oeffentlichkeit, als der einzige betrachtet werden, wo man das grosse Publikum ständig auf fundamentale Punkte aufmerksam machen kann, die ihm in Fleisch und Blut übergehen sollen, findet man doch in Frankreich selbst in kleineren Städten an diesen Orten Schilder von entsprechenden Spezialisten!

Bei Krankenkassen jedweden Standes ist ja genügend Gelegenheit geboten, solche Belehrungen ausführlich als Anhang zu den Statuten zu geben, denen gleichzeitig eine Warnung beigefügt werden könnte, dass notorische Vernachlässigung von Geschlechtskrankheiten in Hinsicht auf deren Folgen etwaige Ansprüche auf Entschädigung für spätere Folgekrankheiten verwirkt, wie das namentlich von Berufsgenossenschaften und den Landes-Invaliditätsversicherungen betont werden sollte. Damit hätten wir ein stillschweigendes Verbot der Kurpfuscherei, die doch auf diesem Gebiet besonders in Blüthe steht, geschaffen, das sich später, aus dem usus vielleicht, verbreitern und gesetzlich formuliren liesse.

Die bisherigen Verhältnisse in unseren Krankenkassen nach dem Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 und 10. April 1892, welches die Behandlung geschlechtskranker Arbeiter und Studenten auf Kassenkosten beschränkt, sollen durch Anregung

beim Reichskanzler gesetzlich beseitigt werden. In der Voraussetzung, dass eine verlässige Heilung unter gleichzeitiger Verstopfung der Ansteckungsquelle nur im Krankenhause durchführbar ist, hat die Regierung in Preussen schon durch Ministerial-Erlass vom 6. April 1893 die Beseitigung entsprechender Beschränkungen versucht, jedoch mit unvollkommenem Erfolge. Durch Ministerial-Erlass vom 22. Dezember 1899 ist solche Beschränkung für akademische Krankenkassen beseitigt. In diesem Sinne sollen auch, da die Leistungen der Krankenkassen meist nicht ausreichend sind, in Hinsicht auf die Gefahr, die in unvollständiger oder gänzlich fehlender Behandlung liegt, die finanzkräftigen Landesversicherungsanstalten rechtzeitig das Heilverfahren übernehmen. Abzuwarten sind die Erfahrungen der Landesversicherungs-Anstalt Berlin mit der Sonderheilstätte für Syphilitische in Lichtenberg. Es bleibt aber zu berücksichtigen, dass nach §. 18, 2 u. §. 22 des Gesetzes vom 19. Juli 1899 die nothwendige Anstaltsbehandlung eventuell sich wohl erzwingen liesse.

Als Hauptpunkte des Belehrungsverfahrens im Publikum sind erforderlich: 1. Erscheinungsmerkmale. 2. Gefahren durch Vernachlässigung für Person und Umgebung (Familie). Sofort sachgemässe Behandlung erfolgreich. Verschwiegenheitspflicht der Aerzte. 3. Ansteckungsstrafbarkeit §§. 230 (223 und 224 Str. G. B.), Entschädigungspflicht §§. 823 und 824 ff. B. G. B., Hinweis auf das Fürsorgeerziehungsgesetz und §. 361, 6. Solche Vorschriften sollen als Aufdruck auf Prostituirtenkarten ebenfalls angebracht sein, wie sie sichtbar in deren Räumen hängen sollen. Die Prostituirten sollen dabei auch darauf hingewiesen werden, wie sie sich von dem Gesundheitszustand ihrer Besucher thunlichst überzeugen können.

Mündliche Belehrungen gehören auch in die Fortbildungs- und kaufmännischen Schulen, ebenso wie auf Universitäten und Kriegsschulen.

Die Massnahmen in Armee und Marine, die, wie schon vorhin erwähnt, so relativ günstige Resultate erzielen, beruhen bei uns in Folgendem:

Belehrungen über Erscheinungen und Folgen.
Verpflichtung, sich sofort krank zu melden bei Strafe.
Erschwerung des Verkehrs mit Prostituirten, Urlaubsbeschränkung.
Untersuchung der gesammten Mannschaft (§. 25 Friedenssanitäts-Ord.).[1])
Feststellung und Unschädlichmachen der Quelle.
Lazarethbehandlung mit Entlassung nach Heilung oder Beseitigung der Ansteckungsfähigkeit.
Untersuchung bei Dienstentlassung, wo Kranke bis zur Heilung zurückbehalten werden.

Dass für die jüngeren, unverheiratheten Offiziere die belehrenden Vorträge über dies Thema nicht ganz überflüssig sind, darf man wohl nicht unerwähnt lassen. Wie sich die Frage in den Familien regeln soll, ist schwer vorzuschreiben; dass der Hausarzt sich mit dem Familienvater, eventuell auch direkt mit

[1]) Auch bei Beurlaubung der Soldaten sollte stets vorher eine Untersuchung stattfinden; es würde dadurch manche Verschleppung syphilitischer Erkrankungen verhütet werden. Red.

der heranwachsenden Jugend in Verbindung setzt, wäre schliesslich als seine Pflicht zu betrachten. Ein Eheverbot ist unter Hinweis auf die gefährlichen Folgen und nicht zuletzt auf die Paragraphen des Strafgesetzes (vielleicht auch auf §. 1334 B. G. B.) wie überhaupt das Verbot jedes geschlechtlichen Verkehrs von Seiten des Arztes seinen Patienten gegenüber selbstverständlich, so lange eben evidente Ansteckungsfähigkeit vorhanden ist (Nachweis von Gonokokken oder sekundäre luetische Symptome). Für chronische Fälle ist praktisch ein Eheverbot ziemlich werthlos, vom allgemein-sanitären Standpunkte sogar nicht unbedenklich. Denn, wenn wir damit nicht überhaupt Enthaltsamkeit erreichen können, so ist die Gefahr einer potenzirten Weiterverbreitung ausserehelich doch eine viel grössere; ausserdem könnte in der Ehe leichter von vornherein beiderseits konsequent und dann in Hinsicht auf Verhütung grösserer Gefahren mit gutem Erfolg eingegriffen werden, wie sich überhaupt Schutzmassregeln im Geschlechtsverkehr in der Ehe leichter zur Verhinderung der Ansteckung durchführen lassen.

Natürlich bleibt es neben allen sonstigen Belehrungsbestrebungen Pflicht des Medizinalbeamten, die ortsansässigen Aerzte auf Alles, was die Frage nach der Verhütung der Weiterverbreitung solcher Krankheiten betrifft, bei passender Gelegenheit hinzuweisen; auch könnten jene fundamentalen Sätze in einem Vademecum, wie Ohlemann vorschlägt, vielleicht auch in dem Medizinalkalender Platz finden.

Unbedingt müssen wir bei den Gemeinden auf genügende Gelegenheit zur Behandlung und besonders zur Gratisbehandlung dringen; denn wie sich aus der Statistik ergiebt, müssen ohnedies die Kosten für solche Kranke vorwiegend von Krankenkassen und der öffentlichen Armenpflege der Gemeinden getragen werden.

Es wäre nun noch Alles das in Betracht zu ziehen, was vom sanitätspolizeilichen Standpunkt für Hebung der allgemeinen Sittlichkeit und Beschränkung der Prostitution, als wichtigen Faktoren bei der Bekämpfung ansteckender Geschlechtskrankheiten gethan werden kann.

Ein gewichtiger Schritt ist darin schon von Seiten unserer Regierung gethan: „Die Verhütung der Prostitution minderjähriger Mädchen."

In Erkenntniss des Umstandes, dass die jungen Prostituirten die gefährlichsten sind, dürfen wir es mit Genugthuung begrüssen, dass durch zwangsweises Zurückhalten jugendlicher venerisch Kranker nach dem Fürsorgeerziehungsgesetz vom 2. Juli 1900 und 1. April 1901 eine wichtige und gefährliche Quelle der Krankheit verstopft werden kann. Nach diesem Gesetz können auch Minderjährige unter 18 Jahren der Fürsorgeerziehung überwiesen werden, zur Verhütung völliger Verwahrlosung.

Weiterhin müssen wir aber auf Regelung gewisser mit der Lohnarbeit der Frauen und Mädchen in Verbindung stehender Fragen bei den Polizeibehörden dringen. In Fabriken soll eine möglichst vollkommene Trennung der Geschlechter durchgeführt werden

für Unverheirathete ist Arbeitsanfang und Schluss nach Geschlechtern verschieden festzustellen. Auch soll die Wohnungsinspektion auf Sicherung der Trennung von Schlafstellen nach Geschlechtern, vielleicht sogar für ganze Häuser eintreten. Es soll auf eine schärfere Trennung der Geschlechter von Jugend auf hingearbeitet werden; namentlich sollen schon in den Anfangsschulen unbedingt die Knaben von den Mädchen getrennt gehalten und letztere ausschliesslich von Lehrerinnen unterrichtet werden.

Miron-Budapest, Welander-Stockholm, Blaschko-Berlin u. a. weisen darauf hin, dass Dienstmädchen und Bonnen, die uneheliche geboren haben, oft vielleicht aus Noth, keine ihren Kenntnissen entsprechende Erwerbsbeschäftigung mehr zu finden, sich im Prozentsatz am meisten später prostituiren; es muss deshalb darauf gedrungen werden, dass der uneheliche Vater, eventuell dessen Angehörige und schliesslich auch die Angehörigen der unehelichen Mutter, für diese und ihr Kind materiell ausgiebiger zu sorgen und namentlich auch eine grössere Verantwortlichkeit zu tragen haben, als bisher.

Der Vollständigkeit halber und in Hinsicht darauf, dass hervorragende Venerologen, wie Kopp-München u. A. den Werth des vorhin erwähnten Aufrufs an die akademische Jugend, wie der Krankheitswarnungen überhaupt, nicht hoch anschlagen wollen, ist es wohl nothwendig, der bestempfohlenen prophylaktischen Massnahmen gegen die Ansteckung überhaupt Erwähnung zu thun.

Gegen Syphilis werden (die mosaische Beschneidung wohl in diesem Sinne) ständig zurückgestreiftes Präputium und häufige adstringirende und Alkoholwaschungen neben folgender Einfettung zur Sicherung gegen kleine Schleimhautwunden, Einfettung vor und Waschungen, darauf feuchte Sublimatumschläge (1:1000) nach dem Akt empfohlen.

Gegen Gonnorrhoe: Spülungen und Einträufelungen mit eben solchem Sublimat; bei verdächtigen Erscheinungen (leisem Kitzeln): Ausreiben der Fossa mit Watte und Pinselung derselben mit 20 % Protargolglyzerin oder 2% Argent. nitric.; weiterhin Bourreau's Uréthroméche, ein Sublimatgaze-Bougie, die neben Sublimatspülungen mehrere Stunden zu tragen ist, wie 1 bis 2 % Protargolvaselin in Urethrophortuben und das Protargolprophylaktikum (Bayer & Co., Elberfeld) u. a. Aehnliches.

Dem gegenüber steht schliesslich dennoch fest und ist Aspiranten immer vorzuhalten: „Das beste Prophylaktikum ist die Enthaltsamkeit gegenüber öffentlicher und heimlicher Prostitution und Keuschheit hat durchaus nichts Gesundheitswidriges an sich!"

Ich schliesse mit einem dem allgemeinen Wunsche der Fachspezialisten entsprechenden Appell an die, nach ihrer Stellung im Staat und nach ihrer Pflicht dazu berufenen deutschen Medizinalbeamten: sich an dem Kampfe gegen die Weiterverbreitung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten in gemeinsamer Arbeit zu betheiligen, zum Wohle des eigenen Volkes und seiner Nachkommen, zum Wohle der ganzen Menschheit!

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Magdeburg am 27. April 1902.

Anwesend waren folgende Herren: Der Vorsitzende, Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Hirsch, die Kreisärzte DDr. Dippe-Genthin, Friedel-Wernigerode, Herms-Burg, Holthoff-Salzwedel, Janert-Seehausen, Kant-Aschersleben, Kluge-Wolmirstedt, Kühn-Kalbe a. S., Moritz-Halberstadt, Probst-Gardelegen, Schade-Neuhaldensleben, Strassner-Magdeburg, Thilow-Wanzleben und der Gerichtsarzt Dr. Keferstein-Magdeburg.

Der Herr Vorsitzende eröffnete die Versammlung und begrüsste zunächst die beiden neu ernannten und zum ersten Male anwesenden Kreisärzte Friedel und Schade; er gedachte dabei gleichzeitig des 10jährigen Bestehens der Versammlungen der Medizinalbeamten im hiesigen Bezirk.

Hierauf hielt Herr Gerichtsarzt Dr. Keferstein einen Vortrag über das Wassermann-Schütze-Uhlenhut'sche Verfahren zur Unterscheidung von Thier- und Menschenblut durch ein spezifisches Serum, den sogenannten biologischen Nachweis (Autoreferat).

Nach einer eingehenden Uebersicht über die verschiedenen chemischen Blutproben und nach Besprechung ihrer Ausführung kam der Vortragende zu seinem eigentlichen Thema.

Während es schon immer möglich war, bei verdächtigen Flecken zu unterscheiden, ob dieselben Blutflecke waren oder nicht, war es schwer, die zweite Frage zu lösen, ob es Menschenblut war. Hierüber gab bisher das Mikroskop den Ausschlag und zwar verglich man die Grösse der verschiedenen Blutkörperchen, was bei der geringen Grössendifferenz seine Schwierigkeiten hatte.

In jüngster Zeit fanden Uhlenhuth, sowie Wassermann und Schütze zusammen, dass man die Herkunft einer Blutspur mit Hülfe eines spezifischen Serums nachweisen kann. Wie bekannt liefert ein Thier, welchem Blut einer anderen Thierart längere Zeit in Zwischenräumen von mehreren Tagen unter die Haut oder in die Bauchhöhle gespritzt wird, nach einigen Wochen ein Blutserum, das in Blutlösungen der Thierart, deren Blut zum Einspritzen benutzt wurde, eine Ausfällung hervorbringt, die sich als Trübung der Anfangs klaren Lösung zeigt. Wird z. B. einem Kaninchen in dieser Weise Menschenblut eingespritzt, so ruft dieses Kaninchenserum, in eine Lösung von Menschenblut gegossen, Trübung hervor, während die Lösung jeder anderen Blutart klar bleibt. Eine schwache Trübung entsteht auch in einer Blutlösung der verwandten Thierart, so z. B. durch das für Menschenblut spezifische Serum auch im Affenblut, doch ist diese Trübung im Vergleich dazu nur schwach, sodass eine Verwechselung nicht entstehen kann.

Man wendet bei Kaninchen, welche das wirksame Serum liefern, alle 4 bis 5 Tage 10 ccm flüssiges Blut eines lebenden Menschen zur Einspritzung an. Im Ganzen genügen durchschnittlich 60 ccm. Vor jeder Einspritzung ist aber das Gewicht des Kaninchens festzustellen; zeigt sich eine Gewichtsabnahme, also Abmagerung, so ist die erneute Einspritzung zu unterlassen. Trotzdem geht manches Thier verloren, so dass man stets eine grössere Zahl von Thieren vorzubehandeln hat.

Das von Herrn Stabsarzt Uhlenhuth zur Demonstration kostenlos gelieferte Serum hat, wenn man es überhaupt zu kaufen bekommt, einen bei der Mühe erklärlichen Preis, nämlich 1 g etwa 3—4 Mark. Herr U. giebt bei der Uebersendung folgende Gebrauchsanweisung: Die zu untersuchende Blutprobe muss in physiologischer Kochsalzlösung so gelöst werden, dass eine schwach gelbliche Flüssigkeit entsteht. 3—4 ccm werden davon in ein Reagenzgläschen gegossen und 12—15 Tropfen des Serums hinzugesetzt. Die Trübung beginnt am Boden des Röhrchens und wird allmählich stärker.

In Nr. 7 der Zeitschrift für Medizinalbeamte ist darauf hingewiesen, dass eine Trübung der Blutlösung durch das spezifische Serum nicht nur in Blutlösungen nahe verwandter Thiere geschehe. Es wird aber auch hier die hohe Bedeutung der serodiagnostischen Methode für gerichtsärztliche Zwecke anerkannt.

Französische Forscher hatten zuerst gefunden, dass nach Einspritzungen von Blutserum einer Thierart in dem Serum einer anderen damit behandelten Thierart Stoffe auftreten, welche in der zur Einverleibung verwandten Flüssig-

keit einen Niederschlag erzeugen. So konnten durch Einspritzung von Kuhmilch in dem Serum hiermit immunisirter Kaninchen Substanzen erzeugt werden, welche die Kaseïne der Kuhmilch zur Ausfällung brachten. Dieses Verfahren wurde dann von Wassermann und Schütze und gleichzeitig von Uhlenhuth abgeändert und auf Menschenblut angewandt; es zeigte sich dabei die Möglichkeit, die im Menschenblut vorhandenen Eiweissstoffe von den in den thierischen Blutarten enthaltenen sicher zu unterscheiden. Hiermit war das biologische Verfahren der Blutbestimmung entdeckt.

An den Vortrag schloss der Vortragende die Demonstration der Probe an.

Bei der nachfolgenden Besprechung wurde ein Fall erwähnt, wo bei einem Morde an den Kleidern des Mörders, welcher die Blutspuren an diesen auf das Schlachten eines Hammels zurückführte, das Menschen- und Hammelblut genau unterschieden werden konnte.

Von anderer Seite wurde auf die Schwierigkeit der Beschaffung von Serum hingewiesen, so dass es der Probe für die Gerichtsärzte noch an praktischem Werthe fehlt, um so mehr, als wohl meistens noch beim Gericht an der alten Gewohnheit festgehalten wird, einen Gerichtschemiker zuzuziehen.

Der Herr Vorsitzende sprach dann über das **Vorkommen von Unterleibstyphus** im hiesigen Bezirk. Er konnte eine geringe Abnahme feststellen, wies nach Zahlen die Unterschiede bei zentraler Wasserversorgung und Brunnenbenutzung nach, theilte verschiedene Infektionsquellen mit und nannte als solche für Magdeburg ganz besonders Einschleppung und Kontaktinfektion.

Bei der Diskussion wurden verschiedene Erfahrungen mitgetheilt. Die Brunnen sind auf dem Lande noch häufig technisch schlecht angelegt, auch noch vielfach den Gruben zu nahe. In Aschersleben haben sich die Verhältnisse gebessert, nachdem auch die Vorstädte gleich dem Zentrum eine Wasserleitung erhalten haben, dagegen wird für grössere Städte, besonders für Magdeburg, betont, dass in den Vorstädten die für das Vieh benutzten Brunnen leicht in Verfall gerathen und Schaden bringen können. Auch auf die Thatsache wurde hingewiesen, dass bei Tiefbrunnen das Wasser beim Stehenlassen trübe wird, und dass auch bei sonst bakteriologisch einwandsfreiem Wasser in Folge des Eisengehaltes sich Geruch nach Schwefelwasserstoff einstellt, wogegen nur Enteisenung Abhülfe schafft.

Ferner trug der Herr Vorsitzende bezüglich der **Schulbesichtigungen** vielfach Wünsche der Schulabtheilung der Regierung vor.

Bei den Schulbesichtigungen empfiehlt es sich, mit dem Ortsschulinspektor in Verbindung zu treten, damit die Einzelheiten an Ort und Stelle sachlich besprochen werden können. Bei dem in §. 94 der Dienstanweisung genannten Schulvorstand kommt nicht blos der Lehrer in Frage, sondern auch der Vorsitzende des Schulvorstandes, meist der Pastor, auf Gütern der Gutsvorstand. Ganz besonders wird auch die finanzielle Lage der Gemeinde zu berücksichtigen sein; es geht z. B. die Forderung zu weit, einen Brunnen für die Schule zu verlangen, wenn ganz in der Nähe sich ein solcher befindet, dessen Benutzung gestattet ist.

Die Forderungen in gesundheitlicher Beziehung sind bei jeder Schulbesichtigung im Ueberreichungsbericht zusammenzufassen, und zwar in der Weise, dass die Vorschläge in der Reihenfolge der Nothwendigkeit, d. h. zuerst die wichtigsten und sodann die weniger wichtigen aufgeführt werden.

Bei Schulneubauten bleibt die Prüfung der Baustelle der Kreisinstanz vorbehalten; seitens der Regierung findet eine Nachprüfung nicht statt. Es empfiehlt sich deshalb für den Kreisarzt z. B. beim Baugrund, auf diese Frage nur einzugehen, wenn thatsächlich Irrthümer vorhanden sind.

Bei den Vorschlägen zur nothwenigen bezw. zwangsweisen Besserung, z. B. bei zu geringem Luftkubus oder bei zu schlechter Beleuchtung, muss für den einzelnen Fall die Gesundheitsschädlichkeit bewiesen werden, es genügt nicht, ganz allgemein nur auf die Schädlichkeit hinzuweisen.

Auf Dachrinnen und Traufpflaster wird nur zu bestehen sein, wenn die Feuchtigkeit in die Wand des Gebäudes eindringt.

Ofenschirme, welche im Besichtigungsformular aufgeführt sind, kennt die massgebende Vorschrift — „Bau und Einrichtung ländlicher Volksschulhäuser in Preussen — Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-

Angelegenheiten — Berlin 1895, Wilhelm Hertz" — nicht. Es ist hierbei die Entfernung zwischen Ofen und Kindern zu berücksichtigen, aber auch, ob thatsächlich z. B. bei eisernen Oefen eine Schädigung durch strahlende Wärme stattfindet.

Die Spucknäpfe, welche z. B. zur Verhütung der Tuberkulose für Eisenbahnwartesäle gefordert werden, dürften für Kinder wohl nicht von Bedeutung sein, weil hustende Kinder wohl in der Regel zu Hause bleiben; es dürfte deshalb einer für den Lehrer genügen.

„Höhe des Fussbodens über dem Erdgeschoss", wie es Nr. 2 im Uebersichtsformular heisst, ist ein Schreibfehler und muss heissen „über dem Erdboden", so ist es auch allseitig aufgefasst worden.

Um die Glasfläche der Fenster zu ermitteln, sind nicht die einzelnen Fensterscheiben zu messen, sondern nach der oben erwähnten Vorschrift (S. 17) „soll die Fläche der Fenster im lichten Mauerwerk gemessen, mindestens gleich 1 : 5 der Bodenfläche des Schulzimmers sein". In dem Uebersichtsformular heisst es allerdings „Glasfläche der Fenster".

Die Frage in Nr. 3 „schliessen die Thüren nach aussen" soll heissen „schlagen".

Es wird gewünscht, eine Skizze mit Nordlinie beizulegen und in diese Fenster Thüren, Ofen, Bänke und Masse einzutragen.

An Aborten verlangt (S. 21) die Vorschrift in der Regel für je 40 Knaben und für je 25 Mädchen einen Sitz, nach neuerer Bestimmung genügt aber ein solcher für je 1 Klasse.

Die Fussböden (Vorschrift S. 18) sollen „aus schmalen, wenigstens 3,5 cm starken, gehobelten und gespundeten Brettern von hartem, nicht leicht splitternden Holz hergestellt, dicht schliessend verlegt und geölt werden." In einzelnen Fällen soll hiervon abgesehen werden.

Bei der Besprechung wurden vielfache Erfahrungen ausgetauscht, so wurde ein Fall erwähnt, der die Besichtigung des Baugrundes doch wünschenswerth erscheinen lässt, insofern der Platz zum Schulbau vom Kreisbauinspektor als tauglich bezeichnet worden war, trotzdem derselbe mit Dünger verunreinigt war, und die frühere Düngergrube noch in ihrer Ausdehnung deutlich hervortrat.

Weiter wurde darauf aufmerksam gemacht, dass als hartes Holz nicht blos Eiche und Buche in Frage kommt, sondern im hiesigen Bezirk überhaupt „Kernholz", z. B. auch Fichtenholz.

Die Vorschrift, dass bei den Fenstern die Fläche im lichten Mauerwerk zu messen ist, dürfte ungenügende Verhältnisse durchgehen lassen, weil thatsächlich die Holztheile oft viel zu stark angefertigt sind, und somit viel von der Beleuchtungsfläche verloren geht.

Bezüglich der Distanz bei den Schulbänken, die fast überall starke Plusdistanz ist, wird auf die sog. Rettigbank als empfehlenswerth hingewiesen. Ihre Beschaffung wird dadurch sehr erleichtert, dass die Fabrik für ihre patentirte Bank sich nur die Lieferung der Beschläge vorbehält, während die Anfertigung der Holztheile der Gemeinde freigegeben wird.

Von einer Seite wurde der Wunsch ausgesprochen, dass bei dem Verlangen, den Schulvorstand einzuladen, auch seitens der Aufsichtsbehörde darauf hinzuwirken sei, dass der Schulvorstand sich auch zu der Besichtigung einfindet. Uebrigens theilen meistens die Kreisschulinspektoren nach erfolgter Benachrichtigung die Termine den Ortsschulinspektoren mit.

Im Allgemeinen machte sich später im Gespräch bei den Theilnehmern an der Versammlung der allgemeine Wunsch geltend, Auslegungen und Verfügungen zur Dienst-Anweisung durch die Zentralinstanz zu regeln. Durch die Erlasse der Einzelregierungen droht von Neuem die Gefahr, dass die werthvolle Einheitlichkeit der Dienstanweisung geschädigt wird. Ein Medizinalbeamter, der in einen fremden Regierungsbezirk versetzt wird, kommt dadurch in die unangenehme Lage, wie früher aus den Akten erst die abweichenden Bestimmungen herauszugraben und manches anders machen zu sollen, als er es in seiner bisherigen Amtsthätigkeit gewohnt war.

Schliesslich wurden noch von der hierzu besonders gewählten Kommission Formulare zu Attesten und dienstlichen Verrichtungen vorgelegt und nach

gemeinsamer Berathung unter Berücksichtigung mehrfacher Wünsche zu alleinigem Gebrauche angenommen.

Nach Schluss der Sitzung vereinigten sich sämmtliche Kollegen zu einem gemeinsamen Essen, das Gelegenheit zu weiterem ernsten Gedankenaustausch bot, aber auch den Humor zu seinem Rechte kommen liess.

Dr. Strassner-Magdeburg.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber überflüssige Sektionen. Mitgetheilt von Dr. Hermann Kornfeld in Gleiwitz. Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik; 8. Bd., Heft II, ausgegeben am 6. Februar 1902.

K. wirft die Frage auf, ob der grosse Apparat, den die D. St.-Pr.-O. für Sektionen vorschreibt, so oft in Bewegung gesetzt werden muss, als thatsächlich geschieht? Im englischen, amerikanischen und französischen Rechte genüge ein Obduzent, ja der Code pénal habe sogar eine Bestimmung, dass der jedes Mal vorher vereidigte Sachverständige die Sektion auch ganz allein machen kann. „Weshalb, fragt K., soll der Richter bei einer Schussverletzung, z. B. des Kopfes, nun bis zum Ende der Sektion dableiben und protokolliren lassen müssen, wie Brust- und Bauchorgane beschaffen sind?“ „Kann man dem Sachverständigen nicht so viel vertrauen, dass er vor Augen hat, was ihm die Vertheidigung, Gegensachverständige, er sich selbst vielleicht später entgegen halten können, und dass er demgemäss von selbst alle Befunde erheben und sich notiren wird?“ Aber selbst wenn man den Luxus des zweiten Obduzenten hingehen liesse, könnte nicht wenigstens die Häufigkeit der Sektionen verringert werden, durch die, wie K. anzunehmen scheint, sogar unter Umständen eine „Verdunkelung“ herbeigeführt werden könne! Niemals vermöge selbst die sorgfältigste Sektion alle Einwendungen der Vertheidigung unmöglich machen, wie z. B. die, dass der unzweifelhaft tödtlich Getroffene unmittelbar vorher einen Herzschlag erlitten habe u. s. w. u. s. w. Sind die Fälle wirklich so selten, fragt K., in denen es gelang, einen Mord aufzuklären ohne Sektion? Nach K. wäre es von Interesse, einmal Kriminalfälle nach den beiden Seiten hin zu beleuchten, wie sie mit und wie sie ohne Sektion abzuurtheilen wären; er giebt zu diesem Zwecke die Relation einer Untersuchung wegen eines, allerdings höchst einfachen Falles von Kindesmord.

Gross, der Herausgeber des Archivs, bekämpft diese schwer begreifliche Betrachtung K.'s in einer Anmerkung, in welcher er ausführt, dass im Allgemeinen viel zu wenig sezirt werde, und dass mancher „Selbstmord“, manches „plötzliche Hinscheiden“ sich anders darstellen würde, wenn man nicht die Kosten der Sektion erspart hätte. Die Anwesenheit des Richters bei der Obduktion sei nicht zur Ueberwachung und Autorisation der Arbeit der Aerzte vorgeschrieben, sondern deshalb, weil er den Thatbestand sehen und wahrnehmen und so die Möglichkeit haben soll, die weitere Untersuchung zu leiten, Zeugen und Angeklagte richtig zu vernehmen. Dr. Rost-Rudolstadt.

Eine neue praktische Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut. Von Dr. J. Butza. Aus dem Laboratorium des Militärkrankenhauses in Bukarest. Comptes rendus soc. de biol.; 1902, Nr. 12. Sitzung vom 12. April 1902.

Da menschliches Blutserum zur Ausführung der Uhlenhuth-Wassermann-Schütze'schen Probe schwer zu erlangen ist, ersann Verfasser eine Methode, die leichter anzuwenden und jedem Arzte praktisch zugänglicher sein soll. Er injizirte in die Peritonealhöhle von Kaninchen Serum von Pleuraergüssen vom Menschen, nachdem er das Serum zentrifugirt hatte. Jeden Tag oder jeden zweiten Tag machte er eine intraperitonale Injektion mit 10—20 ccm so gewonnenen Serums. Nach 5—6 Injektionen liess er die vorbehandelten Kaninchen entweder sich vollständig verbluten oder er unterwarf sie kleineren Blutentziehungen.

Solches Kaninchenserum wurde filtrirt und in Menge von $^1/_2$ ccm im

Reagensrohr mit der zu prüfenden Blutprobe gemischt, die vorher in 6 ccm 7 promilliger Kochsalzlösung ausgewaschen worden war.

An Baumwollgewebe angetrocknete Flecke, die 1 Monat alt waren, vom Blute vom Menschen und solche von verschiedenartigem Thierblute wurden auf diese Weise geprüft.

Nur das Waschwasser vom menschlichen Blute gab mit dem Serum der vorbehandelten Kaninchen schon bei Zimmertemperatur nach Ablauf von 10—15 Minuten eine wolkige Trübung, später einen Niederschlag; deutlicher noch war die Probe, wenn die Temperatur auf 37° gebracht worden war.

Verfasser empfiehlt seine Methode für forensische Zwecke auf's Angelegentlichste. Dr. Mayer-Simmern.

Ein neues Verfahren, ein Serum zu erhalten und zu konserviren, das menchliches Blutserum präzipitirt. Von Maurice Arthus und Paul Vansteenberghe. Institut Pasteur de Lille. Comptes rendus de soc. de biol.; 1902, Nr. 8, S. 251.

Die Verfasser injizirten einem Hunde von 10 kg Körpergewicht 20 ccm Ascitesflüssigkeit vom Menschen und erneuerten in Zwischenräumen von 6 zu 6 Tagen die Injektion. Eine Woche nach der 5. Einspritzung entnahmen sie aus der blossgelegten Femoralis 120 ccm Blut. Dass durch Ausschwitzen aus dem Blutkuchen nach 24 stündigem Stehenlassen erhaltene Serum ist im Stande, menschliche Ascitesflüssigkeit zu präzipitiren.

Es bildet sich ein Niederschlag bei Zusatz von 2 Tröpfchen Ascitesflüssigkeit zu 20 Tropfen dieses Hundeserums, der sich in einigen Stunden am Boden des Reagensglases sammelt. Aber schon eine Verdünnung der Ascitesflüssigkeit mit der 2 bis 500 fachen Menge 1% NaCl-Lösung giebt mit dem Serum ebenfalls einen Niederschlag. Genügen gewöhnlich Zimmertemperaturen zur Auslösung der Fällung, so ist bei starken Verdünnungen es zweckmässig, die Mischung einige Stunden auf 37° zu erhalten.

Dasselbe Hundeserum bedingt in eiweishaltigem Urin vom Menschen einen Niederschlag. Die Verfasser konservirten das nach obigem Verfahren gewonnene Hundeserum im Laboratorium 2 Monate lang durch Zusatz von Natriumfluorid in 3% Lösung in gleichem Volumen. In dieser Dosis hemmt NaFl die Fäulniss und konservirt unbegrenzt lange. — Dieses vom Hunde erhaltene Fluorserum giebt mit $^1/_{10}$ des Volums Blutserum vom Menschen fast sofort und schon bei gewöhnlicher Temperatur einen reichlichen Niederschlag von alluminösen Flocken.

Ob die Arbeit Corins (Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1902, Januarheft) den Autoren bekannt war, geht aus der Arbeit nicht hervor; da die Verwendung des Hundes, statt kleinerer Thiere, bei Gewinnung des Serums als neu angegeben wird, ist dies anscheinend nicht der Fall. Auch Corin hatte Ascitesflüssigkeit, die dem Lebenden entnommen war, benutzt. Während aber Corin sich aus dieser Flüssigkeit mit $MgSO_4$ und durch Lösen des Niederschlags in Wasser sich Paraglobulin darstellte und diese Lösung dem Hunde jeden Tag injizirte, wandten die Autoren die Ascitesflüssigkeit als solche an, in der Annahme, dass jede organische Flüssigkeit, die Globuline enthält, dem Serum bei den Injektionen substituirt werden kann.

Wesentlich an dem Verfahren des Autoren ist, dass Ascitesflüssigkeit in grosser Menge leicht zu erhalten und aseptisch zu konserviren ist, dass dem Hunde grosse Mengen Blutes ohne Schaden für das Thier in wiederholten Intervallen zu entziehen sind, dass der Zusatz von 1—$1^1/_2$% NaFl zum Serum demselben wochen- und moatelang volle Aktivität verleiht, es ohne Veränderungen konservirt. Dr. Mayer-Simmern.

Fünf Fälle von tödtlichen Schädelbasisbrüchen. Von Dr. med. Hoffmann, Gerichtsarzt in Elberfeld-Barmen. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge, XXIII. Band, 2. Heft. Jahrgang 1902. Berlin 1902.

Verfasser verbreitet sich zunächst über die Theorien, die zur Erklärung der Schädelbasisbrüche aufgestellt sind, und bespricht an der Hand der jetzt gültigen Theorie 4 in Kürze obduzirte Fälle von Schädelbasisfrakturen. Das

Facit ist der Ausspruch v. Wahl's: „Aus der Richtung der Bruchspalten lässt sich die Richtung der Gewalteinwirkung erschliessen."

Ein 5. Fall von Schädelbasisverletzung zeigt den rapiden Verlauf einer traumatischen Meningitis, hervorgerufen durch einen Stich in ein Nasenloch, durch die Schädelbasis und Dura hindurch. Autoreferat.

Eine Vergiftung mit Mohnfrüchten. Von M. L. Q. van Ledden-Hulsebosch in Amsterdam. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; 8. Bd., H. 3 und 4, ausgegeben am 20. März 1902.

Eine Wärterin hatte einem 16 Tage alten Kinde, weil es Nachts unruhig war, ein paar Theelöffel Papaversaft gegeben. Sie hatte sich zu diesem Zwecke einen Mohnkopf gekauft, diesen vom Stiele und von den Samen befreit und von der verkleinerten reifen Frucht mit Wasser eine Abkochung gemacht. Diese Abkochung hatte sie so weit verdunsten lassen, dass ein wenig dunkelbraune Flüssigkeit übrig blieb, welches mit etwas Zucker versetzt den sog. Papavensaft darstellte. Das Kind starb trotz zweckmässiger ärztlicher Hülfe am folgenden Vormittage. L. versuchte zunächst durch chemische Analyse das Gift zu gewinnen, obwohl er aus Erfahrung wusste, dass es meistens unmöglich sei, auf diesem Wege den überzeugenden Beweis von der Schuld zu liefern. Er entnahm zu diesem Zwecke 15 g Blut aus der Brusthöhle und erhielt hieraus, nach vorheriger Behandlung mit der Otto'schen Methode, beim Verdunsten des Aethers einen winzigen unwägbaren Rückstand, der zwar sämmtliche allgemeine Alkaloidreaktionen sehr stark zeigte, aber nur auf Narkotin im Allgemeinen schliessen liesse. Ausserdem stand ein wenig Mageninhalt, sowie ein Tuch mit eingetrocknetem Erbrochenen zur Verfügung. Durch Behandlung des ersterem mit kaltem Wasser, Dekantiren und Zentrifugiren gewann L. zuletzt ein Konglomerat der schwebenden festen Theilchen, worin er bei mikroskopischer Untersuchung kleine Fremdkörper entdeckte, welche er als Pflanzenorgane, und zwar als Eichen (ovale) des Papavers erkannte, d. h. unentwickelte Samen, wie solche in reifen Mohnköpfen massenhaft vorkommen, die meisten frei und mit dem Samen gemischt, einzelne auch mit der Plazenta verbunden. Diese leichten Kleinkörper sind nur einen Bruchtheil eines Millimeters lang, sie haben eine kommaähnliche Gestalt, eine ätzförmige Hülle und schwimmen auf dem Wasser. Auch in dem Ausschnitte des mit Erbrochenem befleckten Tuches wurden mehrere Exemplare dieser Papavereichen gefunden. Somit war der unumstössliche Beweis für die Anwesenheit von Papaverbestandtheilen im Magen des Kindes auf mikroskopischem Wege geliefert. Dr. Rost-Rudolstadt.

Zur Psychopathologie der Neurasthenie. Von Dr. A. Pick, Prof. in Prag, Ibidem.

Unter der Bezeichnung Délire émotif hat Morel einen Zustand erhöhter Affektuosität bei Neurasthenischen geschildert, in welchem sich eine vermehrte zornige Reizbarkeit zeigt, die in nahe Beziehung zu setzen ist zu den Zwangsvorstellnngen und Zwangsgefühlen bei den genannten Krankheitszuständen. Eine spezielle Form dieser Affektzustände, die, was wichtig erscheint, gewissermassen ein Zwischenglied zwischen nervöser und psychischer Störung bilden, hat bereits Morel als impressionabilité oder émotivité en excés abgetrennt. P. zeigt unter Mittheilung eines sehr prägnanten Falles die Bedeutung des Krankheitsbildes, das sich in erster Linie in einer ausserordentlich starken Reaktion auf negative Gefühlstöne äussert. Die Kranken sind über das physiologische Mass hinausgehende „Gefühls- und Gemüthsmenschen", die stets voll Theilnahme und Mitgefühl allen Eindrücken gegenüberstehen und mit einem Uebermass von schmerzlichem Affekt reagiren. „Die Erweckung trauriger Erinnerungen, ja schon die Reflexion über das eigene Schicksal veranlasst Thränenausbrüche (Löwenfeld)." Von den Zwangszuständen unterscheiden sich diese Fälle durch das Fehlen der Kritik des Fremdartigen, die ersteren zukommt. Vollkommen zu trennen sind sie von der Melancholie, die ein derartiger Kranker bei oberflächlicher Beobachtung leicht vortäuschen kann. Im Uebrigen kann das Uebermass des Affektes den Kranken schliesslich sozial unmöglich machen, dass, wie in dem mitgetheilten Falle, eine Anstaltsbehandlung unvermeidlich wird. Dr. Pollitz-Münster.

Beitrag zur Kenntniss der induzirten Psychosen. Von Dr. O. Kölpin, Assistenzarzt der psychiatr. Klinik in Greifswald (Prof. A. Westphal). Archiv f. Phychiatrie; 35. Bd., 2. H.

Verfasser theilt eingehend zwei bemerkenswerthe Fälle der sog. Folie à deux mit. Im ersten Falle, der ein besonderes klinisches Interesse beansprucht, handelte es sich um ein Ehepaar, dessen gemeinsames Wahnsystem als Querulantenwahn anzusehen war. Beide Kranke waren stark belastet, von Jugend auf pathologisch; als führender Theil in dem Kampfe um das vermeintliche Recht war die Ehefrau anzusehen, „die inhaltliche Bewusstseinsfälschung" war jedoch vollkommen gleich bei beiden Theilen.

Im zweiten Falle, der zwei Schwestern betraf, handelte es sich mehr um paranoische Grössen- und Verfolgungswahnideen, die ebenfalls von der einen Kranken auf die andere übertragen worden waren, ohne dass der Autor feststellen konnte, wer die primär Erkrankte war.

Zum Schluss seiner Betrachtung macht K. die sehr zutreffende und beachtenswerthe Bemerkung, dass der Querulantenwahn einer weitgehenden Remission, nicht selten auch der Heilung fähig sei; allerdings ist die Möglichkeit einer Dissimulation im Auge zu behalten. Dr. Pollitz-Münster.

Zur Kenntniss der psychischen Erkrankungen durch Bleivergiftung. Von Dr. F. Quensel, II. Arzt der psychiatr. und Nervenklinik zu Leipzig (Prof. Flechsig). Archiv f. Psych.; 35. Bd., 2. H.

In der vorliegenden Arbeit wird unter vollständiger Verwerthung der Literatur und Mittheilung einer grossen Zahl eigener Beobachtungen des Verfassers eine zusammenfassende Darstellung der durch Bleivergiftung hervorgerufenen Geistesstörungen gegeben unter besonderer Berücksichtigung und Würdigung der anatomischen Veränderungen des Zentralnervensystems. Nach der klinischen Seite ruft die chronische Bleivergiftung die verschiedenartigsten Symptomkomplexe hervor, Bilder der Neurasthenie sowie der progressiven Paralyse werden nicht selten als Folge des Saturnismus beobachtet; epileptische Anfälle charakteristischer Art sind ebenfalls von verschiedenen Autoren konstatirt. Als Vorläufer der Psychosen sind Symptome der Bleivergiftung wie Bleikolik, periphere Lähmungen oder Kopfschmerz, Sehstörungen und Bleikachexie zu nennen. Die psychischen Störungen verlaufen, wie Verfasser an seinen Fällen und einer Reihe solcher der Literatur zeigt, unter verschiedenen Bildern. Einmal sind Fälle der deliranten Verworrenheit mit starkem Angstgefühl und Neigung zu impulsiven Akten bei hochgradiger motorischer Erregung zu erwähnen. Bemerkenswerth ist in diesen Fällen ein gewisser Wechsel in den Krankheitssymptomen, die zeitweise gänzlich zurücktreten, um sich dann wieder ganz akut einzustellen. Diesen Beobachtungen stehen solche gegenüber, in denen die Halluzinationen das Uebergewicht dermassen haben, dass ein Delirium tremensartiger Zustand auftritt. Es handelt sich nicht selten um ein Zusammenwirken von Blei- und Alkoholintoxikation. Als dritte Form unterscheidet Verfasser noch ein halluzinatorisches Bleidelirium vom Charakter des epileptischen Irreseins. Doch ist besonders zu betonen, dass epileptische Anfälle bei allen Formen beobachtet werden und dass allen Bleipsychosen ein epileptoider Charakter zukommt. Auf die interessanten anatomischen Ausführungen des Verfassers, die durch eine Reihe Zeichnungen erläutert werden, kann hier nicht eingegangen werden. Dr. Pollitz-Münster.

Psychiatrie und Strafrechtspflege. Vortrag von Dr. Frank-Münsterlingen. Versammlung der südwestd. Irrenärzte in Karlsruhe am 2. u. 3. November 1901. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie; 59. Bd., 1. H.

Der Redner forderte in seinem Vortrage in sehr energischer Weise stärkere Berücksichtigung der Psychiatrie in foro. Dazu ist in erster Linie eine spezielle psychiatrische Ausbildung der Juristen nothwendig, damit diese mit mehr Sachverständniss das irrenärztliche Gutachten würdigen lernen. Den Gerichten sei eine grössere Zahl Fachpsychiater beizugeben. Die Untersuchung bezw. Beobachtung zweifelhafter Fälle müsse in besonderen Anstalten oder den Gefängnissen angegliederten Anstalten geschehen. Ueber die Begutachtung des Irrenarztes soll dem Richter keine freie Würdigung gestattet sein; wohl soll

es ihm jedoch gestattet sein, durch weitere Gutachten sich Sicherheit zu verschaffen. Die Frage der Zurechnungsfähigkeit sei dem Urtheil der Geschworenen zu entziehen. Jedem Antrage auf Untersuchung des Geisteszustandes sei Folge zu leisten.

Diese Thesen des Verfassers fanden die Zustimmung der Versammlung Hoche betonte jedoch zutreffend, dass man den Sachverständigen nicht die Stelle des Berathers nehmen sollte, um ihm einen Antheil an der richterlichen Thätigkeit zu gewähren. Je überzeugender ein Gutchten wirke, um so leichter folge das Gericht dem Sachverständigen. Dr. Pollitz-Münster.

Ablehnung einer Entmündigung. Aus der Rechtsprechung der Vereinigten Staaten von Nordamerika. Von Dr. H. Kornfeld, Gerichtsarzt in Gleiwitz. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie; 1902, 59. Bd., 1. H.

Verfasser berichtet über eine Kranke, deren Entmündigung wegen zahlreicher Grössen- und Verfolgungswahnideen, unter deren Einfluss sie zu einer höchst wunderlichen Lebensführung gelangt war, von den Gerichten abgelehnt worden war. Letztere nahmen auf Grund einer Reihe ärztlicher Gutachten und Berichte an, dass es sich zwar um eine exzentrische, jedoch nicht (!) geisteskranke Dame handele, die eines gesetzlichen Vormundes nicht bedürfe. Wenn K. die Ansicht vertritt, dass ein deutscher Gerichtshof auf Grund des B. G.-B. eine gleiche Entscheidung getroffen hätte, so muss Ref. dieser Auffassung entschieden widersprechen. Dr. Pollitz-Münster.

B. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Die Resistenz der Ratten und der Insekten gegen Kohlensäure und gegen schweflige Säure. Von J. P. Langlois und A. Loir. Comptes rendus soc. biol.; 1902, S. 414.

Zahlreiche Versuche, die Ratten und ihre Parasiten an Bord von Schiffen schnell, billig und ohne Schaden für die von Schiffen mitgeführten Waaren zu tödten, sind bereits ausgeführt worden. Zwei Gase machen sich in dieser Hinsicht den Rang streitig: Kohlensäure und schweflige Säure.

Um die natürlichen Verhältnisse möglichst nachzuahmen, wählten die Verfasser für die Ratten einen Raum von 64 cbm, in welchem sich Blechröhren von 12—15 cm Durchmesser befanden. Dieselben waren auf der einen Seite durch zusammengepresste Lumpen, auf der anderen durch ein grossmaschiges Gitterwerk verschlossen. Kautschukröhren waren bis in die Tiefe der Blechröhren hinab geleitet und ermöglichten behufs Anstellung von Analysen eine zeitweilige Entnahme von Luft.

In dem ersten Versuche wurden vier Röhren mit CO_2 (jede mit etwa 5000 Litern) geöffnet. Die Thiere überlebten die Einwirkung des Gases, die 2 Stunden dauerte, obwohl die Luft 10 cm vom Boden einen Prozentgehalt von 8 bis 18% CO_2 aufwies. Das Resultat konnte nicht überraschen, da CO_2 an sich nicht toxisch ist. P. Bert hat bereits nachgewiesen, dass der Tod der Thiere erst bei 30% dieses Gases eintritt.

Anders war das Resultat nach Anwendung von schwefliger Säure.

Alle Ratten wurden todt gefunden, nachdem der Versuch 18 Minuten gedauert hatte. Am Boden war der Prozentgehalt der Luft an SO_2 3%, in der Höhe 9%.

Die Versuche an den Parasiten der Nager, an Flöhen wurden im Laboratorium derart ausgeführt, dass die Thiere in Reagensgläsern dem Einfluss von CO_2 und SO_2 ausgesetzt wurden. Flöhe, die 20 Minuten lang in einer Atmosphäre von 75% CO_2 sich befanden, wurden leicht betäubt gefunden; zwei Minuten nachher sprangen sie umher.

Mit schwefliger Säure, die durch direkte Verbrennung von Schwefel dargestellt wurde, gelang es in 10 Minuten die Thiere zu tödten; Der Prozentgehalt der tödtlichen Atmosphäre war 2—4%.

Von grosser Bedeutung für die praktische Anwendung dieser Thatsachen, etwa bei Pest, ist es, dass flüssige schlweflige Säure, die nach dem Pictet'schen Verfahren dargestellt ist, nur geringen toxischen Werth besitzt. Wirksam ist

nur solches Gas, das durch Verbrennung von Schwefel gewonnen wird. Hierbei entwickelt sich ein Gemisch von SO_2 und SO_3; obwohl das Schwefelsäureanhydrid nur in Spuren vorhanden ist, scheint es doch für die Giftwirkung eine grosse Bedeutung zu haben. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber Pfeilgifte aus Deutsch-Ost-Afrika. Aus der hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin. (Leiter: Geh. Med.-Rath Professor Dr. L. Brieger.) Von L. Brieger, Vortrag, gehalten in der Berliner med. Gesellschaft am 12. März 1902. Berliner klin. Wochenschrift; 1902, Nr. 13.

Von den äusserst wirksamen Substanzen, welche sämmtliche Pfeilgifte enthalten, hat bisher nur eins zur allgemein anerkannten Bereicherung des Arzneischatzes beigetragen, das Strophantin.

Br. hat aus den Belegemassen der Giftpfeile der verschiedenen Völkerschaften Deutsch-Ost-Afrikas und zwar aus den schnell wirkenden Pfeilgiften ausser dem amorphen Onabaïn-Levin-Merk 1. ein chemisch genauer zu bestimmendes schneeweisses, krystallinisches und 2. ein nicht krystallisirendes, an der Luft zerfliessendes Glycosid isolirt, beides Herzgifte von derselben Wirkung wie das Ausgangsmaterial. Als Ursprungsstätte des amorphen Giftes ist die Acocanthera abessynica zu betrachten (besonders deren Kerne). Das nicht gefärbte krystallinische Glykosid ($C_{29}H_{46}O_3$) der Wakamba bewirkt bei Warmblütern nach 10—15 Minuten fibrilläre Muskelzuckungen, Dyspnoë, Aufschreien, Erbrechen, Krämpfe, Tod. Einträufelung in's Auge bewirkt stundenlange anhaltende Anästhesie der Cornea und Erweiterung, dann lange anhaltende Verengerung der Pupille. Das andere amorphe Glykosid bewirkt stundenlange Verengerung der Pupille; die Cornea behält aber ihre Empfindlichkeit bei. Durch Verarbeitung grösserer Mengen von Pflanzentheilen der Acocanthera abessynica wird sich die Frage entscheiden lassen, ob hier Ersatz- oder Ergänzungsmittel für Digitalis und Strophantin gegeben sind.

Neben diesen akut wirkenden Giften fand Br. in den Belegmassen giftiger Pfeile noch ein mehr langsam wirkendes Gift, welches wohl aus der Kandelabar-Euphorbie entstammt. Es erzeugt lokale Eiterung und Nekrose.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Zur Kasuistik der Pneumonomykosis aspergillina hominis. Von Dr. Gottfried von Ritter. Prager Med. Wochenschrift; Nr. 1, 1902.

Die Ansiedlung und weitere Entwicklung von Aspergilluskeimen an gewissen normalen oder pathologisch veränderten Stellen des menschlichen Organismus (äusserer Gehörgang, Nagelfalz, Kavernen) ist schon lange bekannt und keine Seltenheit. Jedenfalls ist die auch bisweilen beim Menschen beobachtete Aspergillusmykose der Lungen eine durchaus nicht harmlose, sondern bedeutungsvolle destruirende Erkrankung, als deren Erreger stets der Aspergillus fumigatus aufgefunden wurde. Verfasser hatte Gelegenheit, einen derartigen Fall vor Kurzem zu seziren und berichtet über den Befund.

Es handelte sich um eine 72jährige Frau, die vor 12 Stunden an chronischem Morbus Brightii verstorben war. Eine Anamnese konnte von der moribund eingebrachten Patientin nicht mehr erhalten werden. Neben chronischem Morbus Brigthii und Amyloidose in Milz und Nieren fand sich folgender Lungenbefund: Die Lunge beiderseits stark angewachsen, sehr substanzarm, stark anthrakotisch. In beiden Lungenspitzen wie in den peribronchialen Lymphdrüsen alte Heerde von Tuberkulose mit Verkalkung. Auf dem Durchschnitte durch die Lungen sah man in mehreren Aesten 2. und 3. Ordnung der Arterie pulmonalis im rechten Oberlappen, linken Oberlappen und linken Unterlappen an der Gefässwand leichthaftende Thromben. Als Quelle der als Embolie imponirenden Lungenarterienverstopfung wurde eine ausgedehnte Thrombose der Vena iliaca dextra nachgewiesen. Im Bronchialbaume, Trachea-Kehlkopf und Mandeln nichts Abnormes, insbesondere keine Schimmelbildung. Entsprechend der kleinen Embolie fanden sich nun im Oberlappen der rechten Lunge drei fast wallnussgrosse, gut abgegrenzte Heerde von dem Aussehen haemorrhagischer Infarkte. Beim Einschneiden in diese bot sich ein von dem gewöhnlichen Verhalten abweichendes Bild insofern dar, als sich in ihrem Zentrum eine braunschwarze, ziemlich trockene, anscheinend krümelige Masse

vorfand, besonders deutlich im mittleren Heerde. Mehrere von den erwähnten krümeligen Centris angefertigte Deckglaspräparate erwiesen in ihnen die Anwesenheit eines Schimmelpilzes und zwar eines Aspergillus. Es liessen sich auch leicht Reinkulturen dieses Pilzes auf Glyzerin-Zucker-Agar herstellen, mit sehr üppigem Wachsthum, den Prof. Dr. Molisch als Aspergillus fumigatus de Bary, die bekannteste pathogene Species, bestimmte. Die weitere mikroskopische Untersuchung der gehärteten und gefärbten Präparate ergaben weit vorgeschrittene Verschimmelung.

Genaueres über den sehr interessanten Befund muss im Originale nachgelesen werden. Verfasser kommt zu dem Schlusse, dass im vorliegenden Falle zuerst die hämorrhagischen Infarkte sich gebildet haben, und dass dann durch Eindringen von Aspergillussporen auf dem Wege des Bronchialbaumes in diese zum Theile nekrotischen und daher einen Locus minoris resistentiae bildenden Abschnitte des Lungengewebes es nun zu einer sekundären Verschimmelung kam, wobei die Myzelmassen durch die Wand des Bronchus direkt in das Lungengewebe hineinwuchsen.

Leider war es, wie gesagt, nicht möglich, irgend etwas über das Vorleben der Frau zu erfahren, woraus die Herkunft der Aspergillussporen in ihrem Respirationstractus hätte erklärt werden können.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Die epidemische Genickstarre im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin, im Besonderen in Rostock im Jahre 1897. Von Oberstabsarzt Hoffmann in Rostock. Deutsche Militärärztliche Zeitschrift; 1902, H. 1.

Vom 3.—9. Februar 1897 traten in Rostock 22 Fälle von epidemischer Genickstarre auf, an denen die Garnison mit 7 Fällen (5 davon im Februar) betheiligt war. Die Zivilbevölkerung wurde erst befallen, nachdem bereits 6 Soldaten erkrankt waren. Von ihr wohnten 7 Personen in der Kröpelinerthor-Vorstadt, wo auch die Kaserne lag. 11 Fälle endeten mit dem Tode (davon 3 Soldaten), deren Krankheitsdauer zwischen 12 Stunden und $^1/_4$ Jahr betrug. Anhaltspunkte für eine Verschleppung haben sich nur in 2 Fällen finden lassen. Der Vater eines 6jährigen erkrankten Mädchens verkehrte öfters in der Kaserne, in die er Spirituosen zu liefern hatte. Zwei Brüder eines 9jährigen erkrankten Mädchens waren Hoboisten, einer von diesen wohnte mit ihr in demselben Hause.

Zur selben Zeit herrschte auf dem Dominialgute Kneese eine kleine Epidemie von Genickstarre (5 Fälle, davon 4 tödtlich). In verschiedenen Theilen des Landes kamen 5 weitere Fälle (3 tödtlich) vor.

Das Alter der Erkrankten schwankte in den weitesten Grenzen. Selbst Greise (2 Fälle von 60—62 Jahren) wurden nicht verschont.

Die in 5 Fällen ausgeführte Lumbalpunktion ergab als konstanten Befund den Weichselbaum'schen Diplococcus. Bei einem zugleich an Bindehautentzündung erkrankten Soldaten fanden sich ebenso wie in der Cerebrospinalflüssigkeit auch im Sekret der Bindehaut die Diplokokken. Die Lumbalpunktion hatte therapeutisch nicht den geringsten Nutzen, dagegen wurden warme prolongirte Bäder und Blutentziehungen von den Kranken als sehr wohlthuend empfunden.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Verbreitung der Tollwuth im Deutschen Reiche im Jahre 1900. 15. Jahresbericht über die Verbreitung der Thierseuchen im Deutschen Reich. Bearbeitet im Kaiserlichen Gesundheitsamt. Verlag von Julius Springer in Berlin.

Nach dem vorgenannten Jahresbericht sind im Jahre 1900 gegen das Vorjahr im Ganzen 11,9 % Erkrankungsfälle an Tollwuth weniger gemeldet worden, bei Hunden 12,4 %, bei Rindern 9,4 % weniger. Erkrankt, gefallen oder getödtet sind 798 Hunde (gegen 911 im Vorjahre), 10 Katzen (7), 6 Pferde (9), 155 Rinder (171), 5 Schafe (38), 0 Ziegen (1), 13 Schweine (17). Der Ansteckung verdächtige Hunde wurden 2290 (gegen 2564 im Vorjahre) auf polizeiliche Anordnung getödtet und 116 (gegen 134) unter polizeiliche Beobachtung gestellt; herrenlose wuthverdächtige Hunde sind 222 (gegen 220) getödtet worden. Die grösste Verbreitung erlangte die Seuche wieder in den östlichen Provinzen von Preussen (785 Fälle, darunter 634 unter Hunden), ferner in

Bayern (76 bezw. 73) und im Königreich Sachsen (53 bezw. 51), während die übrigen Fälle (73 bezw. 40) im Reiche in kleineren Herden zerstreut auftraten. Die meisten Tollwuthfälle überhaupt wurden nachgewiesen in den Kreisen Schweinitz (35), Osterode i. Ostpr., Posen Ost (je 30), Lyck, Schwetz, Stolp Land (je 28), Löban i. Westpr. (27), Memel (23), Wreschen (20). Von Grenzkreisen sind verschont geblieben gegen Russland Goldap, Lublinitz, Tarnowitz und Beuthen, gegen Oesterreich Ratibor, Frankenstein, Habelschwerdt, Löwenberg und Lauban in der Provinz Schlesien und Zittau, Dippoldiswalde, Marienberg und Annaberg im Königreich Sachsen. In Bayern bildete eine Anzahl an österreichischen Grenze und in deren Nähe gelegener, zusammenhängender Distriktsverwaltungsbezirke den Hauptseuchenherd. Einschleppungen der Tollwuth aus dem Auslande haben wiederholt durch übergelaufene wuthkranke Hunde an der östlichen Grenze des Reichs stattgefunden. Nach einer dem Jahresbericht beigegebenen kurvischen Darstellung der Zahl der Tollwuthfälle unter den Hunden in den 15 Jahren von 1886 bis 1900 war die Seuche in den letzten 5 Jahren erheblich gestiegen und hatte im 2. Viertel von 1899 mit 302 Fällen den höchsten Stand erreicht. Im 4. Viertel von 1900 war die Seuche mit 154 Fällen wieder annähernd auf den Stand vom 1. Viertel von 1894 und vom 3. Viertel von 1896 zurückgegangen.

Ergebnisse der Tollwuth-Schutzimpfung.

In der Wuth-Schutzabtheilung des Königlichen Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin wurden von der Eröffnung derselben im Juli 1893 ab bis Mitte April 1902 im Ganzen 1161 Personen der Schutzimpfung unterzogen. Von diesen gingen 10 = 0,86 Proz. derselben an Tollwuth zu Grunde.

Im Einzelnen betrugen die Zahlen der Impfungen und Todesfälle im Jahre

1898: 137 mit 0 Todesfällen = 0 Proz. 1901: 230 mit 3 Todesfällen = 1,30 Proz.
1899: 384 „ 3 „ = 0,78 „ 1902: 78 „ 2 „ = 2,56 „
1900: 332 „ 2 „ = 0,60 „

Lässt man die 4 Todesfälle ausser Betracht, welche sich während der Behandlung oder innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung derselben ereigneten, so verbleiben noch 6 Todesfälle = 0,52 Proz. der Behandelten. Von diesen kamen vor im Jahre

1899: 1 = 0,26 Proz. der Behandelten 1901: 2 = 0,87 Proz. der Behandelten
1900; 1 = 0,30 „ „ „ 1902: 2 = 2,56 „ „ „

Im Tollwuth-Schutzimpfungsinstitut in Wien starben in den Jahren 1896 bis 1900 von 1166 Geimpften 17 = 1,45 Proz. der Behandelten, bezw. wenn man die während der Behandlung oder innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung derselben Gestorbenen ausser Rechnung lässt, 11 = 0,94 Prozent.

Die in letzter Zeit beobachtete Zunahme der Todesfälle hat die Direktion des Instituts für Infektionskrankheiten veranlasst, das Schutzimpfungsverfahren mit stärkerem Virus und mit einer grösseren Anzahl von Einspritzungen auszuführen, als nach den Angaben von L. Pasteur, dem Erfinder des Verfahrens, erforderlich schien. Auch wird in besonders schweren Fällen von Bissverletzungen den Geimpften die Wiederholung der Impfung nach einiger Zeit empfohlen.

Jedenfalls kann den Bissverletzten nicht dringend genug angerathen werden, sich sobald als angängig, womöglich sofort nach der Verletzung, der Schutzimpfung zu unterziehen, da das Sterblichkeitsverhältniss beim Unterlassen der Impfung ein erheblich ungünstigeres ist, als nach Ausführung derselben.

Einiges über die Wasserversorgung von Schulen nebst Bemerkungen über ein neues Wasserfilter. Von Dr. Edmund Strössner, Assistenzarzt am bakteriologischen Institut der Stadt Budapest. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1901, Heft 8.

Den Leser dieser Zeitschrift dürften die Bemerkungen über das neue Wasserfilter, das unter dem Namen „Delfin“ in den Handel gebracht wird, interessiren. Es ist dieses ein Stein, der aus einer Mischung von Quarz und Syenit besteht, die unter hydraulischem Drucke gepresst und sodann bei 1500° C. geglüht wird. Da in dem Filtersteine keine organischen Substanzen enthalten sind, so besteht der grosse Vortheil, dass die Bakterien das Filter nicht durch-

wachsen. Seine Handhabung ist so einfach, wie bei keinem anderen Hausfilter. Verfasser prüfte den „Delfin“ in seinem Institute und unterzog das unfiltrirte wie filtrirte Wasser, vereint mit Dr. A. Krantz, einer vergleichenden bakteriologischen Untersuchung. Zur Verwendung kam sowohl das gute Budapester Leitungswasser, als auch ein künstlich mit Bakterien infizirtes Wasser, das unter verschiedenem, durch ein Manometer kontrolirten Drucke stand. Die Resultate waren glänzende; das Filter hielt durch volle fünf Tage die ganze Bakterienmenge zurück, lieferte also ganz steriles Wasser, und noch am sechsten Tage konnte das filtrirte Wasser bakteriologisch als sehr gut bezeichnet werden. Durch Auskochen des Filters wird dasselbe vollkommen regenerirt. Wenn man also für einen Apparat zwei Steine hat und diese nach 5—6 Tagen nach erfolgtem Kochen auswechselt, so kann man sicher sein, ein ausgezeichnetes Trinkwasser zu erhalten. Auch in Bezug auf quantitative Leistung überragt „Delfin“ alle bisherigen Filter, indem es bei einem Atmosphärendrueke von 1 $^3/_4$ etwa 1,6 Liter in der Minute, bei einem solchen von 3,5 ungefähr 3,8 Liter Wasser liefert und die unersprüngliche Filtrationsgeschwindigkeit auch beibehält. Wo das Wasser in den Schulen suspekt ist, kann es durch „Delfin“ keimfrei gemacht werden, — vorausgesetzt, dass der nöthige Druck in der Wasserleitung vorhanden ist.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Zum Kapitel der Zähne und Zahnpflege bei den Schulkindern. Von Schularzt Dr. Berthold Gutenberg in Darmstadt. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1901, Heft 8.

Die schlechte Beschaffenheit der Zähne der Schulkinder ist bekannt; 80—90 % der Schüler haben mangelhafte oder schlechte Zähne, und zwar nicht bloss in den städtischen, sondern, wie aus den Untersuchungen Bartens hervorgeht, auch in den ländlichen Schulen, Ursachen und Folgen dieser erschreckenden Minderwerthigkeit der Zähne bei der Schuljugend sind oft erörtert. Eine dankbare Aufgabe der Schulärzte dürfte es sein, auf diesem Gebiete einzugreifen. Von dieser Erwägung ausgehend beantragten die Schulärzte von Darmstadt bei der grossherzoglichen Bürgermeisterei mit Erfolg, dass nachstehender von ihnen verfasster Hinweis auf die Wichtigkeit der Zahnpflege gedruckt und jedem Kinde mit nach Hause gegeben werde.

An die Eltern der Schüler!

1) Die Eltern werden eindringlichst ermahnt, bei ihren Kindern auf eine sorgfältige und regelmässige tägliche Zahnpflege zu achten.

2) Schlechte und fehlende Zähne sind häufig die Ursache von schweren Magen- und Verdauungsstörungen.

3) Die Höhlungen fauler Zähne bergen zahllose Fäulnisskeime, nicht selten auch die Pilzkeime der Diphtherie und Tuberkulose.

4) Täglich mindestens einmal, am besten aber Morgens und Abends, sollen die Kinder mit Zahnbürste und etwas Wasser die Zähne wenigstens eine Minute lang putzen und nicht nur die Vorderfläche, sondern auch die Rückfläche und Kaufläche der Zähne. Zweckmässig kann auch etwas Zahnpulver (geschlemmte Kreide oder sogenanntes Pfeffermünzzahnpulver) auf die Bürste genommen werden. Jedes Kind muss eine eigene Bürste haben.

5) Kranke Zähne sind möglichst beim Beginn der Erkrankung von einem Zahnarzt behandeln zu lassen, da nur bei frühzeitiger Behandlung Aussicht vorhanden ist, den kranken Zahn zu erhalten.

6) Jeder Zahn, der ausgezogen werden muss, bedeutet einen Verlust der Gesundheit.

Die Schulärzte.

Der weitere Antrag der Schulärzte, mit einem oder mehreren Zahnärzten einen Vertrag abzuschliessen behufs billiger oder unentgeltlicher Behandlung zahnkranker armer Kinder, war bei Abfassung des Aufsatzes noch nicht erledigt, da die Bürgermeisterei vorher zu wissen wünschte, ob das Schularztkollegium die Anstellung von Schul- oder Armenzahnärzten wünsche. Das Kollegium sprach sich für Armenzahnärzte aus.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Die Schwerhörigen in der Schule. Von Dr. Arthur Hartmann, Ohrenarzt in Berlin. Vortrag, gehalten in der Sektion für Otologie und Laryngologie der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1901, Nr. 11.

Den Inhalt seines Vortrages fasst Verfasser in nachstehenden Schlussfolgerungen zusammen:

1) Da in den Schulen sich eine beträchtliche Anzahl von Kindern befindet mit heilbarer Schwerhörigkeit, welchen gegenwärtig keine Behandlung zu Theil wird, ist schon aus diesem Grunde die Mitwirkung von Aerzten an den Schulen erforderlich. Die Aerzte haben die Aufgabe, die Ursache einer bestehenden Schwerhörigkeit festzustellen und dafür Sorge zu tragen, dass dieselbe beseitigt wird, soweit dies möglich ist.

2) In Städten, in welchen sich Ohrenärzte befinden, muss die Mitwirkung derselben bei Untersuchung und Behandlung der Schulkinder als wünschenswerth betrachtet werden.

3) Für Kinder mit hochgradiger Schwerhörigkeit, welche durch eine Behandlung nicht beseitigt werden kann, muss besondere Fürsorge getroffen werden, da ohne eine solche, ebenso wie bei Taubstummen, die geistige Entwicklung auf einer tiefen Stufe bleibt.

4) Hochgradig schwerhörige Kinder müssen durch Erlernen des Absehens vom Munde und durch Nachhilfeunterricht so gefördert werden, dass sie am Klassenunterricht mit Erfolg theilnehmen können. Kann ein solcher Absehund Nachhilfeunterricht nicht eingerichtet werden, so müssen die hochgradig schwerhörigen Kinder einer Taubstummenanstalt überwiesen werden.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Gesetz und Heilkunde vom Standpunkte des Juristen. Von A. H. Dailey, früherem Präsidenten der Medico-legal society. The Medico-legal journal 1901, XIX, 2. September. S. 226—238.

Die Gesetze, welche die Ausübung der ärztlichen Thätigkeit regeln und einschränken sollen, haben vielfache Angriffe erfahren. Bei einer Ueberlegung, ob sie in der bisherigen Ausdehnung berechtigt sind, wird man anerkennen müssen, dass Massregeln zur Verhinderung der Ansteckung und der Weiterverbreitung bei übertragbaren Krankheiten nothwendig sind, also gerechtfertigt auch solchen Personen gegenüber werden können, die jeden Eingriff in die persönliche Freiheit „eifersüchtig überwachen".

Ferner muss man das Recht des ärztlichen Standes anerkennen, einen Schutz gegenüber den Kurpfuschern zu geniessen. Wenn sich Personen ohne jede Ausbildung anmassen, so geschickt und geschult zu sein, wie der Arzt, auch wenn sie Quacksalber sind oder weniger noch, als das, so hat der Arzt das Recht, einen Schutz gegen Betrugsversuche zu verlangen.

Nun giebt es aber in der Heilkunde viele Schulen und viele Behandlungsmethoden. Jede Person müsste das Recht haben, nach eignem Ermessen sich den Arzt und die Art der Behandlung auszusuchen. Dies würde aber unmöglich werden, wenn das Gesetz eine Klasse von Heilkundigen an der Ausübung ihrer Thätigkeit hindern würde. Es würde das auch den Eindruck einer Klassenjustiz machen, unpopulär sein und rasch über Bord geworfen werden. Jeder, der der Ansicht ist, er könne durch irgend welche Methoden Kranke heilen, auch wenn es andere sind, als die der „gewöhnliche praktische Arzt" anzuwenden pflegt, sollte in die Lage versetzt werden können, diese seine Meinung als richtig nachzuweisen. Es wäre ein Unrecht, auf dem Wege der Verfolgung insbesondere der Bestrebungen auf psychologischem Gebiete irgend welche hemmende Barrière aufzurichten.

Die Anstrengungen, die die gesetzgebenden Körperschaften des Staates Newyork in einer der letzten Sessionen gemacht haben, um die Praxis der „Christian science" einzudämmen und zu verhindern, sind erfolglos geblieben. Und zwar, wie Verfasser meint, mit Recht. Beruhen nämlich die Kuren der Gebetheiler auf Wirklichkeit, so würde ja ein grosser Schaden geschehen, wenn dieselben an ihrer Behandlung gehindert würden.

Die Aerzte sind dadurch in eine ungünstige Position gerathen, dass ein grosser Theil derselben glaubt, materialistischen Anschauungen huldigen zu

müssen, die Existenz einer Seele, die den Körper überlebt, läugnen zu dürfen, über alle Bemühungen, seelische Erkrankungen nicht nur auf dem Wege der Arzneimittel oder der Chirurgie zu heilen, die Achseln zucken zu sollen. Andere Aerzte wieder fallen in das zweite Extrem und wenden sich in schwierigen Fällen an Hellseher, damit diese ihnen bei Feststellung der Diagnose behülflich seien.

Der Gesetzgeber darf das Recht besonders begabter, oder sagen wir begnadeter, Personen ihre Fähigkeiten auszunützen oder anderen zu Gute kommen zu lassen, nicht beschränken. Das wäre ein Eingriff in die Freiheit des Gedankens, der Sprache und der Handlungen.

Nun sind aber thatsächlich unheilvolle Resultate durch die Kuren der Gebetheiler eingetreten. Wenn man annehmen kann, dass eine andere Behandlung glücklich verlaufen wäre, müsste man den Konsequenzen solchen Thuns doch Einhalt gebieten.

Verfasser macht den Vorschlag: „Derjenige, der nicht approbirter Arzt ist und doch versucht, Kranke durch eine andere Methode zu heilen, als sie in der gewöhnlichen Praxis üblich ist, soll für jede üble Folge, die aus seiner Thätigkeit entspringt, streng verantwortlich gemacht werden."

Trotz dieses ausserordentlich geringen Schutzes, den der Autor dem ärztlichen Stande den Kurpfuschern gegenüber verleihen will, stellt er an den Arzt selbst die höchsten Anforderungen. Wie der Arzt von jeher der Anwalt der Kranken, Gebrechlichen und Elenden war, so soll er auch weiter nicht allein an der Besserung der hygienischen Verhältnisse mitarbeiten, sondern mit den übrigen gebildeten Ständen zugleich Hand anlegen an der Hebung des sittlichen Standes der Bevölkerung.

Um die materielle Seite nicht ganz zu vernachlässigen, gesteht Verfasser wenigstens soviel zu, dass Patienten, die in Hospitälern die Hülfe der tüchtigsten und durchgebildetsten Aerzte des Landes in Anspruch nehmen, die Dienste, die diese ihnen leisten, auch bezahlen müssen. Allerdings werde das Gesetz nicht immer in diesem Sinne ausgelegt. Man solle daher die Zahlungspflicht solcher Patienten gesetzlich festlegen.

Der Verfasser bespricht noch die Nothwendigkeit der Impfung, trotz des Eingriffes in die persönliche Freiheit, die gesetzlichen Grundlagen, auf denen die sanitäre Besserung von Boden und Wasser beruht; er ist gegebenenfalls sogar ein Anhänger des Verbots der Heirath von Verbrechern und unheilbar Kranken.

Wir glaubten des aktuellen Interesses wegen und wegen der Bedeutung des Autors — derselbe ist Expräsident der Medico-legal society und Vizepräsident des amerikanischen Tuberkulosekongresses gewesen und sein Vortrag ist in gemeinsamer Sitzung beider Versammlungen abgehalten — die Ansichten des Juristen über den ärztlichen Stand und moderne therapeutische und kurpfuscherische Bestrebungen dem wesentlichen Gedankengang nach wiedergeben zu sollen. Dr. Mayer-Simmern.

Zur wirthschaftlichen Lage des ärztlichen Standes.

Die Redaktion der „Korrespondenz-Blätter des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen" beabsichtigt im Laufe dieses Jahres eine Reihe von Beiträgen zu bringen über die wirthschaftliche Lage der Aerzte in Thüringen und veröffentlicht im ersten Heft das Jahresbudget eines jungen Landarztes, welcher in einer der fruchtbarsten und wohlhabendsten Gegenden Thüringens wohnt. Der Name dieses Arztes ist nicht genannt, doch sind seine Angaben von Vertrauensmännern nachgeprüft und durchaus zuverlässig.

Ohne auf die Einzelheiten des sehr tragischen Bildes einzugehen, sei nur in aller Kürze erwähnt, dass der Arzt, obwohl er von früh bis spät beschäftigt war, während des Jahres 1901 nicht mehr zu erwerben vermochte, als netto 2239 Mark. Wie das möglich gewesen ist, erklärt sich daraus, dass seine Haupteinnahme aus 1800 Mark besteht, welche er von 5 staatlich anerkannten Krankenkassen bezieht. Da die Kassenmitglieder bis zu 8 km entfernt wohnen, ist der Arzt genöthigt, Fuhrwerk zu halten, obwohl er von den Kassen mit nur einer Ausnahme Fuhrkostenentschädigung nicht erhält. Sein Honorar stellt sich vielmehr für ein Besuch oder eine Konsultation in der Sprechstunde nur bei einer sehr kleinen Kasse auf 1 Mark, bei den übrigen auf 40 Pfennig, 25 Pfg.

und bei einer sogar nur auf $13^1/_3$ Pfennig. Die Privatpraxis ist wie die Kassenpraxis sehr umfangreich, aber nicht einträglich, weil sie durch die Kassenpraxis sehr geschädigt wird, indem ein erkranktes Kassenmitglied den Doktor holen lässt, was aus den nichtigsten Gründen jeder Zeit möglich ist, und zufällig dann auch der Privatmann den Arzt in sein Haus ruft.

Dazu kommt eine sehr niederdrückende Abhängigkeit von den Kassenvorständen, bei welchen das Bewusstsein, den Arzt jeden Augenblick entlassen zu können, Anmassung und Ueberhebung grossgezogen hat.

Der Arzt, von seiner Universitätszeit und seiner ersten Einrichtung her mit einigen Schulden belastet, ist diesen Verhältnissen gegenüber ganz hülflos und setzt seine einzige Hoffnung auf die Aufbesserung der ortsüblichen Taxen, besonders in der Privatpraxis. Seine Lage wäre fast verzweifelt, wenn er nicht das Glück gehabt hätte, eine Frau zu finden, welche ihm mit grosser Tapferkeit in seiner Noth zur Seite steht.

„Es sind traurige Thatsachen, über welche hier berichtet wird — aber es giebt noch viel schlimmere, bei denen die Betheiligten aus Standesbewusstsein es nicht über sich gebracht haben, ihre Verhältnisse klar zu legen."

Der zunehmende wirthschaftliche Niedergang des ärztlichen Standes, seine Proletarisirung erfordert die Aufmerksamkeit des Gesundheitsbeamten in besonderem Grade. Der Arzt ist und bleibt der natürliche Erzieher und Berather des Volkes in allen gesundheitlichen Fragen, er ist ein wichtiger Faktor bei der Bekämpfung der Seuchen durch die ihm vom Staate auferlegte Anzeigepflicht und er ist endlich zur Durchführung der sozialen Gesetze unentbehrlich.

Bei dem Krankenversicherungsgesetz, welches am 1. Dezember 1884 in Kraft trat, hat man vergessen, den Werth der ärztlichen Leistung einzuschätzen und festzulegen. Aus diesem Mangel an Vorsicht sind in erster Linie schwere und verhängnissvolle Folgen für das Bestehen des ärztlichen Standes erwachsen. Dazu kommt, dass etwa vom Jahre 1885 ab in Folge des glänzenden Aufschwungs einzelner medizinischen Wissenschaften ein Zudrang zum ärztlichen Studium eintrat, welcher den wirklichen Bedarf weit überstieg. Den 13000 bis 14000 Aerzten vom Jahre 1884 stehen jetzt nahezu 30000 gegenüber, ohne dass Deutschlands Bevölkerung oder der Bedarf und die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen dementsprechend gewachsen wäre.

Die Frage ist sehr ernst und die Staatsbehörden werden sich der Aufgabe nicht entziehen können, hier bei Zeiten helfend und bessernd einzugreifen.

Rpd.

Tagesnachrichten.

Das preussische Abgeordnetenhaus hat in der Sitzung vom 16. Juni das **Ausführungsgesetz znm Schlachtvieh- und Fleischbeschaugesetz** in dritter Berathung endgiltig angenommen. Die agrarische Mehrheit, die im Reichstage strenge Gesetze gegen die Einfuhr ausländischen Fleisches aufrecht erhält, hat im Abgeordnetenhause dem vorliegenden Gesetz eine Form gegeben, welche nicht nur eine einheitliche Fleischuntersuchung ausschliesst, sondern auch insofern sanitäre Bedenken hat, als sie hinsichtlich der Schweine die Hausschlachtungen von der obligatorischen Tricninenschau ausnimmt. Das Herrenhaus hat das Gesetz ebenfalls in seiner Sitzung am 18. Juni angenommen, trotz der gegen die vorgenannte Bestimmung namentlich von den Vertretern der Städte erhobenen Bedenken. Dieselben bekämpften ausserdem, jedoch ohne Erfolg, die vom Abgeordnetenhause getroffene Bestimmung über die Gebührenfreiheit für die nochmalige Untersuchung schon anderwärts untersuchten Fleisches wegen Verdachtes, dass es verdorben sei.

Im Herrenhaus gelangte in der Sitzung vom 16. Juni der mit dem Abgeordnetenhausantrage des Grafen Douglas identische Antrag des Abg. v. Levetzow über die Bekämpfung der Trunksucht zur Berathung. Der Antrag wurde allerdings ebenfalls angenommen, das Herrenhaus identifizirte

sich aber ausdrücklich nicht mit allen einzelnen Bestimmungen desselben, sondern wollte nur durch en bloc-Annahme der Regierung den Wunsch ausdrücken, dass sie im Wege der Gesetzgebung gegen den übermässigen Alkoholgenuss vorgehen möge. Es zeigte sich, dass das Herrenhaus weit weniger temperenzlerisch angehaucht ist, als das Abgeordnetenhaus. Auch Minister v. Hammerstein betonte ausdrücklich, dass er dem Antrag nur zustimme, soweit er sich gegen den „übermässigen" Alkoholgenuss wende. Die menschliche Natur könne den Alkohol nicht ganz missen, habe ihn manchmal sogar nöthig. Von anderer Seite wurde die Befürchtung ausgesprochen, dass, wenn man auch alle 12 Paragraphen des Antrags annähme, der §. 11 doch weiter bestehen bleiben würde.

Der Reichstag hat vor seiner Vertagung noch das **Süssstoffgesetz** in der von der Kommission vorgeschlagenen Fassung angenommen. Danach ist es verboten, alle auf künstlichem Wege gewonnenen Stoffe, die als Süssmittel dienen können und eine höhere Süsskraft als raffinirter Roh- oder Rübenzucker, aber nicht einen entsprechenden Nährwerth besitzen, herzustellen oder bei Nahrungs- und Genussmitteln bei deren gewerblicher Herstellung zuzusetzen. Desgleichen dürfen Süssstoffe nicht aus dem Auslande eingeführt werden; ihre Herstellung im Inlande nur von einem oder mehreren Fabrikanten nach näheren Bestimmungen des Bundesraths gestattet werden. Ihre Abgabe ist nur an Apothekern und Personen welche die amtliche Erlaubniss zum Bezuge besitzen, gestattet.

Der Bundesrath hat in seiner Sitzung vom 27. Mai u. a. der Resolution des Reichstags, betreffend **die Unterbringung der Geisteskranken**, zugestimmt. Nach dieser sollen die verbündeten Regierungen ersucht werden, baldigst einen Gesetzentwurf vorzulegen, der Grundsätze feststellt, durch welche die Aufnahme und die Aufenthaltverhältnisse von Geisteskranken in Irrenanstalten, sowie die Entlassung aus denselben durch Reichsgesetz geregelt werden.

Wie die „Berl. thierärztl. Wochenschr." mittheilt, hat das preussische Staatsministerium sich dafür entschieden, dass die Zulassung **zum Studium der Thierarzneikunde** von der Ablegung der Reifeprüfung abhängig gemacht werden soll. Preussen wird für den entsprechenden bayerischen Antrag im Bundesrath stimmen.

In der Sitzung des bayerischen Landtages vom 20. d. Mts. kam bei der Berathung des Kultusetats der Abg. v. Landmann (lib.) auf die von dem Ministerium im Einverständniss mit den medizinischen Fakultäten bisher abgelehnte Errichtung eines **Lehrstuhls für Homöopathie** zu sprechen und befürwortete die Schaffung einer derartigen Professur. Der Kultusminister Dr. v. Landmann erklärte jedoch unter Berufung auf ein ausführliches Gutachten des Geh. Ob.-Med.-Raths Dr. v. Grashey, eine definitive Stellung zu dem Antrage nicht einnehmen zu können. Das erwähnte Gutachten hebt in interessanter Weise die moderne Medizin aus der Parteisphäre der Allopathie und Homöopathie heraus:

„Auf den deutschen Hochschulen wird weder Allopathie, noch Homöopathie gelehrt, sondern wissenschaftliche Medizin, und keinen Dozenten einer deutschen medizinischen Fakultät fällt es ein, sich Allopath oder Homöopath zu nennen. Einen Lehrstuhl für Allopathie zu errichten, wäre ebenso lächerlich, wie die Errichtung eines solchen für Homöopathie; beide gehören der Geschichte der Medizin an; denn der Standpunkt beider ist heutzutage glücklicher Weise vollständig überwunden."

Im Grossherzogthum Hessen hat die zweite Kammer am 26. Juni, einstimmig den Gesetzentwurf, betreffend die **Wohnungsfürsorge für Minderbemittelte**, dessen Geltungsbereich sich hinab bis auf Gemeinden von 5000

Einwohnern erstrecken soll, angenommen. Das Gesetz sieht ferner die Schaffung einer Wohnungsinspektion, die nicht als Organ der Polizeiaufsicht sondern der Wohlfahrtspflege gedacht ist, sowie die Förderung der Erbauung von Wohnungen für Minderbemittelte vor. Wie von seiten der Regierung hervorgehoben wurde, soll es ein Versuch sein, auch die Schädigungen durch Alkohol, Tuberkulose u. s. w. im Interesse des Volkswohls zu verhüten und so der Allgemeinheit zu dienen.

Zusammenstellung der im Jahre 1901 von Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin an Hebammen verliehenen Broschen.

In der Regierungsbezirken Königsberg 16, Gumbinnen 5 (Provinz 21); Danzig 7, Marienwerder 3 (10); Berlin 7 (7); Potsdam 16, Frankfurt 9 (25); Stettin 6, Köslin 3, Stralsund 3 (12); Posen 7, Bromberg 6 (13); Breslau 11, Liegnitz 26, Oppeln 6 (43); Magdeburg 5, Merseburg 6, Erfurt 2 (13); Schleswig 8 (8); Hannover 9, Hildesheim 2, Lüneburg 9, Stade 2, Osnabrück —, Aurich 4 (26); Münster 10, Minden 2, Arnsberg 17 (29); Cassel 18, Wiesbaden 6 (24); Cöln 6, Düsseldorf 11, Koblenz 2, Aachen 6, Trier 18 (43); Sigmaringen 8 (8). Zusammen 282.

Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit hat der Magistrat in Halle a. S. beschlossen, billige sterilisirte Milch auf den Strassen verkaufen zu lassen und diese an unbemittelte Personen überhaupt abzugeben. Für diesen Versuch sind zunächst 1000 M. bewilligt; falls sich die Einrichtung bewährt, soll deren Forderung der Privatwohlthätigkeit überwiesen und durch neuere Zuschüsse unterstützt werden.

Es ist damit ein Verfahren zur praktischen Ausführung gekommen, das seiner Zeit vom dem Herausgeber dieser Zeitschrift auf der Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Trier (1900) vorgeschlagen wurde. Hoffentlich erweist es sich als erfolgreich; dann werden sicherlich auch andere Kommunalverwaltungen dem guten Beispiele folgen!

Der vorbereitende Ausschuss der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat im Juni d. J. folgendes Zirkular erlassen:

Nicht mit Unrecht hat man Tuberkulose, Alkoholismus und Syphilis die drei Geisseln der modernen Kulturmenschheit genannt, und die menschliche Gesellschaft verfolgt nur ihre ureigensten Lebensinteressen, wenn sie auf jede Weise diesen verderbenbringenden Feinden entgegenzutreten sucht. Der Kampf gegen die Tuberkulose und den Alkohol ist auf der ganzen Linie aufgenommen; nur die Gefahr, welche der Volksgesundheit von Seiten der Geschlechtskrankheiten droht, wird noch immer nicht in ihrer ganzen Grösse ermessen. Und doch hat die rapide Zunahme der Grossstädte mit ihren Riesen-Ansammlungen von Menschen diese Gefahr seit einem Menschenalter in's Ungeheure gesteigert, und jeder Fortschritt der Wissenschaft lässt uns neue schwere Krankheitsformen als Folge der Geschlechtskrankheiten erkennen.

Gewiss liegt es nicht in unserer Macht, die gewaltigen ethischen und sozialen Kräfte auszulösen, die zu einer radikalen Beseitigung dieser Seuchen führen könnten; aber innerhalb der bescheidenen Grenzen, die unserem Wirken gesteckt sind, ist noch vieles zu thun und, wie wir glauben, auch zu erreichen. Noch leben weite Kreise unseres Volkes, und nicht nur die weniger Gebildeten, in krassester Unwissenheit über die Häufigkeit und die Gefahren der Geschlechtskrankheiten, über die Wege ihrer Verbreitung und die Mittel, wie denselben vorzubeugen sei — ja, diese Verbreitung wird direkt gefördert durch die falsche Scham, welche eine Erörterung dieser Dinge in der Oeffentlichkeit und somit eine Aufklärung des Volkes verhindert, durch die Verheimlichung, zu der die Träger dieser Krankheiten gezwungen werden, sowie durch die Vorurtheile, welche alle Schichten der Bevölkerung denselben entgegenbringen, Vorurtheile, die sich auch in der Gesetzgebung, der Verwaltung, der Armenpflege, der Krankenhauspflege, dem Krankenkassenwesen u. s. w. in unheilvollster Weise geltend machen.

Und wenn auch an eine Ausrottung der Prostitution, der nie ver-

siegenden Quelle dieses Uebels, nicht zu denken ist, so glauben wir doch, dass auch hier durch zweckmässige Massnahmen manches gebessert, dass vor Allem die gesundheitlichen Schäden — an deren Folgen die ganze Nation zu tragen hat — herabgemindert werden könnten.

In diesem Sinne zu wirken, hat sich die „Société internationale de prophylaxie sanitaire et morale“ zur Aufgabe gestellt, eine Gesellschaft, welche im Jahre 1899 im Anschluss an die internationale Konferenz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Brüssel gegründet wurde. Der unterzeichnete Ausschuss, mit der Geschäftsführung der Gesellschaft für Deutschland beauftragt, hat geglaubt, den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in unserem Vaterlande am wirksamsten durch die Gründung einer eigenen Gesellschaft, der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“, aufzunehmen, um so einen Mittelpunkt für alle Bestrebungen zu schaffen, welche zu einer Einschränkung der Geschlechtskrankheiten führen können. Unterstützt durch die hülfsbereite Mitwirkung einer grossen Zahl hervorragender Männer und Frauen aus allen Gauen Deutschlands, wendet sich der Ausschuss an Sie mit der Bitte, auch an Ihrem Theile die Arbeiten unserer Gesellschaft fördern zu helfen.

Geplant ist die Gewinnung einer möglichst grossen Zahl von Mitgliedern aus allen Gesellschaftsschichten, Bildung von Zweigvereinen an Orten mit grösserer Mitgliederzahl, Abhaltung von Versammlungen, Veranstaltung von öffentlichen belehrenden Vorträgen aus dem Gebiete der Sexualhygiene, Verbreitung von aufklärenden populären Schriften und Flugblättern etc., direkte und indirekte Beeinflussung von gesetzgebenden und Verwaltungskörpern zur Abhülfe von Uebelständen und zur Anbahnung von Reformen auf dem Gebiete der öffentlichen Fürsorge für Geschlechtskranke und der Ueberwachung der Prostitution.

Der Jahresbeitrag soll 3 Mark betragen; eine konstituirende Versammlung wird im Herbst nach Berlin einberufen werden.

Die Geschäftsstelle der Gesellschaft ist Berlin W. 9, Potsdamer Strasse 20.

Unlauterer Wettbewerb durch Kurpfuscher. Ein „Naturheilkundiger“ L. in Berlin hatte durch Inserate seine Kunst, schwierige Krankheiten, die allopathische Aerzte nicht beseitigen konnten, zu heilen, ganz besonders gepriesen. Die Aerztekammer der Provinz Brandenburg stellte darauf gegen L. im Hinblick auf das Gesetz, betreffend die Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs, Strafantrag. Die Strafkammer erkannte gegen den Angeklagten auf eine Geldstrafe von 150 Mark. Der Angeklagte, welcher früher Bankbeamter war, erwecke in den betreffenden Inseraten den Anschein, als ob er bessere Erfolge erzielen könne, als wissenschaftlich gebildete Aerzte. Das Treiben solcher Kurpfuscher erscheine gemeingefährlich, und es sei daher eine hohe Geldstrafe am Platze. Diese Entscheidung focht L. durch Revision beim Kammergericht an und erklärte, die Aerztekammer habe überhaupt kein Recht, seine Bestrafung zu beantragen. Er habe grosse Erfolge in seiner Praxis gehabt, von Gemeingefährlichkeit könne hier nicht die Rede sein. Das Kammergericht wies die Sache unter Aufhebung der Vorentscheidung an die Strafkammer zurück und führte aus, die Aerztekammer sei zur Stellung des Strafantrages unbedingt befugt gewesen. Es müsse aber noch festgestellt werden, ob der Angeklagte wissentlich unwahre und zur Irreführung geeignete Angaben thatsächlicher Art machte. Dies müsse dann angenommen werden, wenn er durch seine Methode bei bestimmten Krankheiten sichere Heilung in jedem Falle garantirte.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Berichtigung. In der Tagesordnung des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins (s. Nr. 12 der Zeitschrift) unter 4. muss es heissen: „Ueber postmortale Verdauung“, statt „Ueber postmortale Veränderungen“.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J.C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei in Minden.

15. Jahrg. 1902.

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,
Herzogl. Bayer. Hofbuchhändler.
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.

Ueber das Verbot der Anwendung von gesundheitsschädlichen und täuschenden Zusätzen zu Fleisch und dessen Zubereitungen nach §. 21 des Schlachtvieh- und Fleischbeschaugesetzes, welches am 1. Oktober d. J. in Kraft tritt, unter besonderer Berücksichtigung des Präservesalzes.

Von Dr. Keferstein, Königlicher Gerichtsarzt in Magdeburg.

Das Reichsgesetzblatt hat unter dem 16. Februar d. J. eine Verordnung über die theilweise Inkraftsetzung des Gesetzes betreffend die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 veröffentlicht, wonach §. 21 dieses Gesetzes betreffend die Schlachtvieh- und Fleischbeschau am 1. Oktober d. J. in Kraft tritt. Der Paragraph bestimmt:

„Bei der erwerbsmässigen Zubereitung von Fleisch dürfen Stoffe oder Arten des Verfahrens, welche der Waare eine gesundheitsschädliche Beschaffenheit zu verleihen vermögen, nicht angewendet werden. Verboten ist, derartig zubereitetes Fleisch aus dem Auslande einzuführen oder sonst in den Verkehr zu bringen. Gleichzeitig treten die bezüglichen Strafvorschriften des Gesetzes in Kraft."

Ferner veröffentlichte das Reichsgesetzblatt eine auf Grund Bundesrathsbeschlusses erlassene Bekanntmachung, betreffend gesundheitsschädliche und täuschende Zusätze zu Fleisch und dessen Zubereitungen vom 18. Februar 1902:

„Die Vorschriften des §. 21 Abs. 1 des Fleischbeschaugesetzes finden auf folgende Stoffe sowie auf solche Stoffe enthaltende Zubereitungen Anwendung: 1) Borsäure und deren Salze, 2) Formaldehyd, 3) Alkali und Erdalkali-Hydroxyde und Karbonate, 4) schweflige Säure und deren Salze, sowie unterschwefligsaure Salze, 5) Fluorwasserstoff und dessen Salze, 6) Salizylsäure und deren Verbindungen und 7) chlorsaure Salze. Dasselbe gilt für 8) Farbstoffe jeder Art,

jedoch unbeschadet ihrer Verwendung zum Gelbfärben von Margarine und zum Färben von Wursthüllen, sofern diese Verwendung nicht anderen Vorschriften zuwiderläuft."

Dieser Beschluss über gesundheitsschädliche und täuschende Zusätze zu Fleisch und dessen Zubereitungen ist von einer technischen Begründung begleitet, deren wesentlicher Inhalt in der ersten Beilage zum Deutschen Reichsanzeiger und Königlich Preussischen Staatsanzeiger vom 24. Februar 1902, Nr. 47, abgedruckt ist. Hier heisst es am Schluss der allgemeinen Gesichtspunkte, welche den I. Theil der Begründung bilden:

„Der Zusatz der vorbenannten Stoffe ist verboten worden unter der Prüfung der Nothwendigkeit des Verbots aus gesundheitlichen und wirthschaftlichen Gründen, der Wichtigkeit der Nahrungsmittelkonservierung entsprechend; nachdem unter diesen Gesichtspunkten die Stoffe, welche gegenwärtig bei Behandlung des Fleisches zum Zwecke seiner Haltbarmachung oder zur Herbeiführung eines schöneren Aussehens zugesetzt zu werden pflegen, geprüft worden sind. Alle diese Stoffe, ausgenommen die Alkali- und Erdalkali-Verbindungen und einige Farbstoffe sind in den üblichen zur Verwendung kommenden Mengen als gesundheitsschädlich zu betrachten. Die unter Ziffer 1, 2, 3, 4 und 8 aufgeführten Stoffe sind ausserdem geeignet, über die wirkliche Beschaffenheit der Waare zu täuschen, insofern sie die Kennzeichen der Zersetzung, wie veränderte Farbe, Geruch, Konsistenz verdecken und theilweise die Farbe des frischen Zustandes vorspiegeln."

Und zu Anfang der Begründung heisst es:

„Dass man allen chemischen Konservirungsmitteln, welche nicht gleich dem Kochsalze, dem Salpeter und den beim Räuchern entstehenden Produkten durch lange Uebung eingebürgert sind, misstrauisch gegenüberstehen muss, solange nicht ihre Unschädlichkeit erwiesen ist. . . . Es ist ein wissenschaftliches Erforderniss, sich nicht damit zu begnügen, dass bis jetzt durch den Gebrauch von konservirten Lebensmitteln ein Schaden auf das Konservirungsmittel nachweisslich noch nicht zurückgeführt hat werden können. Ebensowenig darf man bei der Beurtheilung dieser Frage, die für die Ernährung von gesunden Erwachsenen, aber auch von schwächlichen und kränklichen Personen, von Greisen und Kindern wichtig ist, Versuche mit kleinen Gaben an Menschen und Thieren als beweisend ansehen, . . . da erst bei der Besichtigung der Organe nach der Tödtung der Versuchsthiere die Wirkungen zu Tage treten, wenn auch die Beobachtung des Fettansatzes und der Wasserausscheidung, des Körpergewichtes und der Fresslust des Versuchsthieres nichts regelwidriges erkennen liess. . . . Es stösst überhaupt auf grosse Schwierigkeiten, die Schädigung in Folge des Genusses konservirter Lebensmittel mit Sicherheit auf ihre wahre Ursache zurückzuführen, da Zeichen des gestörten Wohlbefindens, wie Magendrücken, Uebelkeit, Diarrhöe, Kopfweh u. s. w. auch nach einer schwer verdaulichen Speise, einem kalten Trunke, nach Abkühlung u. s. w. eintreten können. Handelt es sich aber um grössere Massenvergiftungen durch konservirtes, aber trotzdem verdorbenes Fleisch, so werden die Wirkungen der Konservirungsmittel völlig durch die schweren Anzeichen der Vergiftung durch verdorbenes Fleisch verdeckt. . . . Erst durch die Verwendung grösserer Gaben eines Konservirungsmittels wird ein Urtheil über seine Zulässigkeit zur Haltbarmachung von Lebensmitteln gewonnen werden dürfen. Und auch so vermag man nur die Thätigkeitsäusserungen bestimmter Organe zu verfolgen, . . . aber nicht die Aenderungen in den Organen selbst oder den Ablauf des Stoffwechsels in seinen einzelnen Abschnitten. . . . In vielen Fällen der mit Konservirungsmitteln angestellten Versuche ist aber ausser Acht gelassen, dass die akute Wirkung von der chronischen wesentlich verschieden sein kann, und dass aus dem Fehlen akuter Wirkungen die Unschädlichkeit der Mittel nicht zu folgern ist. . . . Selbst wenn es möglich wäre, für jedes einzelne Konservirungsmittel eine Menge festzusetzen, welche, mit der Nahrung genossen, während eines Tages die Gesundheit nicht schädigen würde, so entständen weitere Schwierigkeiten dadurch, dass die Tagesmenge des betreffenden Stoffes auf die einzelnen damit haltbar gemachten, bei den verschiedenen Mahlzeiten in Betracht kommen-

den Lebensmittel zu vertheilen wären. Es muss damit gerechnet werden, dass ein Mensch während des Tages nicht nur borhaltiges Fleisch, sondern auch borhaltige Wurst, Milch, Butter u. s. w. geniessen und demgemäss die drei- oder mehrfache, zulässige Tagesgabe aufnehmen kann. Wollte man aber diese Gabe auf sämmtliche Nahrungsmittel vertheilen, was wohl praktisch kaum ausführbar wäre, so würde auf jedes Nahrungsmittel so wenig fallen, dass das Haltbarmachen ausgeschlossen wäre. Ueberdies könnte die an sich unschädliche Höchstgabe der einzelnen Stoffe, wenn sie gleichzeitig nacheinander in den Magen gelangen, durch Anhäufung schädliche Wirkung entfalten.

Dazu kommt die Schwierigkeit, solche Höchstmengen im täglichen Gebrauche einzuhalten. Der Fleischer arbeitet nicht mit einer feinen Waage, sondern meist nach dem Augenmass bei Zusatz des Mittels. . . . Auch ist eine völlig gleichmässige Vertheilung schwer durchführbar, . . . es lässt sich also nicht vermeiden, dass die zugelassene Höchstmenge an einzelnen Stellen der Fleischmasse überschritten wird. Schon aus allgemeinen Gründen ist es ferner nicht angängig, für bestimmte Fleischwaaren den Zusatz eines Konservirungsmittels zuzulassen, z. B. für Pökel- und Räucherfleisch gewisse Antiseptika, für andere dagegen zu verbieten. Die gesundheitspolizeilichen Bedenken, welche zum Ausschluss der chemischen Stoffe bei der einen Fleischwaare führen, muss auch für die andere massgebend sein; ausserdem liegt die Gefahr vor, dass sofort diese Erlaubniss ohne weiteres für andere Nahrungsmittel gebraucht werden würde. Ebenso wenig kann Deklarationszwang befürwortet werden, weil der grösste Theil des kaufenden Publikum sich aus den bezüglichen Angaben ein Urtheil über die gesundheitlichen Gefahren nicht zu bilden vermag. Man ist im allgemeinen gewohnt, bei nicht zubereitetem Fleische in der rothen Farbe und in dem Fehlen von Fäulnissgeruch einen Gradmesser für die Frische zu erblicken, während bei geräucherten Fleischwaaren der Grad der Austrocknung und die Gründlichkeit und Dauer der Räucherung ihren Werth erhöht. So kann durch Borsäure eine Waare geliefert werden, deren Räucherung wesentlich abgekürzt worden ist, während schwefligsaures Natrium den rothen Muskelfarbestoff erhält. In vielen Fällen kann überhaupt der Nachweis nicht geführt werden, ob einwandfreies Fleisch oder von vornherein Abfälle von Fleisch, welches ohne Auffrischungsmittel nicht verkäuflich gewesen wäre, zur Verwendung gelangt ist. Die Verwendung von Konservirungsmitteln ermöglicht es eben, unter Umständen altes Fleisch als scheinbar frisch zu verkaufen, während im Innern desselben die Zersetzung ungehindert weiter geht; desgleichen vermögen die schwefligsauren Salze grau gewordenem Fleische die rothe Farbe zurückzugeben.

Nach diesen allgemeinen Gesichtspunkten werden dann im „Besonderen Theil“ die einzelnen jetzt verbotenen Konservirungsmittel nach der Reihe besprochen.

1. Borsäure und deren Salze.

Borsäure findet sich häufig als natürlicher Bestandtheil im Obst, in Weintrauben und damit im Weine selbst; indessen ist der natürliche Borsäuregehalt so gering, dass er nicht gesundheitsschädlich ist. Borsäure und Borax werden ganz allgemein zur Haltbarmachung von Schinken, Lachsschinken, Speck, Trockenpökelfleisch Dauerwurst, Blutwurst, Brühwürstchen, Frankfurter Würstchen und anderen Fleischwaaren, Fischen, frischen Schalthieren, Kaviar, Milch, Butter, Margarine, Eigelb, Eiweiss empfohlen und bereits verwendet.

Die in den so konservirten Nahrungsmitteln gefundenen Borverbindungen schwanken sehr, sind aber meist nicht unbeträchtlich. Das amerikanische Trockenpökelrinderfleisch enthält nach Angabe der Händler 1—2 % Borsäure, es sind aber 3,87 % gefunden worden. Beim Aufstreuen können die Borverbindungen nach längerer Einwirkung bis in die Mitte der Fleischtheile eindringen, schneller bei frischer als bei geräucherter Waare, ebenso bei Speck. Daher ist auch das blosse Bestreuen nicht angängig. Dass durch gründliches Abwaschen und Wässern die Borverbindungen zum grössten Theil aus dem Fleisch entfernt werden, hat sich nicht bewahrheitet. So können leicht täglich 3 g oder mehr Borsäure oder deren Salze allein mit Fleisch aufgenommen werden, da die konservirende Wirkung der Borsäure gering ist, und deshalb verhältnismässig grosse Mengen zur Konservirung nöthig sind. Daher wird

das Fleisch durch Borverbindungen haltbarer werden und saftig, d. h. wasserhaltiger erhalten, die rothe Farbe bis zu einem gewissem Grade konservirt, aber auch der Fäulnissgeruch bei beginnender Zersetzung verdeckt. Auch erhalten die Nahrungsmittel durch die Borverbindungen keinen besonderen Geschmack, so dass der Abnehmer durch seinen Geschmackssinn sich nicht vor der Aufnahme übermässer Mengen Borpräparate schützen könnte. Im Magen wird in Folge der Salzsäure des Magensaftes Borax in Borsäure übergeführt; daher ist es nicht angängig, Borsäure zu verbieten und Borax zuzulassen; derselbe bewirkt ausserdem Verseifung der damit behandelnden Fleisch- und Fetttheile, der dies übel von Geruch und Geschmack und schwer verdaulich macht.

Die Behauptung, dass Frankfurter Würstchen ohne Borsäurezusatz für die Ausfuhr nicht haltbar sind, erledigt sich damit, dass früher solche Würstchen auch ohne Bor haltbar hergestellt sind, dagegen hat sich der Wassergehalt dieser Würstchen jetzt nicht unwesentlich erhöht. Das gleiche gilt von Lachsschinken. Borsäure ist daher mehr ein Beschwerungsmittel zur Erhöhung des Wassergehaltes als ein Konservirungsmittel.

Milch wird durch Borax schwer verdaulich, da eine Ausfällung des Milcheiweises im Magen und Darm auf Stunden verhindert wird.

Die in den Fach-Zeitschriften niedergelegten Erfahrungen und Versuchsergebnisse sind keineswegs derartig, dass die Unschädlichkeit der Borverbindungen oder gar die von einigen behauptete Nützlichkeit derselben, für den menschlichen Organismus erwiesen ist. Vielmehr haben sich die Borverbindungen besonders in den am Menschen eingestellten Stoffwechselversuchen von chemischer Einwirkung gezeigt, die wie die Steigerung der Harnmenge und das lange Verbleiben der Borverbindungen im Organismus wenigstens als eine Störung der Lebensvorgänge anzusehen sind, während die Abnahme des Körpergewichts, die nach längerem Gebrauch sich einstellte, unmittelbar als eine Schädigung des Körpers angesprochen werden muss.

Verbote der hier in Frage kommenden Art sind auch schon vom Auslande erlassen.

2. Formaldehyd.

Das Formaldehyd ist für niedere Lebewesen ein heftiges Gift und geeignet, üblen Geruch zu beseitigen. Zum Zweck der Konservirung der Nahrungsmittel wird es in Form der Dämpfe und der wässerigen Lösung benutzt. Fleisch wird in eigens dazu hergerichteten Schränken den Dämpfen des Formaldehyds ausgesetzt; in England wird besonders auf diese Weise die Milch süss zu erhalten gesucht. Hierdurch erhält aber die Milch eine veränderte Löslichkeit, da das Kaseïn dann bei der Fällung einen grossflockigen, dicken Niederschlag giebt; eine solche Milch ist deshalb von der Kinderernährung auszuschliessen, sie bedingt bei Kindern auch eine geringere Ausnutzung des Phosphors und Fettes im Darm.

Auf den Ablauf der Verdauungsvorgänge wirkt Formaldehyd verzögernd; dazu kommt, dass es durch Einwirkung auf riechende Stoffe und Fäulnisstoffe eine gesundheitsschädliche Beschaffenheit der Waare zu verdecken geeignet ist.

3. Alkali- und Erdalkali- Hydroxyde und -Karbonate.

Durch die in einzelnen Fällen beobachtete Verwendung von Alkali- und Erdalkali- Hydroxyde und -Karbonaten zur Neutralisirung von Säuren in ranzig gewordenem Fette wird eine minderwerthige Beschaffenheit der Waare verdeckt.

4. Schweflige Säure und deren Salze sowie unterschwefligsaure Salze.

a. Schweflige Säure und deren Salze.

Die schweflige Säure und deren Salze findet für die Haltbarmachung von Fleischwaaren neben Borsäure und deren Salze die meiste Verwendung. Die haltbar zu machende Waare wird mit dem Salze in Pulverform oder in Lösung vermischt, bisweilen, wenn es sich um Fleischstücke handelt, mit den Salzen bestreut oder eingerieben oder mit verdünnter Lösung abgewaschen. Auch zur Haltbarmachung von Blut werden die schwefligsauren Salze empfohlen. Nach der Gebrauchsanweisung werden sie in Form des trockenen Salzes oder einer Lösung für Hack- und Schabefleisch, für Wurst, Wildbret, Geflügel und Fische angewendet. Ausserdem werden eingemachte Gemüse (Spargel) und

Früchte oder getrocknete Früchte und Suppenkräuter mit schwefliger Säure und deren Salzen versetzt. Auch im Wein findet sich in Folge des Schwefelns der Fässer freie wie auch wahrscheinlich an Aldehyd gebundene schweflige Säure.

Das neutrale und das saure Natrium oder Calciumsalz der schwefligen Säure bildet den wirksamen Bestandtheil der meisten als Geheimmittel unter den verschiedensten Namen (Präservesalz, Meat preserve, Treuenit, Freeze-Em, Deutsches Fleischwasser, Konserve-Essenz u. s. w.) im Handel befindlichen Präparate. In einigen derselben findet sich nebenbei Borsäure bezw. Borax (China-Erhaltungspulver, Minerva, Konservesalz).

Der Gehalt an schwefligsauren Salzen im Hackfleische schwankt von kleinsten Mengen bis 1,36 % und darüber mit einem Gehalt von 0,25 bis 0,34 schwefliger Säure und mehr. Durch Versuche ist erwiesen, dass grau aussehendes Fleisch mit Hülfe von Präservesalz wieder roth gemacht werden kann.

Der Zusatz von schwefligsauren Salzen kann keineswegs unbedenklich für die menschliche Gesundheit betrachtet werden, umsomehr, als mit diesen Mitteln gerade Hackfleisch versetzt wird, das vielfach von Kindern, Schwachen und Genesenen verzehrt werde.

Während frisches Fleisch im Innern keimfrei ist und sich hieraus ein Hackfleisch mit geringen Bakteriengehalt herstellen lässt, zeigten Berliner Hackfleischproben einen Bakterienreichthum wie das Sielwasser.

Nach einem Gutachten des Königlich Sächsischen Landes-Medizinal-Kollegiums ist die Schnelligkeit der Entfärbung des Fleisches ausser von der Temperatur der Umgebung von dem Grade der Reinlichkeit, d. h. insbesondere der Befreiung des Fleisches von anhängenden Fäulnisserregern abhängig, so dass das schnelle Grauwerden insbesondere des Rindfleisches recht wohl vermieden werden kann. Das Präservesalz ist daher ein bequemes Mittel, der Waare den Anschein einer besseren Beschaffenheit zu geben. Die Verarbeitung tadellosen frischen Fleisches bei grösster Reinlichkeit und kühler Aufbewahrung und die Beschränkung des Verkaufs auf bestimmte, bekannt zu gebende Tagesstunden macht jedoch den Zusatz von Präservesalz überflüssig. Für die Volksernährung ist es ausserdem erwünschter, wenn die Bevölkerung sich das Hackfleisch im eigenen Haushalte herstellt, wie das schon jetzt für diätetische Zwecke vielfach geschieht.

Es besteht ausserdem eine ausgeprägte Empfindlichkeit mancher Menschen gegen schweflige Säure. Die Behauptung, dass der grösste Theil des dem Fleisch zugesetzten schwefligsauren Salzes zu schwefelsauren Salzen oxydirt wird, so dass nur wenig schwefligsaures Salz in den Magen des Essenden kommt, ist durch die Untersuchung widerlegt, wenn auch der Gehalt wirklich etwas mit der Zeit abnimmt.

b. Unterschwefligsaure Salze.

Die unterschwefligsauren Salze werden durch Säuren in Schwefel und schweflige Säure zerlegt, so durch die Salzsäure des Magens. Daher sind diese Salze in ihrer Wirkung den schwefligsauren gleich zu achten und ebenso zu beanstanden wie die letzteren.

5. Fluorwasserstoff und deren Salze.

In England ist unter dem Namen „Salufer“ Kieselfluornatrium als Konservirungsmittel für Fleisch in Gebrauch, ähnlich in Frankreich und Oesterreich. Doch haben die in Fachschriften mitgetheilten Beobachtungen und Versuche ergeben, dass Fluorwasserstoffsäure und deren Salze nicht als gleichgültig für die menschliche Gesundheit angesehen werden dürften. Nicht nur die Säure, welche durch die Magensäure von ihren Salzen frei wird, ätzt stark, sondern es zeigen auch die Salze eine örtliche Reizwirkung. Die Eigenschaft, welche den entsprechenden Chlor-, Brom- und Jodsalzen in kleinen Mengen fehlt, wird sich auf der Schleimhaut des Magens und Darmes besonders geltend machen. Ausserdem kann der Fluorwasserstoff und seine Salze schon in kleinen Mengen schwere Allgemeinerscheinungen hervorrufen. Schon nach Einnahme von 0,25 g Fluornatrium entstehen beim Menschen Speichelfluss, Magenbeschwerden und Hautjucken, nach 1 g Fluornatrium auffallende Vergiftungserscheinungen. Die klinischen Erfahrungen unterstützen die Ansicht von der Gefährlichkeit der Fluorsalze. Neuerdings wird in der Schweiz von Massenerkrankungen nach dem Genuss von neuem Wein berichtet, der Natriumfluorid als Konservirungsmittel enthält.

6. Salizylsäure und deren Salze.

Die Salizylsäure wird zur Haltbarmachung der verschiedensten Lebensmittel gebraucht. Doch gilt auch heute noch, was in den technischen Erläuterungen zu dem Gesetze vom Jahre 1892, betreffend den Verkehr mit Wein ausgeführt worden ist, dass die Salizylsäure kein ganz unschädliches Mittel ist, besonders für Kinder, Kranke und Erwachsene. Sie ist zwar nicht schwer giftig und in verdünnten Lösungen nicht eigentlich reizend, doch sicher nicht unschädlich wegen ihrer erwiesenen schädlichen Wirkung auf die Nieren.

Auch ist ihre antiseptische Kraft gering, so dass der Zusatz immer neuerer Mengen von Salizylsäure nöthig wird.

7. Chlorsaure Salze.

Die chlorsauren Salze, deren Verwendung zum Konserviren von Nahrungsmitteln noch nicht sicher nachgewiesen ist, aber als möglich bezeichnet werden muss, sind in mittleren und grossen Gaben so ausgesprochen giftig, dass die Möglichkeit der Anwendung selbst kleinerer Mengen dieser Salze zu Konservirungszwecken von vornherein verhütet werden muss.

8. Farbstoffe und Farbzubereitungen jeder Art.

Für die Wurstfärbung sind neben Karmin noch verschiedene Theerfarbstoffe in Verwendung. Wenn auch Karmin und chemisch reines Fuchsin nicht gesundheitsschädlich ist, so gilt das nicht ohne weiteres von den andern Farbstoffen. Sämmtliche zum Färben von Fleisch, insbesondere von Wurst benutzten Stoffe sind aber geeignet, durch Verdecken der grauen Farbe über das Alter der Wurst zu täuschen und minderwerthiger Waare den Anschein vollwerthiger zu geben.

Wie Farbstoffe zum Weine verboten sind, weil man die Wirkung vieler Theerfarbstoffe auf den Organismus noch gar nicht kennt und fortwährend neue entdeckt werden, so ist auch das Verbot von Farbstoffen zu Fleisch ein gesundheitliches Erforderniss. Gegen das Färben der Wursthüllen, wie es in einigen Theilen von Deutschland seit lange geübt wird, mit Farben, welche von den natürlichen Fleischfarben abweichen, ist nichts einzuwenden, wenn unschädliche Farben zur Verwendung kommen, da die Wursthüllen nicht gegessen werden. Eine Täuschung über den Inhalt kann jedoch vorliegen, wenn durch das Färben der Därme mit hellrother oder braunrother Farbe eine frischere Beschaffenheit oder eine längere Räucherung vorgespiegelt wird. Doch wird auch berichtet, dass durch die gefärbten Därme eine Färbung der unter der Haut liegenden Wurstmasse bedingt wird.

Die Gelbfärbung der Margarine ist erlaubt und liegt keine Veranlassung dafür vor, jetzt ein solches Verbot auszusprechen.

Soweit die technische Begründung; in ihrem allgemeinen Theil entwickelt sie Gesichtspunkte, denen jeder gerichtsärztliche Sachverständige fast ohne Einschränkung zustimmen wird. Ueber den besonderen Theil dagegen werden nicht immer übereinstimmende Ansichten herrschen. Ich möchte hier dem, was über die schwefligsauren Salze gesagt wird, eigene Versuche und Erfahrungen mit Präservesalz gegenüberstellen, dessen Hauptbestandtheil schwefligsaures Natrium war.

Der Fleischer setzt seinem Hackfleisch gern Präservesalz zu, weil es fäulnisshemmend wirkt und die natürliche Farbe des Fleisches längere Zeit schön fleischroth erhält, während sonst beim gehackten Rindfleisch ein Farbenwechsel von fleischroth in grauroth nach wenigen Stunden eintritt.

Da der Fleischer weiss, dass Zusatz von Präservesalz nicht erlaubt ist, so macht er daraus ein grosses Geheimniss, ebenso hält er auch geheim, woher er sein Präservesalz bezieht. Er entnimmt es nicht einer Drogenhandlung oder einer Apotheke, sondern Handlungen, die speziell Artikel führen, die er für sein

Fleischergewerbe braucht. Und auch diese Handlungen geben nicht gern das Salz an Uneingeweihte ab. Als mir z. B. ein Fleischer seine Bezugsquelle genannt hatte, bekam ich dort das Gewünschte nicht; der Ladeninhaber erklärte mir, er habe früher das Präservesalz geführt, um aber Scherereien mit der Polizeibehörde zu vermeiden, habe er es abgeschafft. Ich erhielt es dann in einem anderen Laden, der sich Darm-, Leber- und Gewürzhandlung nannte; in einer grösseren Drogerie fragte ich vergeblich an, auch kannte der Drogist anscheinend das Präservesalz nicht, da er mir nicht einmal den Preis desselben angeben konnte. Was ich hier anführe gilt für Magdeburg, doch glaube ich, dass es in anderen Städten ebenso sein wird. Hundert Kilogramm Präservesalz kosten im Grosshandel 28 bis 30 Mark, im Kleinhandel wird es in Kilogrammpacketen und zwar das Kilogramm zu 50 Pfennigen abgegeben. Das Salz ist ähnlich wie Wundwatte verpackt, nämlich in einem Papierbeutel von Wachspapier, um welchen sich noch ein Pappekarton befindet. Das Salz schmeckt widerlich und schlecht, genau so wie ein Schwefelholz riecht, wenn man dasselbe abbrennt; es bildet sich hier schweflige Säure, und diese ist der Hauptbestandtheil des Präservesalzes. Seinem Aussehen nach ist es ein gröbliches krystallinisches Pulver von weisser Farbe. Auf den mir vorliegendem Packet stand:

„Gebrauchs-Anweisung: Auf je 5 Kilo Hackfleisch oder Wurstmasse verwendet man 5 Gramm Meat preserve Krystall. Das Konservirungsmittel wird vor dem Feinwiegen zugesetzt.

Grössere Fleischsstücken werden äusserlich mit Meat preserve Krystall eingerieben.

In einem kühlen Raume aufzubewahren.

Nach Gutachten vereidigter Chemiker und Sachverständiger bei den Königl. Gerichten ist Meat preserve Krystall der Gesundheit nicht nachtheilig bei Verwendung laut Gebrauchsanweisung."

Ich führe das alles an, weil in Gerichtsverhandlungen es häufig wichtig ist, so etwas zu wissen. In einer Verhandlung wurde es dem Fleischermeister vom Richter zum Vorwurf gemacht, weil er das Mittel vor dem Feinwiegen zugesetzt hatte, und gerade so schreibt es die Gebrauchsanweisung vor. Der Richter nahm an, dass das Salz so ungleich vertheilt sein müsse, während es nachher gleichmässiger mit der feingehackten Fleischmasse gemischt werden könne. Nun zu meinen Versuch:

Ich liess mir dazu vom Fleischer ein Pfund knochenfreies Rindfleisch, schieres Fleisch ist der hiesige Kunstausdruck, kommen und daraus in meiner Häuslichkeit Hackfleisch herstellen. Ich war auf solche Weise sicher, dass bisher kein Präservesalz zugesetzt war. Das Hackfleisch vertheilte ich auf 4 verdeckte Teller zu je ein Viertelpfund; das Zudecken ist nöthig, weil das Fleisch in so kleinen Mengen sonst vertrocknet. Dem Hackfleisch auf zwei Tellern setzte ich je $^1/_4$ gr. Präservesalz zu. Jetzt stellte ich einen Teller, auf welchem Hackfleisch mit Präservesalz sich befand und einem Teller ohne dieses Salz in meinem warmen Zimmer auf, die beiden anderen Teller in der kühlen Speisekammer. Der Versuch ist Anfang Februar d. J. gemacht worden und zwar Vormittags 11 Uhr. Schon nach 4 Stunden zeigte das Fleisch ohne Präservesalz im warmen Zimmer eine deutliche Farbeveränderung in's Graurothe, Nachmittags um 5 Uhr, also nach 6 Stunden, war es ein deutliches Graurothbraun, während das Fleisch mit Präservesalz sich die 6 Stunden im warmen Zimmer gut gehalten hatte, ebenso die beiden anderen Teller in der kalten Speisekammer. Ich setzte jetzt dem graurothbraun gewordenen Hack-

fleisch 1/4 gr. Präservesalz zu, es gelang hierdurch nicht, die graurothbraune Farbe wieder in eine frischrothe überzuführen oder überhaupt nur eine Farbeveränderung zu erzielen. Es bewahrheitete sich also der Satz nicht: „Hackfleisch könne man beim Beginn des Zersetzungsprozesses durch Zusatz von Präservesalz wieder frisch machen."

Kostet man das eben mit Präservesalz vermischte Hackfleisch, so schmeckt man deutlich die schweflige Säure, man hat den Geschmack auf der Zunge nach verbrannten Schwefelhölzern. Bei dem Fleisch, das sechs Stunden mit Präservesalz vermischt gestanden hatte, war dieser schweflige Geschmack weniger stark. Setzte man dem Fleisch Kochsalz und reichlich Pfeffer zu, so gelang es, den Geschmack nach schwefliger Säure zu verdecken. 50 gr. des anfangs mit Präservesalz behandelten Hackfleisches behielt ich zurück zu weiteren Versuchen, die anderen 200 gr., die fast 1/2 gr. Präservesalz enthielten, ass ich als Belag von Buttersemmel und Butterbrod zum Abendessen auf. Dieses Essen ist mir gut bekommen, es entstand kein Aufstossen nach schwefliger Säure, obwohl man doch glauben konnte, dass die Salzsäure des Magens die schweflige Säure frei machen oder irgend welche Magenbeschwerden oder Erscheinungen von Seiten des Darmes herbeiführen sollte. Nur hatte ich wenige Male auf Augenblicke den Geschmack von schwefliger Säure im Munde. Ich führe das auf meine hohlen Zähne zurück, in denen möglicher Weise kleine Reste des Fleisches und Salzes geblieben waren. Ich habe die Nacht auch gut wie immer geschlafen. Am nächsten Morgen 9 Uhr, also nach 22 Stunden, wiesen die übrigen Hackfleischproben folgende Veränderungen auf: Am besten sah das mit Präservesalz gemischte, von vornherein im kühlen Raum aufbewahrte Hackfleisch aus, es war noch roth, aber nicht mehr schön roth; die 50 gr. von dem im warmen Zimmer aufbewahrten Fleisch zeigten einen Stich in's graurothe, das kühl aufbewahrte Hackfleisch ohne Präservesalzzusatz sah graubraun aus. Dieses letztere Fleisch mischte ich nun mit dem doppelten und zuletzt mit dem dreifachen Präservesalzzusatz, also 3/4 gr., es gelang mir aber nicht, trotz dieser Mengen von schwefliger Säure, eine schön rothe Farbe oder überhaupt eine nennenswerthe Farbeänderung zu erzielen. Bemerken will ich hier aber, dass nach meiner Meinung, bei den Fleischern das übrige mit Präservesalz versetzte Hackfleisch des vorigen Tages mit dem neu gehackten und mit Präservesalz versetzten Hackfleisch vermischt wird, um nichts umkommen zu lassen. Dieses Thun wird ihnen aber von keinem Sachverständigen nachgewiesen werden können.

Ich selbst mischte nun meine Hackfleischmengen, die über ein Gramm Präservesalz enthielten und ass sie zum Frühstück als Belag von Butterbrod. Auch dieses Mal hatte ich keine Beschwerden, doch gebe ich zu, dass manche Menschen besonders empfindlich sind gegen schweflige Säure, besonders die Rheinländer. Das Präservesalz hatte ich vorher chemisch untersuchen lassen, es enthielt 0,27 schweflige Säure, auf das Gramm also 27 %.

Bei den Gerichtsverhandlungen spricht der Chemiker in der Regel von Gehalt des Hackfleisches an schwefliger Säure; der Richter, dem die chemischen Kenntnisse meist abgehen, ist dann erstaunt, dass der ärztliche Sachverständige von Präservesalz spricht und etwa die vierfachen Mengen angiebt; man muss daher den Richter darauf aufmerksam machen, dass schweflige Säure und Präservesalz nicht dasselbe sind, und dass man den Werth der schwefligen Säure mit 4 zu multiplizieren hat, wenn man den Gehalt an Präservesalz nennen will.

Eine weitere unrichtige Angabe in der Denkschrift des Reichsgesundheitsamtes über Hackfleisch, die in kurzen Worten in der jetzigen technischen Begründung wiederkehrt, ist im folgenden Satz enthalten:

„Bekanntlich wird der Genuss von Hack- und Schabefleisch von den Aersten mit Vorliebe Kranken und Rekonvalescenten, also Personen, deren Verdauungsorgane sich im geschwächten Zustande befinden, als Nahrungsmittel empfohlen. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass für solche Menschen der Genuss eines mit schwefligsauren Salzen auch nur in geringer Menge versetzten Fleisches von schädlichen Folgen begleitet sein kann."

Ich bin viele Jahre praktischer Arzt gewesen, es ist aber nie vorgekommen, dass ich zu den Angehörigen eines Kranken oder Rekonvaleszenten gesagt hätte: „Kaufen Sie beim Fleischer Hackfleisch, und dass soll der Kranke essen.“ Sondern stets: „Kaufen Sie ein Stück vom besten Rindfleisch und schaben Sie es zu Haus dem Kranken fein.“ Ich habe auch andere Kollegen gefragt und bin zu dem Ergebniss gekommen, sie machen es alle so, wie ich es verordnet habe. Auch die leitenden Aerzte der grossen Krankenhäuser haben mir versichert, dass die Verordnung im Krankenhause ebenso erlassen wird.

Dass aber das Publikum selbst hin und wieder Hackfleisch mit Präservesalz haben will, dafür kann ich auch ein Beispiel angeben. In diesem Sommer hatte ich in einer Arbeiterfamilie in Sudenburg bei Magdeburg zu thun. Ich kam des Nachmittags hin und sah Hackfleisch stehen, das mir durch seine schöne, fleischrothe Farbe auffiel. Ich machte die Frau darauf aufmerksam, dass zu dem Fleisch wahrscheinlich Präservesalz zugesetzt wäre und deshalb die dauerhafte fleischrothe Farbe hätte. Das mag wohl sein, sagte die Frau, ich würde aber anderes Hackfleisch nicht gebrauchen können. Mein Mann kommt Abends aus der Fabrik nach Haus, hat noch nicht zu Mittag gegessen und isst dann am liebsten ein Viertel Gehacktes. Ich hole das Fleisch schon Nachmittags, wo ich gerade von meinen vier kleinen Kindern fortkann, wenn das Fleisch dann bis zum Abend grau würde, würde es mein Mann nicht essen wollen.“

Weiter wird den Fleischern zum Vorwurf gemacht, dass sie das Präservesalz nicht genau abwiegen; sie benutzen die Waage meist garnicht, sondern begnügen sich mit dem Augenmass. Auch hierfür kann ich den Grund angeben: Die Fleischer haben nämlich weder Waage, noch Gewichte, die dazu fein genug wären. Zum Versuch ging ich in einen grösseren Fleischerladen und forderte zwei Gramm Fleisch. Das kleinste Gewicht, das vorhanden war, bestand in einem Fünfgramm-Stück. Auf Anfrage beim hiesigen Königlichen Polizeipräsidium, ob ein Fleischer in seinem Laden nicht feinere Gewichteführen müsse, erhielt ich zur Antwort: „Bestimmungen, wonach in den Fleischerläden kleinere Gewichte als ein Fünfgrammstück geführt werden müssen, bestehen in Magdeburg nicht.“

Der Fleischer setzt einer Menge von 30 Pfund Fleisch, die er zu Hackfleisch verarbeiten will, soviel Präservesalz hinzu, wie er zwischen drei Fingern greifen kann. Es waren vom Chemiker auf das Pfund Fleisch 0,7 Gramm Präservesalz gefunden worden, demnach waren auf 30 Pfund 21 Gramm verwandt worden. Mit dem, was er zwischen drei Fingern greifen kann, meint der Fleischer nicht die Fingerspitzen, sondern die halbe Hand. Ich selbst greife so mit meiner halben Hand, wie ich ausgewogen habe, 15 Gramm, es ist daher wohl der Wahrheit entsprechend, dass der Fleischer mit seiner grösseren Arbeitshand 21 Gramm fassen wird. Diese halbe Hand voll setzt er aber ebensogut einer Masse zu von 40 Pfund Fleisch wie einer Masse von 20 Pfund,

daher die Ungleichheit des Gehaltes an Präservesalz bei den einzelnen chemischen Untersuchungen. Der Fleischer setzt stets etwa gleichviel zu, mag es sich um eine grössere oder geringere Menge Fleisch handeln. Er ist vom Pökeln her an grosse Mengen Salz gewöhnt, so kommt ihm der Zusatz von einer halben Hand voll recht wenig vor. Das Unglück ist, dass das Präservesalz so billig ist, denn 20 Gramm kosten genau einen Pfennig.

Wird das Hackfleisch durch Präservezusatz besser, da es so den Vortheil auch für das Publikum hat, seine schöne Farbe länger zu behalten? Es ist das dieselbe Frage, ob der Kaffee durch Zusatz von Zichorien besser wird, er erhält doch dadurch auch die schöne Kaffeefarbe. Nach meiner Meinung wird der Kaffee durch Zichorienzusatz schlechter, denn an der Farbe liegt mir nichts, sondern an einem schmackhaften Kaffee. Dabei schmeckt die Zichorie noch lange nicht ekelhaft. Dem Fleisch aber der Farbe wegen ein Salz zuzusetzen, das nach brennenden Schwefelhölzern schmeckt, ist ein Unding und keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung des Fleisches. Daher ist das Verbot der schwefligen Säure und deren Salze zu Fleischwaaren mit Freuden zu begrüssen.

Ist so allen Fleischern der Zusatz von chemischen Mitteln verboten, so wird auch das Publikum bald einsehen lernen, dass es auf die Farbe des Hackfleisches weniger ankommt, als auf den Geruch und den Geschmack.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die XVI. Versammlung der Medizinal-Beamten des Regierungsbezirks Merseburg in Halle a. S. am 15. Mai 1902.

An der Versammlung nahmen unter dem Vorsitz des Reg.- und Med.-Raths Dr. Penkert theil 13 Kreisärzte des Bezirkes, der Gerichtsarzt von Halle a. S. und 2 pro physicatu geprüfte Aerzte.

Der Vorsitzende eröffnete die Sitzung mit **geschäftlichen Mittheilungen**; unter andern theilte er mit, dass in Anlehnung an das hygienische Institut in Halle eine Desinfektorenschule zur praktischen und theoretischen Ausbildung von Desinfektoren errichtet werden solle. Ferner ersuchte er die Kreisärzte, darauf zu halten, dass die durch die Regierungsverfügung vom 24. April 1899 vorgeschriebene prozentuelle Berechnung der Impferfolge von den sämmtlichen Impfärzten eingereicht werde; im vorigen Jahre hätten wieder mehrfach diese Uebersichten gefehlt, dieselben seien aber nöthig, um einigermassen eine Kontrole über die Thätigkeit der einzelnen Impfärzte zu haben. Er forderte weiterhin auf, bei den Kreisbehörden dahin zu wirken, dass nicht sogleich jeder sich niederlassende Arzt als Impfarzt angestellt würde; die Impfung sei eine sanitätspolizeiliche Massregel und daher eine sorgfältige Auswahl der Impfärzte durchaus am Platze. Diese Mittheilung rief eine kurze Diskussion hervor, in der übereinstimmend die Fassung des §. 87, Abs. 1 der Dienstanweisung als unzureichend bezeichnet wurde, da in sämmtlichen Kreisen des Bezirkes der Kreisarzt an der Impfung betheiligt sei, mithin das Impfgeschäft nicht beaufsichtigen könne, der Regierungs- und Medizinalrath aber bei seinen zahlreichen übrigen Geschäften gar nicht in der Lage sei, in den wenigen Wochen von Anfang Mai bis Mitte Juni, in denen sich erfahrungsgemäss das ganze Impfgeschäft zusammendränge, genügend oft an den Impfterminen theilzunehmen. Besonders Geh. Med.-Rath Dr. Risel, zugleich Direktor der Impfstoffgewinnungsanstalt Halle a. S., hält nach seinen Er-

fahrungen eine häufigere Kontrole der Impftermine als bisher für durchaus erforderlich und begründet seine Forderung mit verschiedenen Vorkommnissen des letzten Jahres.

Hierauf wurde vom Vorsitzenden über die seit der letzten Versammlung ergangenen Verfügungen und Verordnungen referirt. Zu dem Erlass des Herrn Justizministers vom 25. Januar 1902, betreffend Zuziehung eines benachbarten Kreisarztes als zweiten Obduzenten äussert sich Kollege Fielitz, dass er für seine Person, obwohl dieser Erlass durch eine Petition des Vorstandes des Preussischen Medizinalbeamtenvereins angeregt sei, generell die Zuziehung eines benachbarten Kreisarztes nicht als zweckmässig ansehen könne. Viele von den Kreisärzten seien jetzt so beschäftigt, dass sie bei Wahrnehmung von Obduktionsterminen in anderen Kreisen, zumal in abgelegenen Gegenden, viel zu viel Zeit für ihren eigenen Bezirk verlören. Ausserdem könne älteren Kreisärzten nicht zugemuthet werden, dass sie in anderen Kreisen als zweite Obduzenten gewissermassen unter der Direktion eines vielleicht viel jüngeren Kollegen ständen. Er empfiehlt daher, im Regierungsbezirk als zweiten Obduzenten den Königlichen Gerichtsarzt zu Halle zuzuziehen, der am geeignetesten dazu sei und sich auch bereit erklärt habe. Von verschiedenen Seiten wird den Ausführungen des Kollegen Fielitz beigestimmt, unter anderen auch von Risel, der besonders die Vortheile betont, die aus der Zuziehung des Gerichtsarztes sowohl für die gerichtsärztliche Praxis, wie für die Wissenschaft zu erhoffen seien. Da aber bezweifelt wird, ob sich die Zuziehung des Gerichtsarztes überall wegen der Kosten ermöglichen lassen werde, auch ein grosser Theil des Regierungsbezirks gar nicht zum Landgericht Halle gehöre, einigt man sich schliesslich dahin, die Zuziehung des Gerichtsarztes zu Halle wenigstens den in der nächsten Umgebung dieser Stadt gelegenen Gerichtsbehörden zu empfehlen.

Nach Erledigung der erlassenen Verfügungen wurde die **Rechnungslegung** über das abgelaufene Jahr gegeben, der Kassenführer entlastet und ein Beitrag für das laufende Jahr beschlossen.

Sodann hielt Kollege Geisler-Torgau seinen Vortrag über **Ortsbesichtigungen einschliesslich der Schulbesichtigungen.**

Er führte in der Einleitung aus, dass jetzt zu den wichtigsten Aufgaben des Kreisarztes auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege die Ausführung der Ortsbesichtigungen gehöre, über deren Werth allerdings zur Zeit die Ansichten noch getheilt seien. Einerseits sei man wenig geneigt, einen wesentlichen Erfolg davon zu erhoffen, weil Publikum und Gemeinden theils aus pekuniären, theils aus anderen Gründen den Belehrungen des Kreisarztes wenig Gehör schenken würden, und weil auch die Polizeibehörde nicht immer eine gesetzliche Handhabe zur Abstellung der festgestellten Mängel habe, anderseits setze man gerade die gröste Hoffnung in sanitärer Hinsicht auf die periodischen Besichtigungen der Ortschaften.

Die Ortsbesichtigung solle, wenigstens in den Ortschaften mit Schule, Vormittags mit der Revision der Schule beginnen, da man dann sicher sei, sämmtliche Abtheilungen der Schüler zugleich oder wenigstens unmittelbar hintereinander in der Schule zu treffen.

Die **Revision der Schule** müsse als einer der Hauptpunkte bei den Ortsbesichtigungen angesehen werden. Referent bespricht an der Hand des Schemas der Dienstanweisung die Vorschriften des Ministerialerlasses vom 15. November 1895, welche massgebend für die hygienischen Einrichtungen des Schulgehöftes und hinreichend bekannt sind, so dass sie hier nicht nochmals wiederholt zu werden brauchen; er geht hierbei auf einzelne Punkte näher ein, die für die Besichtigung von Wichtigkeit sind. Zu Punkt 1 des Schemas hält er eine Untersuchung des Bodens bei Neubauten nicht für erforderlich, doch müsse man in Rücksicht auf die bekannte Schädlichkeit feuchten Untergrundes auf jeden Fall aus der Feststellung des Wasserspiegels benachbarter Brunnen und aus sonstigen Wahrnehmungen und Mittheilungen ein ungefähres Bild über die Höhe des Grundwassers zu gewinnen suchen, dessen höchster Stand nach dem angeführten Ministerialerlasse mindestens 50 cm unter der Bodenoberfläche der Baustelle liegen soll.

Auch über die Grösse der Schulanlage verlangt das Schema eine bestimmte Angabe. Um einen zweckmässigen Abstand der verschiedenen zur

Schule gehörigen Gebäude, Wirthschaftsanlagen, Aborte etc. zu erzielen, seien pro Kind einschliesslich der in dem Ministerialerlass geforderten 8 qm Spiel- und Turnraum 10 qm Grundfläche unter gewöhnlichen Verhältnissen zu fordern. Im Uebrigen sei natürlich die Grösse des Schulgebäudes selbst je nach Zahl der Schulkinder, Klassen, Lehrerwohnungen etc. grossen Schwankungen unterworfen.

Zum zweiten Punkt des Schemas sei für die Beurtheilung der Frage, ob die Wände massiv oder von Fachwerk sein sollten, weniger wohl die behauptete, aber noch nicht sicher bewiesene grössere Ventilationsfähigkeit der Fachwerkmauern, als vielmehr die Thatsache massgebend, dass die Temperatur im Innern eines Massivbaues nicht so jähen Schwankungen unterworfen sei, wie bei Fachwerkbauten; im Uebrigen müsse bei Verwendung der Materialien den örtlichen Verhältnissen Rechnung getragen werden, wie dies auch die Ministerialverfügung zulasse.

Gegen durchdringende Schlagregen gewähre die Verwendung gebrannter Ziegelsteine in Wanddicke von 40 cm = 1½ Steinschicht Garantie.

Zu Punkt 3 des Schemas übergehend giebt Referent zunächst die in der Ministerialverfügung vorgeschriebene Abmessung der Plätze und des Zimmers, und den dadurch bedingten Luftkubus für jeden Schüler wieder und erwähnt, dass den Schulkindern das Lesen von Buchstaben an der Wandtafel, d. h. von rund 4 cm hoher kräftiger Schrift etwa bis zu 9 m Entfernung möglich sein müsse, und deshalb die Länge des Schulzimmers nicht über 9 bis 9,70 m hinaus gehen dürfe und anderseits, dass wegen des Erfordernisses guter Beleuchtung der am weitesten von den Fenstern entfernten Plätze nur eine Breite von 6 bis 6,50 m zulässig sei. Dann wendet er sich der Besprechung der Beleuchtung zu; dieselbe dürfe aus bekannten Gründen nicht zu gering sein, anderseits aber müsse doch auch vor grellem Sonnenlicht und vor dem von glänzenden Flächen reflektirten Licht gewarnt werden. Bei diffusem Licht könne dagegen ein Uebermass von Licht nicht hervorgerufen werden. Zur Messung der verschiedenen Beleuchtungsintensitäten diene als Lichteinheit die englische Wallrathkerze und die deutsche Vereinsparaffinkerze, welche je eine Normalkerze darstellen; die Helligkeit, welche eine solche Normalkerze auf einer 1 m entfernten weissen Fläche hervorbringe, nenne man bekanntlich Meterkerze. Cohn-Breslau halte zum normalen Sehen 50 Meterkerzen-Helligkeit für erforderlich. Zur Messung der Helligkeit in objektiver Weise gäbe es nach Cohn 4 Untersuchungsmethoden:

1. die allgemeine Lichtschätzung, wobei Höhe und Breite der Fenster, Höhe, Breite und Länge des Zimmers, Himmelsrichtung der Fenster und insbesondere das Verhältniss der Fensterfläche zur Bodenfläche gemessen wird;
2. die physikalische Methode mittelst des Photometers, die für den Medizinalbeamten wegen des Kostenpunktes ausscheidet;
3. die Methode der Raumwinkelmessung mittelst des Weber'schen Instrumentes, eine sehr mühsame Arbeit;
4. die okulistische Methode mittels des Cohn'schen Apparates, der von Förster als ein Ermüdungsapparat bezeichnet wird.

In der letzten Zeit sei dazu noch eine neue Methode von Baurath Wingen gekommen, welche als eine photochemische [1]) bezeichnet werden könne und darauf beruhe, dass mit Chlorsilber behandeltes Papier, wie es in der Photographie benutzt werde, sogen. Aristopapier ¾ Stunden lang auf die einzelnen Plätze einer Klasse ausgelegt werde, das sich je nach der Intensität der Belichtung mehr oder weniger bräune. Habe man nun ein solches Papier,

---

[1]) Deutsche Medizinische Wochenschrift; 1902, Nr. 5 und 6. In derselben Wochenschrift, 1902, Nr. 19, ist von Baurath Wingen noch ein zweites Verfahren zur Beleuchtungsprüfung angegeben worden. Dasselbe besteht darin, dass in einem geschlossenen Kasten eine Benzinflamme mit 50 Meterkerzen-Helligkeit ein Papier beleuchtet. Dicht daneben, aber auf der äusseren Seite des Kastens befindet sich ein zweites gleiches Papier, welches vom Tageslicht beleuchtet wird. Man sieht dann durch zwei über den Papieren angebrachte rothe Gläser auf dieselben und kann mit einem Blick erkennen, ob das äussere Papier heller oder dunkler als das innere ist, d. h. mehr oder weniger Beleuchtung als 50 Meterkerzen hat.

bei genau 50 meterkerzen Lichtintensität hergestellt, als Normalpapier zur Hand, so könne man sofort durch Vergleich der ausgelegten Papiere mit dem Normalpapier erkennen, ob ein Platz mehr oder weniger als 50 Meterkerzen Beleuchtung habe. Die Papiere könnten auf dem gewöhnlichen photographischen Wege entwickelt und fixirt und auf einen Orientirungsplan der Klasse geklebt werden, so dass man in objektiver Weise die Beleuchtung jedes einzelnen Platzes demonstriren könne. Vortragender empfiehlt auf Grund eigener Versuche diese Methode; wer jedoch dieselbe nicht anwende, möge sich einstweilen an die allgemeine Lichtschätzung und die ministeriellen Vorschriften halten, wonach die Fensterfläche den fünften Theil der Bodenfläche des Schulzimmers betragen solle und die Fenster auf der linken Seite der Schüler so angelegt sein sollen, dass sich zwischen ihnen nur 1,20 m breite Pfeiler befinden sollen.

Für die Frage der Beleuchtung sei ferner die ganze Konstruktion der Fenster und ihre Lage nach der Himmelsrichtung wichtig. Die Ansichten der Schulhygieniker gingen darüber noch auseinander; neben der Richtung nach S. und SO. werde eine solche nach NO. und W. bevorzugt. Letztere Richtung sei bekanntlich in dem ministeriellen Erlass empfohlen und daneben noch die Lage nach S. erlaubt. Gegen das bei solchen Lagen etwa belästigende direkte Sonnenlicht seien weisse Shirtingvorhänge, aber nicht Drellvorhänge zu benutzen, die nach einer Seite hin zu ziehen seien, eine Einrichtung die sich nach den Erfahrungen der Schulärzte bewährt habe.

Endlich käme bei der Belichtung des Schulzimmers auch noch der Anstrich der Wände in Betracht; am besten seien hellgraue Farben zu wählen. Empfehlenswerth seien in erster Linie Leimfarben, nach Epidemien Kalkanstriche, die aber leicht stäubten und sich schnell abnutzten. In letzter Zeit wurden Lackdauerfarben, Porzellan-, Emaille-, namentlich deutsche Emaillefarben bevorzugt, da die mit ihnen gestrichenen Wände nicht nur mit Wasser, sondern auch mit Karbollösung gereinigt werden können; solch fester Farbenanstrich eigne sich gerade zum Schutze für den unteren Theil der Wände gegen Verunreinigungen etc. besser als ein Holzpaneel, hinter dem sich leicht Schmutz und Ungeziefer ansammele.

Vortragender kommt dann auf Heizung und Ventilation zu sprechen. Er empfiehlt sehr die Mantelöfen aus der Käuffer'schen Fabrik zu Mainz, welche auch von der Königlichen Regierung zu Merseburg eine Empfehlung erhalten haben. Diesen Oefen aus den Kanälen unter dem Fussboden Luft zuzuführen, sei jedoch verboten. Zur Kontrole der Temperatur sei es bei Heizung von aussen sehr zweckmässig, ein Thermometer in einer durch Glasfenster verschlossenen Nische der Wand für den Schuldiener anzubringen. Abgesehen von der nach der Ministerialverordnung zu fordernden Ventilationsanlage neben dem Rauchrohr, sei auch bei alten Schulen darauf zu dringen, dass die Oberfenster in zweckmässiger Weise zur Ventilation eingerichtet würden. Zu Luftprüfungen sei der kleine Wolpert'sche Apparat sehr zweckmässig. Endlich käme noch zu Punkt 3 des Schemas der Fussboden in Betracht, der dicht gefugt und luftundurchlässig sein müsse. Gegen die Staubentwickelung, die ständige Klage der Lehrer, die in erster Linie durch den an den Füssen haftenden Schmutz erzeugt würde, seien zunächst Reinigungsvorrichtungen vor den Zimmern anzubringen, auf deren Benutzung durch die Kinder energisch zu halten sei; sodann seien die Dielen selbst mit einem Oelanstrich zu überziehen. In der letzten Zeit würde besonders warm zum Binden und zur Unschädlichmachung des Staubes das sogen. Dustless-Oel oder das gleichwerthige deutsche Fussbodenöl angepriesen.

Zu den wichtigst n Aufgaben des Kreisarztes bei den Schulrevisionen gehöre die Besichtigung der Subsellien, die leider nach Erfahrungen des Vortragenden oft sehr viel zu wünschen übrig liessen. Zunächst sei es selbstverständlich, dass die Aufstellung der Bänke derart geschehen müsse, dass das Licht von links einfalle. Sodann verbreitet sich Vortragender des Näheren über die gegenseitigen Abmessungen der einzelnen Theile der Bänke (Pulthöhe, Distanz etc.) und über einzelne empfehlenswerthe Banksysteme und kommt dabei schliesslich zu dem Resultate, dass die Plusdistanz bei dem neuesten Subsellien (mit beweglichen Sitzen Ref.) mit Recht aufgegeben sei, dass aber von den beweglichen und leicht verstellbaren Bänken auf dem Lande

im Allgemeinen abzurathen sein dürfte. Im Uebrigen seien die Subsellien in der Weise einzurichten, dass die Tiefe resp. Breite eines Sitzes $^1/_5$, die Höhe $^2/_7$ der senkrechte Unterschied zwischen Pulthöhe und Sitzhöhe $^4/_{21}$ der durchschnittlichen Körperlänge der Kinder betrüge. Nach diesen Anhaltspunkten könne man die Bankabmessungen konstruiren.[1])

Zu Nr. 6 des Schemas wünscht Vortragender die Aufbewahrung der Mäntel etc. der Schulkinder auf den Vorplatz und die Korridore verwiesen zu sehen. Bezüglich dieses letzteren und der Treppen hält er sich an die ministeriellen Vorschriften.

Bezüglich des nächsten Punktes des Schemas (Nr. 7) erwähnt er, dass die meisten Klagen in den Turnhallen sich auf die übermässige Staubentwicklung bezögen, gegen welche der Sprengapparat von Winckler oder die Kehrmaschine von Dietrich und Hannack-Chemnitz zu empfehlen sei.

Zu Absatz 8, Aborte und Pissoire giebt er die Vorschriften des Ministerialerlasses vom 15. November 1895 über diese Anlagen wieder.

Nachdem er noch die hygienische Anlage des Brunnens und die Badeeinrichtungen besprochen hat, geht er über zu der Untersuchung der Schulkinder, von der die letzten beiden Punkte des Schemas handeln und theilt folgenden Modus mit, den er bisher innegehalten und als zweckmässig erprobt habe. Nach Betreten des Schulzimmers prüft er zunächst in Klassen, welche durch ihre schlechte Luft auffallen, mit dem Wolpert'schen Luftprüfer die Luft auf ihren Gehalt an Kohlensäure. Dann zieht er Erkundigungen bei dem Lehrer über den allgemeinen Gesundheitszustand der Kinder ein und lässt sich diejenigen bezeichnen, welche durch Krankheitsanlage, Myopie, Schwerhörigkeit etc. aufgefallen sind. Alsdann prüft er mit Snellen'schen Tafeln die Sehschärfe und zwar aller Kinder und bemerkt, dass diese Prozedur, wenn man mit den grösseren, intelligenteren Kindern beginne, nur geringe Zeit in Anspruch nehme. Darauf wird die Hörfähigkeit der Kinder mittelst Anwendung der Flüstersprache geprüft, wobei man ebenfalls mit den grösseren beginnen muss, um nicht zu viel Zeit mit Instruirung der kleineren Kinder zu verlieren. Verhält sich bei diesen allgemeinen Untersuchungen ein Kind auffallend, so wird es zur eingehenderen Untersuchung zurückgestellt. Darauf erfolgt die Untersuchung auf Ernährungs- und allgemeinen Gesundheitszustand, wobei auch auf Reinlichkeit an Körper und Kleidern zu achten ist. Die Kinder müssen zu diesem Zwecke aus der Bank heraus an den besichtigenden Kreisarzt einzeln vorübergehen. Eine Entkleidung der Kinder hält Vortragender im allgemeinen nicht für erforderlich, sondern nur dann, wenn ein Kind bezüglich seines Gesundheitszustandes irgendwie auffällt. Eine derartige eingehende Nachuntersuchung solle mit der nöthigen Schonung und nicht in Gegenwart der übrigen Kinder vorgenommen werden. Das Resultat der einzelnen Untersuchungen sei dann, wie es jetzt schon bei den Schulärzten geschehe, mit gut, mittel und schlecht zu bezeichnen, und es sei wünschenswerth, dass diese einheitliche Bezeichnung überall eingeführt werde.

Nach Vollendung der allgemeinen Untersuchung würden dann die Nachprüfungen der einstweilen zurückgestellten Kinder vorgenommen, wobei noch besondere Beachtung den etwa geistig beschränkten zuzuwenden sei, über die auch eingehende Besprechung mit dem Lehrer stattfinden müsse. Der Untersuchung der Kinder folge dann die Revision der Klasse und des Gebäudes nebst Anlagen nach den oben mitgetheilten Grundsätzen.

Nachdem Vortragender alsdann noch die Frage der Schulärzte gestreift, geht er zum zweiten Theile seines Themas, den allgemeinen Ortsbesichtigungen über, wobei er sich auch wieder an das Schema der Dienstanweisung hält, und vor allen Dingen die praktische Seite der Ortsbesichtigungen und den Weg skizziren will, den der Kreisarzt bei dieser Thätigkeit zu gehen hat.

Zunächst müsse man sich beim Gemeindevorsteher bezw. bei der Ortspolizeibehörde nach etwaigen aus der Gemeinde laut gewordenen Klagen über sanitäre Missstände erkundigen sowie, um unnöthige Wege zu sparen, nach der Wohnung der im Orte etwa vorhandenen Zieh- oder Pflegekinder; als-

---

[1]) Zu vergleichen die Angaben im Kalender für Medizinalbeamte 1902, S. 106, Anmerkung 2.

dann beginne die Wanderung durch die Strassen und einzelnen Gehöfte, wobei namentlich der Wasserversorgung, der Aufbewahrung und Beseitigung der unreinen Abgänge und den Wohnungsverhältnissen die Aufmerksamkeit zuzuwenden sei. In Bezug auf die Wasserversorgungsanlagen müsse man sich bei den Besichtigungen in erster Linie auf die lokale Prüfung und die Konstruktion der Anlage beschränken. Es sei deshalb die Höhenlage des Brunnens zur Umgebung, die Entfernung desselben von Düngerstätten, Aborten, Kanälen, die Sauberkeit des Terrains, weiterhin der Abstand des Wasserspiegels im Brunnen von der Erdoberfläche, die etwaige Möglichkeit des Eindringens von Regen und Abfallwässern etc. zu prüfen. Daran reihe sich die Konstruktion des Brunnens, ob Röhren- oder Kesselbrunnen, Abessynier, ferner der Brunnenkranz, die Bedeckung, Rohrbeschaffenheit und Umfassungsmauern, endlich die Prüfung des Wassers auf Farbe, Geruch, Geschmack etc. Selbstverständlich schliesse diese lokale Untersuchung die Anwendung der wissenschaftlichen chemischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden nicht aus, besonders wenn man in prophylaktisch-hygienischer Hinsicht Anlass zu Bedenken habe.

An die Frage der Wasserversorgung reihe sich die Behandlung der unreinen Abgänge; besonders seien etwaige schädliche Einflüsse auf die Wohnungen, Brunnen, der Einlass in die Strassenrinnsteine und öffentlichen Wasserläufe zu ermitteln.

Bei Besichtigung der Wohnungen würde man sich auf die grobsinnlichen Wahrnehmungen beschränken müssen. Dabei möge bemerkt werden, dass dem beamteten Arzte der Zutritt zu jeder beliebigen Wohnung zu rein informatorischen Zwecken gesetzlich nicht gestattet sei und dass es deshalb dem Geschick des Kreisarztes überlassen bleiben müsse, sich Erlaubniss zum Betreten derselben zu beschaffen. Oefters würde ihm dies auf Grund gesetzlicher Bestimmungen möglich sein, z. B. bei Sachsengängern, da der Kreisarzt gesetzlich zur Kontrole der Durchführung der bestehenden Vorschriften verpflichtet sei, und solche Vorschriften auch für die Sachsengänger in Geltung seien. Auch die für den Bezirk erlassenen Baupolizeiordnungen für das Land und die Städte, deren Kenntniss sich der Kreisarzt überhaupt aneignen müsse, geben öfters eine Handhabe zur Besichtigung der Wohnungen.

Aehnlich wie mit den Besichtigungen der Wohnungen verhalte es sich mit denen der Fabriken, die der Kreisarzt gesetzmässig nur bei ansteckenden Krankheiten, im übrigen nur in Begleitung des Gewerbeinspektors besichtigen dürfe, oder er müsse eventuell die Mitwirkung der Ortspolizeibehörde ersuchen, der jederzeit die Fabriken offenständen. Redner hält es dabei nach seinen Erfahrungen für wünschenswerth, dass die Ortspolizeibehörden durch Verfügung des Herrn Regierungspräsidenten zu häufigerer Theilnahme an den Ortsbesichtigungen wie bisher veranlasst werden.

Bei Besichtigung der Mineralwasserfabriken sei die Mitwirkung von Gewerbeinspektoren nicht erforderlich; denn sie gehören zu denen der Aufsicht des Kreisarztes unterstellten Anstalten.

Auch den Molkereien müsse der Besuch des Kreisarztes abgestattet werden; wegen möglicher Verschleppung ansteckender Krankheiten sei es empfehlenswerth, dass dem Kreisarzt ein Verzeichniss derjenigen Personen, die Milch zur Molkerei liefern, zugestellt werde, damit er bei Meldung von ansteckenden Krankheiten, speziell Typhus, aus diesen Familien sofort auf die Gefahr der Krankheitsverbreitung aufmerksam machen könne. Besonders sei auf Missstände zu achten, wenn Badeanstalten mit Molkereien verbunden seien, wie es jetzt Sitte zu werden scheine.

Nach kurzer Erwähnung des Kapitels „Gefängnisse“ kommt Vortragender zu den Haltekindern. Dieselben seien selbstverständlich in der Wohnung der Pflegeeltern aufzusuchen und auf ihren Gesundheits- und Ernährungszustand zu prüfen, wobei auf die Art der Ernährung, Höhe des Kostgeldes und darüber, ob bei den Pflegeeltern schon früher Kinder gepflegt und gestorben sind, zu achten sei. Auch darüber seien Ermittelungen anzustellen, ob die Pflegekinder oft aus einer Hand in die andere gegangen seien.

Endlich müsse noch nach der Begräbnissstätte gesehen werden; hier käme es bei der Ortsbesichtigung im grossen und ganzen nur auf die Kontrole ordnungsmässigen Betriebes und auf Beachtung etwaiger Ueberfüllung an.

Sei die Ortsbesichtigung zu Ende geführt, so handle es sich darum, die Verhandlung über dieselbe aufzunehmen, ebenso wie über die Besichtigung der Schulen. Vorher aber sei es nöthig, dass der Kreisarzt nach Beendigung seiner Thätigkeit nicht nur mit dem Ortsvorstand und der Polizeibehörde, sondern auch mit dem Schulvorstand in belehrender Weise eingehend über die vorgefundenen Missstände verhandele. Namentlich die Rücksprache mit dem letzteren sei rathsam, da auf diese Weise einerseits der Kreisarzt Einblick in die Verhältnisse und Leistungsfähigkeit der Schulgemeinde erlange und mit seinen Vorschlägen sich danach richten könne, und anderseits sich durch mündliche Aussprache und Demonstration der Mängel ad oculos, kurz durch persönliche Einwirkung oft mehr erreichen lasse, als durch Verfügungen der Aufsichtsbehörde, namentlich dann, wenn sich diese letztere mangels eines gesetzlichen Zwanges in ihren Erlassen auch nur auf Anregungen und Empfehlungen beschränken müsse. Es sei demnach ein Hauptwerth bei diesen Besichtigungen auf das Zusammenwirken der genannten Lokalinstanzen, mit dem Kreisarzt zu legen. Geschähe dieses Zusammenwirken in richtiger Weise und beschränke sich der Kreisarzt zunächst bei der Neuheit der Institution auf das unbedingt Nothwendige, so würde er auch sicher Positives erreichen und die durch Kreisarztgesetz und Dienstanweisung ihm gestellte Aufgabe in richtiger Weise lösen.

Im Anschluss an den Vortrag demonstrirte der Kollege dann die Messung der Belichtungsintensität an Aristopapieren, die er vorher etwa $^3/_4$ Stunden lang an verschiedenen Stellen des Versammlungszimmers ausgelegt hatte, worauf man in den Meinungsaustausch über das Thema eintrat.

Als bemerkenswerth daraus ist zu erwähnen, dass von verschiedenen Kollegen, Fielitz, Geisler, Schneider, die bereits mehrfach Schul- und Ortsbesichtigungen vorgenommen haben, betont wird, dass es, wolle man die Aufgabe gewissenhaft erfüllen, nicht möglich sei, an einem Tage mehr als 2 nur einigermassen bevölkerte Orte mit einer Schule zu besichtigen, ja dass man für die grösseren Städte mit mehrklassigen Schulen höchstwahrscheinlich mehr als einen Tag brauchen würde. In Erkenntniss dieses Umstandes haben die Kreisärzte Hermann und Schmiele durch die Gensdarmen, bezw. Lehrer sich schon vorher Informationen über die lokalen Orts- und Schulverhältnisse zu verschaffen gesucht, um bei der Besichtigung besser orientirt zu sein, und halten dies Vorgehen für empfehlenswerth und geeignet, Zeit zu sparen.

Weiter hielt man die Beschaffenheit der von Rich. Schoetz gelieferten Muster zu Ortsbesichtigungen (Formular VII) insofern für unzweckmässig, als in den Abschnitten II (Wohnungen) und III (Wasser) zu wenig Platz für Eintragungen sei, namentlich wenn viele Monita sich vorfänden, und wünschte dafür lieber eine Anordnung ähnlich dem Formular IV für Schulbesichtigungen, aber mit mehr Raum zum Schreiben.[1])

Ferner empfiehlt Schneider auf Grund von Versuchen, die in Merseburg vorgenommen seien, das Deutsche Fussbodenöl zur Beseitigung von Staub in den Schulen, bemerkt aber, dass es einen Nachtheil habe, nämlich den, dass es den Fussboden sehr glatt mache. Fielitz kann sich dieser Empfehlung nicht ganz anschliessen, auch er hält die grosse Glätte für nachtheilig, weiter aber würden alle Sachen, die mit dem Oel in Berührung kämen, mit Fett beschmiert; es verleite auch die Gemeinden, da nur gekehrt zu werden brauche, eventuell zu noch mangelhafterer Reinigung; ausserdem werde es bei vorschriftsmässigem Gebrauche für kleine Gemeinden zu theuer. Für dasselbe Geld könnten die Schulzimmer bei einfach geölten Dielen öfters feucht aufgewischt werden.

Endlich macht bei dem Kapitel Schulbänke Troeger darauf aufmerksam, dass der von der Hygiene zu fordernde gute Sitz nicht in erster Linie von der Minus-, Null- oder Plusdistanz abhänge, wie man früher häufig zu Unrecht angenommen habe. Der gute Sitz hänge vielmehr von der Sitzraumtiefe ab, d. h. von dem horizontalen Abstand der Rückenlehne von der Pultkante, welche der Brust des Schülers zugekehrt ist. Dieser Abstand müsse 19 % der durchschnittlichen Körperlänge der Kinder einer Schulklasse betragen. Bei diesem Massverhältniss brauche der Schüler auch beim Schreiben mit dem Rücken die

[1]) Die bei der Buchdruckerei von J. C. C. Bruns in Minden nach Anweisung des Herausgebers hergestellten Formulare entsprechen der gewünschten Anordnung.

Lehne nicht zu verlassen. Eine Bank die mit Rücksicht hierauf konstruirt sei, sei die Rettig'sche Schulbank Modell 1902, welche ausserdem den hygienisch nicht zu unterschätzenden Vorzug gewähre, dass sie durch reihenweises Umlegen eine vollkommene Reinigung des Fussbodens gewährleiste.

Nach Schluss der Sitzung fand, wie üblich, noch ein gemeinsames Essen statt.

Dr. Schneider-Merseburg.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Bericht über die im bakteriologischen und chemischen Laboratorium zu Tientsin in der Zeit vom 1. Oktober 1900 bis 1. März 1901 ausgeführten Arbeiten. Von Stabsarzt Dr. Morgenroth und Anstaltsarzt Dr. Basse. [illegible]ge. Deutsche Militärärztl. Zeitschrift; 1901, Heft 10 u. 11.

Aus dem obengenannten Bericht dürften einige Mittheilungen erwähnenswerth sein.

Als Laborat[illegible]rium diente ein 2fenstriges 246 cbm grosses Zimmer. Ueber 400 bakteriologische Untersuchungen wurden ausgeführt. 48 Blutuntersuchungen auf Malariapara[illegible]iten (12 mit positivem Erfolg), 137 Untersuchungen auf Influenzabazillen ([illegible]4 positiv, Taubenblut-Agarröhrchen); auf Typhusbazillen wurden untersu[illegible] Wasser, Urin, Stuhlgang mit negativem Erfolg, Eiter eines Hodenabs[illegible]sses nach Typhus mit positivem Erfolg. Die Widal'sche Reaktion wurde in [illegible]56 Fällen (26 positiv) in klinisch zweifelhaften Fällen angestellt. Je öfter man [illegible]die Reaktion ausführte, um so grösser wurde das Vertrauen auf ihre Zuverlässi[illegible]igke[illegible]it. Als im November 1900 unter den Zug- und Reitthieren rotzähnliche Er[illegible]krank[illegible]ungen (Similirotz) auftraten, fand man eine dem Rotzbacillus ähnliche Bazille[illegible]uart. Die hiermit geimpften Thiere (Esel, Maulthiere, Pferd, weisse Mä[illegible]use) gi[illegible]gen ein, nur ein chinesischer Pony und Feldmäuse vertrugen die Impf[illegible]ung. Das Ueberstehen der Krankheit bewirkte keine Immunität. Echte Rotzbazillen wurden in Organstücken von 150 Thieren nachgewiesen. Trichophyton tonsurans wurde als Ursache der im November unter den Zug- und Reitthieren ausgebrochenen Haarkrankheit erkannt. Ausserdem fanden Untersuchungen auf Diphtheriebazillen, Tuberkelbazillen, Gonokokken, Strahlenpilz, Echinokokken, Recurrens, Milzbrand und von eitrigen und serösen Flüssigkeiten statt. Tuberkulose kommt in der dortigen Gegend selten vor. In der städtischen Wasserleitung fanden sich durchschnittlich 200 Keime in 1 ccm, darunter Bact. coli reichlich; in dem Wasser neu angelegter 2—4 m tiefer Kesselbrunnen 1000—100 000 Keime. Bei einer Tiefe von 2 m stösst man auf das obere Grundwasser. Versuche mit Hülfe von Abessynierbrunnen (bis 20 m Tiefe) schlugen fehl. Alles Nutz- und Trinkwasser musste abgekocht werden. Der Berkefeld-Apparat, der Siemens'sche Wasserkochapparat, der Schuppmann'sche Wasserkochkessel erwiesen sich zur Herstellung keimfreien Wassers für marschirende Truppen nicht sehr geeignet. Der Rietschel-Henneberg'sche Desinfektionsapparat bewährte sich gut. Ledersachen, Halfter, Reithosen, Tornister, mit Eiter und Blut befleckte Wäschestücke wurden nach 24stündigem Einlegen in 10%ige Kresolseifenlösung sicher desinfizirt. Die Formalindesinfektion der Wohnräume passte nicht für die dortigen Verhältnisse, da eine Abdichtung der Zimmer nicht möglich war. Die Desinfektion von Ziegenfellen zwecks Beseitigung der an ihnen haftenden Läuseeiern geschah sicher durch 24stündiges Einlegen in eine konzentrirte Kochsalzlösung, welcher Chlorkalk bis zu 2% zugesetzt wurde.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Zweiter Bericht aus dem bakteriologisch-chemischen Laboratorium des Ostasiatischen Expeditionskorps und der Besatzungsbrigade aus der Zeit vom 1. März 1901 bis 30. September 1901. Von Dr. Morgenroth und Assistenzarzt Dr. Eckert. Ibidem; 1902, Heft 2.

Derselbe führt für die genannte Zeit u. A. 262 Untersuchungen auf Malariaparasiten (140 positiv), 253 Widal'sche Reaktionen (109 positiv), 24 Untersuchungen auf Influenzabazillen (17 positiv) an. Bei der Zunahme der Malariaer-

krankungen Anfang September 1901 musste mit einer prophylaktischen Chininkur begonnen werden. Relativ die meisten Malariaerkrankungen kamen aus besonders feuchten Gegenden (Jang-tsun) in Zugang. Die in Tongku zahlreich vorhandenen Moskitos wurden regelmässig Abends durch eine kräftige Seebrise vertrieben. Bei den 140 festgestellten Malariafällen (nicht tertiana) wurden nach dreimonatlicher Koch'scher Chininkur Rückfälle nicht beobachtet. Eine Rekurrens-Epidemie unter den Engländern ging von den Inder-Kulis aus. Die Untersuchungen über die Aetiologie der dortigen Ruhr wurden fortgesetzt. Die Wasseruntersuchungen ergaben, dass in der Peiho-Ebene in Tientsin, Tongku, Jang-tsun, Langfang, Peking kein einwandfreies Trinkwasser selbst durch tiefer gehende Bohrungen auffindbar ist. Alles Wasser musste abgekocht werden. Gutes Trinkwasser fand sich allein in dem nördlicher und in gebirgigen Geländen gelegenen Pei-tai-ho, in dem unsere Truppen den grössten Theil des Sommers zubrachten. Das Wasser einiger Brunnen (Tientsindorf) war selbst in abgekochtem Zustande wegen fauligen Geruches ungeniessbar. Der Peiho selbst ist stark verunreinigt (3000 Keime).

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Varizellen mit abnormer Entwickelung des Exanthems. Von Dr. Rudolf von Hoeslin-Neuwittelsbach. Münchener Med. Wochenschrift; 1902, Nr. 17.

Verfasser beobachtete im Monate Dezember 1901 in einem grossen Erziehungsinstitute eine Varizellenepidemie. Von sämmtlichen Fällen verliefen alle, bis auf einen Fall, ganz harmlos.

Dieser von der Regel abweichende Fall betraf einen 5 Jahre alten Knaben, bei welchem sich einige Varizellenbläschen auf der Brust und am Bauch nicht in der gewöhnlichen Weise entwickelten: 2 oder 3 Bläschen waren zerfallen und statt derselben sah man in der Ausdehnung von einer Bohne eine ganz oberflächliche Nekrose der Haut mit unregelmässigen Konturen. Um diese Nekrose, die im Zentrum des Herdes am tiefsten war und sich nach der Peripherie hin abflachte, breitete sich ein hochrother Hof aus, der am ersten Tage etwa thalergross war, auch unregelmässige Konturen hatte und ohne scharfe Grenze in das gesunde Gewebe überging. Am nächsten Abend waren die alten Nekrosen bedeutend gewachsen, ebenso der umgebende Hof; die Röthung hatte zugenommen und bei einem Theil dieser grossen Plaques war die Epidermis in Blasen aufgehoben oder auch abgelöst, so dass das nässende Corium freilag. Aehnlich hatten sich allmählich noch andere Varizellen am Kopfe, Rumpfe und an den Extremitäten verändert, alle mit Nekrose im Centrum und gerötheten Hof mit Entblössung des Coriums. Daneben fanden sich ganz regelmässig verlaufende Varizellen (29 nekrotisirende und 50 normal verlaufende Bläschen). Die Heilung ging später glatt aber langsam von statten.

Prof. Barlow, welcher das Kind sah, äusserte die Ansicht, dass das eigenthümliche Aussehen der vom normalen Typus so sehr abweichenden Varizelleneruptionen durch eine lokale Einwanderung anderweitiger Bakterien in die Haut bedingt sei.

Dr. Waibel-Kempten.

Kasuistischer Beitrag zur Vaccine-Uebertragung. Von Dr. Werner (Hamburg). Monatshefte für pr. Dermatologie; 1901, Bd. 33, Nr. 7.

Bei einem $2^3/_4$ Jahre alten kräftigen Kinde, welches bis dahin wegen eines Ekzems von der Impfung befreit geblieben war, entwickelte sich, nachdem ca. 3 Wochen vorher das mit ihm in engstem Kontakt lebende 1jährige Brüderchen geimpft worden war, ein über den ganzen Körper ausgebreitetes pustulöses Exanthem. Das Kind hatte sich durch Berührung der Impfpustel seines Bruders unfreiwillig geimpft, und diese Impfung hatte dann auf sämmtlichen ekzematösen Hautparthien und aller Wahrscheinlichkeit nach auch auf den sekundären Kratzstellen gehaftet. Da ähnliche Fälle von kombinirten Dermatosen und generalisirter Vaccine nicht immer so günstig verlaufen sind, wie dieser Fall, so ist daraus die Lehre zu ziehen, dass, wenn in einer Familie ein gesundes Kind geimpft wird, alle hautkranken Individuen, die mit dem Impfling in Berührung kommen könnten, von ihm zu trennen sind.

Ferner bringt Verfasser folgenden, auch in forensischer Hinsicht interessanten Fall. Bei einem 10jährigen Mädchen zeigte sich nach ausgeführter Wieder-

impfung ausser zwei charakteristischen Impfpusteln am linken Oberarme noch eine solche von Fünfpfennigstückgrösse an der rechten grossen Labia, wohin die Lymphe durch Kratzen mit dem Fingernagel übertragen war. Bei der oberflächlichen Aehnlichkeit mit einem Ulcus syphiliticum induratum war der Verdacht eines Stuprums erhoben worden. Jedoch der weitere Verlauf — spontane Abheilung in der üblichen Zeit, Ausbleiben der Drüsenschwellung und aller syphilitischen Allgemeinerscheinungen — führten zur Aufklärung und Einstellung des gerichtlichen Verfahrens gegen den Beschuldigten.

Dr. Offenberg-Osnabrück.

Mikroskopische Gonokokkenbefunde bei alten und bei gefangenen Prostituirten. Von Dr. Lochte-Hamburg. Monatshefte für pr. Dermatologie; 1901, Bd. 33, Nr. 7.

Verfasser beantwortet die Frage, ob bei Prostituirten mit zunehmendem Alter eine Art von Immunität gegen gonorrhoische Infektion eintrete, ob also die alten Puellen für die mit ihnen verkehrenden Männer weniger gefährlich seien, als die jungen Prostituirten, auf Grund seiner Untersuchungen, in Uebereinstimmung mit Dr. Engel-Reimers (Hamburg), dass eine solche Immunität in Wirklichkeit nicht existirt. — In Bezug auf die weitere Frage: Was wird aus der Gonorrhoe, wenn die betr. Personen in Folge zunehmenden Alters oder weil sie im Gefängniss sitzen, ihrem Gewerbe entsagen müssen? kommt er zu dem Schluss: Sich selbst überlassen, gelangt zwar die Gonorrhoe allmählich zur Ausheilung; es kann aber Jahr und Tag darüber vergehen, während sie zuweilen unheilbar sein kann.

Dr. Offenberg-Osnabrück.

Beitrag zur Lehre von den Syphilisbazillen. Aus Dr. M. Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten und Dr. Piorkowski's bakteriologischem Institut in Berlin. Von Dr. M. Joseph und Dr. Piorkowski. Vortrag, gehalten in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 5. März 1902. Berliner klin. Wochenschrift; 1902, Nr. 12 und 13.

Ausgehend von dem Umstande, dass ein syphilitisch infizirter, aber scheinbar gesunder, symptomfreier Mann doch noch eine gesunde Frau infiziren kann, wenn er sie befruchtet, haben die beiden Verfasser das Sperma von 22 Patienten aus dem frischen infektiösen Stadium der Syphilis (5 Wochen bis 2 Jahre nach der Infektion) auf normale, steril aufgefangene Plazenten geimpft. Auf den mit syphilitischem Sperma infizirten Plazenten fanden sich nach Aufbewahrung im Brutschrank bei 37° C. schon in den ersten Tagen kleine thautröpfchenartige Kolonien, die allmählich einen grauen Farbenton annahmen und später konfluirten. Sie enthielten plumpe, zumeist an einem Ende kolbig verdickte und sehr häufig körnerartig degenerirte Stäbchen, welche staketenartig oder pallisadenartig gelagert, 4—8 μ lang und 0,2—0,3 μ dick waren, im Allgemeinen von der Form der Diphtheriebazillen und der ungefähren Grösse der Subtilisbazillen. Sie färbten sich am besten mit Karbolfuchsin oder Gentianaviolett. Eine Uebertragung der die charakteristischen Bazillen beherbergenden Kolonien gelang auf schräg erstarrtem Agar und noch besser auf Harnagar und Blutserum. In den Polenden konnten metachromatische (Babes-Ernst'sche) Körperchen gut dargestellt werden (blaue Körner innerhalb des rothen Bazillenleibes). Die Polkörper verschwanden sehr schnell aus den Bazillen und wurden erst bei erneuten Untersuchungen wieder sichtbar. Aus normalem Sperma liessen sich diese Bazillen niemals züchten, ebenso wenig aus dem Sperma von Individuen aus späteren Stadien der Syphilis. Syphilitische Plazenten erwiesen sich für die Kultivirung der Bazillen ungünstig. Die Bazillen wuchsen hier langsamer, entwickelten sich nicht so schön, die Polkörner wurden nicht sichtbar. Die Entwickelung der Kolonien war ferner abhängig von der Lebensfähigkeit der Spermatozoen. Bei zwei mit Azoospermie behafteten Patienten konnten im Ejakulat keine Bazillen gefunden werden, dagegen in dem Blut des einen vor 4 Jahren syphilitisch infizirten Mannes. Im hängenden Tropfen konnte man ein Zusammenballen der Bakterien (Agglutination) wahrnehmen, welches nach Zusatz von Blutserum vervollkommnet wurde. Auch die Lagerung der Bakterien in Staketenform ist als Agglutinationsvorgang anzusehen.

Wenn auch der Beweis, dass die beschriebenen Bazillen die lange ge-

suchten Erreger der Syphilis sind, nicht strikte erbracht ist, so hegen die beiden Untersucher doch die Hoffnung, in ihnen den Syphilisbacillus gefunden zu haben.
Dr. Räuber-Düsseldorf.

Das Streptokokken-Gift. Von Dr. Alexander Marmorek vom Institut Pasteur in Paris. Berliner klin. Wochenschrift; 1902, Nr. 12.

Durch Beimischung einer gewissen Menge Leuzin und Glykokoll zur peptonisirten Bouillon (0,4 Leuzin : 150 Bouillon und 0,5 Glykokoll : 100 Bouillon, hiervon je 10 g auf 250 g der Pepton-Bouillon) ist es gelungen, einen Nährboden herzustellen, in welchem der Streptococcus sich sehr gut vermehrt und einen ununterbrochenen Vorrath von Toxin liefert.

Die Frage der Vermehrung der Toxin ausscheidenden Fähigkeit des Mikroben wurde ebenfalls gelöst. Man spritzt einem durch Antistreptokokken-Serum immunisirten Meerschweinchen 10 ccm Bouillon in die Bauchhöhle; am nächsten Tage blutet man das Thier ab, um sein Serum zu gewinnen, und wäscht die Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung aus. Die daselbst in Folge der Bouillon-Einspritzung angesammelten Leukozyten werden aseptisch entnommen und sofort in das bei 37° aufbewahrte Serum eines anderen immunisirten Meerschweinchens übertragen (1 Theil phys. Lösung auf 3 Theile Serum). Thierpassagen mit Streptococcus, der zur Toxinbereitung bestimmt ist, werden nicht gemacht. Von einem solchen spezifischen Nährboden kommt er stets in grosser Menge in ein neues frisch bereitetes Röhrchen gleichen Nährbodens. Dieser Streptococcus wird zur Impfung der Leuzin-Glykokoll-Bouillon verwendet.

Aus den angestellten Untersuchungen konnte der Schluss gezogen werden, dass alle Streptokokken selbst verschiedener Herkunft dasselbe Toxin liefern. Dieses gehört zur Gruppe jener Diastasen, welche bei einer Temperatur von 70° zerstört werden. Das mit Hülfe des Toxins eines und desselben Mikroben erzeugte Serum ist gegen die Toxine von Streptokokken anderen Ursprungs wirksam. Das beschriebene Verfahren liefert ein Toxin, das ein Kaninchen bei einer Dose von 0,25 ccm oder 0,5 ccm tödtet. Dr. Räuber-Düsseldorf.

Die Art-Einheit der für den Menschen pathogenen Streptokokken. Von Dr. Alexander Marmorek vom Institut Pasteur in Paris. Berliner klin. Wochenschrift; 1902, Nr. 14.

Zur Entscheidung der Frage, ob alle Kettenkokken, die man bei verschiedenen Krankheiten, sei es einzeln, sei es in Assoziation mit anderen Bakterien, antrifft, einer und derselben Art angehören, wurden in dem Institute eingehende Untersuchungen vorgenommen. Besonders wurden 2 Eigenschaften studirt, 1. die in vivo vor sich gehende Hämolyse des Kaninchenblutes und 2. die Unfähigkeit der Streptokokken im eigenen Kulturfiltrat zu wachsen.

Zu den Untersuchungen wurden verwendet der Streptococcus des Erysipels, des Wochenbettfiebers, der Scharlach-Angina, der Masernpneumonie, der Blatternpusteln, der Phlegmone, der Diphtherie, Tuberkulose und Influenza — und als Beispiele von Streptokokken der Pferde jene des Petechialfiebers der Pferde und der Druse.

Je virulenter ein Streptococcus ist, um so rascher und besser löst er das Blut im Körper seines Wirthes; aber alle von Menschen stammenden Streptokokken verhalten sich gleich, je nach der ihnen eigenen Virulenz. Nur die hämolytische Kraft des Streptococcus aus der Scharlach-Angina ist schwächer als jene der mit ihm verglichenen Mikroben.

Bei dem zweiten gemeinsamen Zeichen der Streptokokken behalten der Streptococcus des Scharlachs und der Druse ihre gesonderte Stellung, aber stets so, dass ersterer trotz eines geringen Unterschiedes mit den anderen Kettenformen des kranken Menschen übereinstimmt, während der Streptococcus der Druse diese gemeinsame Eigenschaft fast gar nicht besitzt. Alle untersuchten Streptokokken wachsen weder auf ihrem eigenen Filtrat, noch in jenem aus anderen Streptokokken, nur der Streptococcus des Scharlachs wächst darin, aber nur schwach, der der Druse bedeutend stärker.

Bei der dritten biochemischen Reaktion, bei der Wirkung des antitoxi-

schen Serums, welches von Pferden geliefert wird, die seit Jahren mit einem Streptokokkentoxin immunisirt werden, auf die Streptokokken gelang es stets, mit starken Dosen den Tod der Versuchsthiere (Kaninchen) hintanzuhalten, sogar jener, welche Scharlach-Streptokokken erhalten hatten.

Eine weitere gemeinsame Eigenschaft der Streptokokken, von aber nur geringem Werth, ist die Fähigkeit, nach Belieben ihre Virulenz bei geeigneten Methoden erhöhen zu können.

Die langwierigen bisher angestellten Untersuchungen haben bewiesen, dass alle vom Menschen stammenden Streptokokken in ihren genannten biochemischen Funktionen sich unter einander gleich verhalten; man muss also annehmen, dass die Kettenkokken, welche man so oft beim Menschen findet, einer und derselben Familie angehören. Verfasser beharrt daher auf der Art-Einheit der menschlichen Streptokokken. Dr. Räuber-Düsseldorf.

Purpura haemorrhagica bei Genitaltuberkulose. Von Oberstabsarzt Dr. Gossner in Brandenburg a. H. Münchener medizinische Wochenschrift; 1902, Nr. 11.

Nachdem bereits in einzelnen literarischen Publikationen die grosse Seltenheit und der ursächliche Zusammenhang von Lungentuberkulose und Purpura haemorrhagica hervorgehoben ist, berichtet Verfasser über einen weiteren solchen Fall, in welchem es sich um eine einseitige Hodentuberkulose handelt.

Nachdem der hereditär nicht belastete Patient ungefähr ein halbes Jahr früher eine trockene rechtsseitige Brustfellentzündung durchgemacht hatte, zog er sich beim Turnen am Querbaum eine Quetschung des linken Hodens mit erheblicher Verdickung desselben und des linken Nebenhodens zu. Etwa drei Wochen später entwickelte sich unter stärkerem Durchfall und Schmerzen im Grundgelenk der rechten grossen Zehe ein Ausschlag, der sich über den ganzen Körper, besonders die Streckseiten der Extremitäten, den Hodensack und die Vorhaut ausbreitete und aus intensiv roth gefärbten, etwa stecknadelkopf- bis linsengrossen Flecken bestand, die unter Glasdruck nicht erblassten und auf dem Gesäss zu grösseren, unregelmässig gestalteten Partien zusammenflossen. Diese kleinen Blutergüsse resorbirten sich allmählich mit dem üblichen Farbenspiel, traten aber später wiederholt auf bis der betreffende Hoden mit Nebenhoden herausgenommen wurde. Nach der Kastration des mehrere kleine käsige Herde aufweisenden Hodens und einen grossen käsigen Herd darbietenden Nebenhodens hörte die Neigung zur Hautblutung auf.

Verfasser sieht, unter Berücksichtigung früherer ähnlicher Beobachtungen, mit Sicherheit die Hautblutung als Folgezustand der Genitaltuberkulose an, da die häufig untersuchten Lungen niemals krankhaften Befund ergeben hatten.

Verfasser neigt sich der Erklärung von Roemisch und Cohn mit Wiechel zu, welche die hämorrhagische Diathese (Alteration der Gefässwand) in Abhängigkeit bringen von der Resorption von Toxinen aus plötzlich zerfallenen tuberkulösen Herden und deren Ausscheidung aus dem Körper.

Schliesslich macht Verfasser darauf aufmerksam, dass das plötzliche Auftreten von Purpura haemorrhagica bei vorhandenen chronisch entzündeten Organen dem Verdacht der tuberkulösen Natur Nahrung giebt.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber die Entstehung einer Typhusepidemie beim Füsilier-Bataillon des Grenadier-Regiments „Prinz Carl" Nr. 11 in Frankfurt a. O. im Kaisermanöver 1895. Aus dem hygienisch-chemischen Laboratorium der Kaiser-Wilhelms-Akademie. Von Prof. E. Wernicke in Posen, ehemaliger Vorstand des Laboratoriums. Deutsche Militärärztliche Zeitschrift; 1902, H. 2.

Eine sehr ausführliche Darstellung der Epidemie und der mühsamen, aber erfolgreichen Erforschung der Infektionsquelle. Kurze Berichte hierüber finden sich in der Deutschen Milit. Zeitschrift, 1896, S. 90, und im San.-Bericht der Medizinischen Abtheilung des Königl. Kriegsministeriums, 1896, S. 40.

Nach der am 13. September erfolgten Rückkehr der Truppen aus dem Manöver erkrankten vom 25. September bis 10. Oktober 52 Soldaten dieses

Bataillons. Mit Rücksicht auf die Inkubationszeit (bis zu 28 Tagen) des Typhus lag die Vermuthung nahe, dass der Keim der Krankheit irgendwo im Manöverterrain aufgenommen war. Lange Nachforschungen und Ermittelungen des Verfassers bei den Landräthen, Kreisphysikern, Aerzten, Lehrern und der Bevölkerung, sowie örtliche Besichtigungen führten zu folgendem Ergebniss: Das Füsilier-Bataillon hat am 6. September in Jägerswalde, am 7. und 8. September in Gross-Möllen und am 10. September in Colbitzow (Herausstellen von Eimern mit Trinkwasser durch die Bewohner für die durchmarschirenden Truppen) Gelegenheit gehabt mit Typhusherden zusammenzutreffen. Hierbei haben einige oder mehrere Leute sich mit Typhuskeimen infizirt. Die Typhusbazillen haben sich im Darm der Leute vermehrt und sind massenhaft in das Wasser des Plätschgrabens bei dem Bivak des Bataillons am 11. September nordöstlich von Scheune gelangt. Das Wasser dieses Grabens, an sich wahrscheinlich schon mit Typhuskeimen durchsetzt (von Stettin und Umgegend), ist nun, mit dem neuen Infektionsstoff in ungeheuren Mengen durch die Dejektionen versehen, wahrscheinlich mit allen Mitgliedern des Bataillons unmittelbar oder mittelbar in Berührung gekommen und hat das ganze Bataillon infizirt. Die für Typhus empfänglichen Personen des Bataillons sind auch an Typhus erkrankt.

Einzelheiten der interessanten Ausführungen, welche durch Lagepläne an Anschaulichkeit sehr gewinnen, müssen im Original nachgelesen werden.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Giftfreie Zündhölzer und der augenblickliche Stand der Weissphosphorverbotsfrage. Von Gewerbeinspektions-Assistenten Lüdemann in Kassel. Zeitschrift der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen; 1901, Nr. 16.

An Bestrebungen, einen Ersatz für das überall entzündbare Weissphosphorholz zu schaffen, hat es nicht gefehlt. Einschliesslich der „Schweden" giebt es zur Zeit drei Zündmischungen ohne weissen Phosphor, darunter zwei, bei welchen es einer besonderen Reibfläche zur Entzündung nicht bedarf. Erwähnenswerth sind die Erfindungen der beiden Franzosen Henri Sévène und David Cahen, sowie die von Kastner. Die erstere Mischung enthält im Wesentlichen Schwefel, rothen Phosphor und Kaliumchlorat, also Bestandtheile, ohne welche es bisher überhaupt nicht gelungen ist, brauchbare Zündmischungen unter Vermeidung weissen Phosphors herzustellen. Schwefel und Phosphor werden hierbei aber nicht mehr in bestimmten Mischungsverhältnissen, sondern als eine Verbindung, Phosphorsesquisulfid genannt, verwendet. Da die Entzündungstemperatur von Schwefelphosphor aber bei 100° C. liegt, so müssen Zündmischungen mit dieser Masse leicht explodirbar sein; es ist deshalb nach L. zu fürchten, dass die Herstellung derartiger Streichhölzer für die Arbeiter mit Gefahren verknüpft sein wird. Aus Frankreich aber, wo nach diesem Rezept schon seit zwei Jahren gearbeitet wird, hört man nichts von solchen gefürchteten Unglücksfällen. Die Kastner'sche Mischung besteht im Wesentlichen aus chlorsaurem Kali, amorphem Phosphor und Schwefel. Zur Verringerung der Brisanz ist Kupferoxyd gewählt. Die Hauptschwierigkeit der Einführung aller dieser Neuerungen ist nach L. darin zu suchen, dass wir in unserem jetzigen Weissphosphorholz, wenn es nur vom Standpunkte des Konsumenten betrachtet wird, ein sicher brennendes, wohlfeiles, überhaupt allen Anforderungen entsprechendes Feuerzeug besitzen.

Was den Stand der Weissphosphorverbotsfrage anlangt, so soll nach L. im Reichsamt des Innern ein Gesetzentwurf ausgearbeitet worden sein, wonach zur gewerblichen Herstellung von Zündhölzern etc. nach Ablauf des Jahres 1902 weisser Phosphor nicht mehr verwendet werden darf. Ferner ist verboten, solche Zündwaaren aus weissem Phosphor von demselben Zeitpunkt ab über die Grenzen des Zollgebietes einzuführen und nach Ablauf des Jahres 1903 zu verkaufen. Gegen dieses in Vorschlag gebrachte Gesetz macht sich naturgemäss in den betheiligten Industriekreisen grosser Widerspruch geltend. Es wird in Abrede gestellt, dass die Gesundheitsgefahren bei der Fabrikation von Weissphosphorzündhölzern so gross seien, um die in Aussicht genommenen Vorschriften zu rechtfertigen. Es wird ferner auf die Vergiftungs- und Verbrennungsgefahren, welche die Herstellung der Sicherheitshölzer mit sich bringe, hingewiesen, erstere durch den Gehalt der Zündköpfe an giftigem Kalium-

bichromat, letztere durch den Zusatz des leicht explodirbaren Kaliumchlorats zur Zündmasse bedingt. Schliesslich, und nicht in letzter Linie, wird auf die erheblichen Kosten, welche durch den Uebergang zur Fabrikation der Sicherheitshölzer entstehen, aufmerksam gemacht. Hierbei wird betont, dass die Erzeugung von Weissphosphorhölzern zum grössten Theile durch Handarbeit erfolge, daher meistens in den Händen kleiner Fabrikanten ruhe, während sich die Herstellung der Sicherheitshölzer nur im Grossen durch ausgedehnte Anwendung von Arbeitsmaschinen lohne. Von allen diesen Widersprüchen seitens der Fabrikanten gegen den Gesetzentwurf lässt L. nur denjenigen hinsichtlich des Kostenpunktes gelten. Bei Einführung des Gesetzes müsste billiger Weise auf eine Entschädigung der Fabrikanten Bedacht genommen werden; da es aber fraglich sei, ob die gesetzgebenden Körperschaften zur Bewilligung der betreffenden Summen bereit sein werden, so wäre zu erwägen, ob nicht auf einem anderen Wege die Missstände in der Weissphosphorindustrie beseitigt werden könnten, so durch Unschädlichmachung der ungesetzlich betriebenen Heimarbeit, Verschärfung der ärztlichen Untersuchung der Arbeiter, Verkürzung der Arbeitszeit u. s. w. Dr. Rost-Rudolstadt.

Zur Hygiene der in Zündholzfabriken beschäftigten Arbeiter. Von Dr. med. F. Röpke in Solingen. Zeitschrift der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen; 1901, Nr. 1.

R. untersuchte in den Fabriken zu Hitdorf, Kr. Solingen, 50 Arbeiter und 14 Arbeiterinnen, die im Alter von 14 bis 57 Jahren standen. Die Untersuchung erstreckte sich auf die Mundhöhle und die Luftwege und ergab in 14 Fällen Alveolareiterung der unteren Schneidezähne, in 5 allgemeiner Caries der Zähne, bei 7 Hypertrophie, bei 38 Atrophie der Nasenmuscheln, bei 19 Geschwüre und bei 2 Perforation an der Nasenscheidewand; ausserdem wurden bei 28 Rachenkatarrhe, bei 24 Kehlkopf- bei 2 Luftröhren- und bei 5 Lungen-Katarrhe angetroffen. Die akuten und chronischen Katarrhe der oberen Luftwege, die Schwellungen der Schleimhaut der Nasenmuscheln mit Eiterabsonderung, sowie die Atrophie dieser Schleimhaut führt R. auf die Einwirkung des feinen Holzstaubes und der Phosphor- und Schwefeldämpfe, deren Entstehung in den Arbeitsräumen selbst bei sorgfältigster Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften sich nicht vermeiden lassen sollen, zurück. Die Geschwüre an dem knorpeligen Theile der Nasenscheidewand kommen nach R. dadurch zu Stande, dass die Arbeiter sich mit den Fingern, die mit phosphor- und schwefelhaltigem Schmutz bedeckt sind, in der Nase bohren und die schon gereizte Schleimhaut verletzen. Aus den so entstandenen Verletzungen, die fortwährend den ätzenden Dämpfen ausgesetzt sind, werden Geschwüre, die nur schwer heilen und bisweilen zur Perforation der Nasenscheidewand führen. Die Eiterung der Alveolen führt R. auf Phosphoreinwirkung zurück, aber nicht auf eine allgemeine Phosphorintoxikation des Körpers, sondern auf direkte Einwirkung der Phosphordämpfe. Dass gerade die unteren Schneidezähne befallen werden, wird daraus erklärt, weil diese bei mangelhafter Mundpflege zuerst Zahnstein ansetzen. Dieser ruft eine Entzündung des Zahnfleischrandes hervor, welche das Zahnfleisch vom Zahne abdrängt. In diesem Zustande soll die Alveole leicht infizirt werden. Jede Alveolareiterung kann zur Nekrose des Unterkiefers führen: in Hitdorf ist aber von 1888—1898 kein Fall von Phosphornekrose vorgekommen, 1898 allerdings 2 Fälle. Nach R. bedarf die Bundesrathsbekanntmachung vom 8. Juli 1893 eine Erweiterung dahin, dass auch der Einlegeraum täglich gereinigt werde, und die Arbeitsanzüge nach der Arbeit nicht in verschlossenen Räumen, sondern möglichst frei aufgehängt werden. Ferner müssten sämmtliche Arbeiter vor ihrem Eintritte in die Fabrik ärztlich untersucht, und Personen mit Zahnkaries prinzipiell ausgeschlossen werden. Eine vierteljährliche ärztliche Untersuchung der Arbeiter hält R. nicht für ausreichend; dieselbe sollte alle 6 Wochen vorgenommen und dabei namentlich der Zustand der Zähne genau revidirt werden. Alle Arbeiter mit Alveolareiterung sollten so lange aus der Fabrik, und zwar aus allen Räumen entfernt werden, bis sie wieder vom Arzte gesund befunden sind. Jugendliche Arbeiter und Arbeiterinnen sollten nur im Packraume und in der Kistenmacherei beschäftigt werden dürfen.

Dr. Rost-Rudolstandt.

Die Gesundheitsgefahren des Metallschleifergewerbes und ihre Verhütung. Von Kreisarzt Dr. Moritz u. Dr. Röpke in Solingen. Zeitschrift der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen; 1901, Nr. 8.

Dr. Moritz und Dr. Röpke untersuchten 1250 Schleifer des Solinger Kreises und fanden:

1. Vollständig Gesunde 200 = 16 %, 2. subjektive Kranke 71 = 5,7 %, 3. objektiv Kranke 979 = 78,3 %. Von den Gesunden war keiner über 45 Jahre, und von solchen, die über Beschwerden klagten, ohne nachweisbar krank zu sein (subjektiv krank), war keiner über 40 Jahre alt. Die Neigung, mit zunehmendem Alter in immer steigendem Verhältnisse zu erkranken, war, ebenso wie die Sterblichkeit, eine im Vergleich zur übrigen Bevölkerung ausserordentlich grosse. Die Schuld an diesen ungünstigen Zuständen trägt hauptsächlich der beim Schleifen entstehende Stahlstaub, von dessen Menge man sich eine Vorstellung machen kann, wenn man bedenkt, dass der Gewichtsverlust durch das Schleifen bei Federmesserklingen 20 %, bei gewöhnlichen Scheeren 15 %, bei feinen bis 28 % u. s. w. beträgt. Je nach der Art der von ihm bearbeiteten Gegenstände produzirt hiernach ein Schleifer täglich 120 bis 750 g Stahlstaub. Am grössten ist die Staubentwickelung beim sog. Ritzen, dem Abdrehen der neuen oder glatt gelaufenen Steine, wobei der Arbeiter in eine förmliche Wolke eingehüllt wird. Der Staub greift zunächst Kehlkopf und Luftröhre an, dringt dann in die Lungen ein, wo es zur Entzündung und Schwielenbildung kommt, die zu Zerstörungen des Gewebes führen, sog. „Schleiferkrankheit". Auf diesem so vorbereiteten Boden siedeln sich dann mit Vorliebe die Tuberkelbazillen an. 48,1 % aller Untersuchten waren denn auch kehlkopfkrank, 9,09 % lungenleidend. Anfänglich kommt für die Fernhaltung des Staubes von den Athmungsorganen die Filterthätigkeit der Nase, und die Selbstreinigung der Lungen durch Aushusten einer Schleimabsonderung in Betracht. Diese Schutzvorrichtungen versagen aber mit der Zeit durch Abstumpfung der Empfindlichkeit und Atrophie der Nasenschleimhaut, wodurch deren Filterfähigkeit verloren geht. Man muss deshalb versuchen, die Krankheitsursache, die Staubentwickelung, thunlichst zu vermeiden, d. h. man muss, wo es irgend angängig ist, nass schleifen, und, wo dies nicht ausführbar ist, den Staub an der Entstehungsstelle durch dichte Umhüllungskästen für die Steine, leicht zu reinigende Absaugedohre u. s. w. sicher beseitigen. Ausserdem muss auf tägliche Säuberung der Arbeitsplätze, wöchentliche Reinigung der Arbeitsräume, dichte Fussböden, Mindestluftraum gehalten werden. Ein wunder Punkt in dem Verhalten der Arbeiterschaft ist der übermässige Alkoholgenuss. Das Gefühl der Trockenheit im Halse, das der Schleifer, namentlich in der ersten Zeit seiner Thätigkeit empfindet, veranlasst ihn zum häufigen Trinken. Der Arbeiter greift aber zum Löschen seines Durstes in der Regel nach alkoholhaltigen Getränken, anfangs zum Bier, später zum Branntwein, dessen Folgen für den Schleifer in erhöhtem Masse verderblich sind, da seine Gesundheit ohnehin gefährdenden Angriffen ausgesetzt ist. Von 1250 Schleifern waren 138, d. i. 11 %, mit Krankheit behaftet, die auf Alkoholmissbrauch zurückgeführt werden musste, ein Prozentsatz, der bei einzelnen Lebensaltern sogar bis auf 43 stieg.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Hautkrankheiten in der elektrochemischen Industrie. Von Gewerbeinspektions-Assistenten Dr. Hencke-Frankfurt a. M. Zeitschrift der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen; 1901, Nr. 4.

Die Elektrochemie findet ihre Anwendung hauptsächlilch in der Galvanoplastik und der sogen. Galvanostegie, d. h. dem Verfahren, mittelst dessen die Versilberung, Vergoldung, Vernickelung u. s. w. zahlloser Gegenstände ausgeführt wird. Hygienisch wichtig ist besonders die Vernickelung und Verkupferung, da man bei den Arbeitern in diesen Betrieben eine eigenthümliche Hautkrankheit beobachten kann, in einem Ausschlage bestehend, der zuerst an unbedeckten Körperstellen, namentlich am Vorderarme, in Gestalt kleiner Pusteln ausbricht, um von hier aus auf andere Körpertheile, Unterleib, Scrotum etc. überzugehen. Die Neigung zu dieser Erkrankung ist individuell verschieden; es werden aber nicht blos die Arbeiter befallen, welche an den Nickel- resp. Kupferbädern mit Einhängen der Waaren beschäftigt sind, sondern auch diejenigen, welche mit dem Putzen der Waaren zu thun haben. Nach

H. ist der Krankheitserreger in den Bädern zu suchen, und zwar müssen die Nickel- resp. Kupfersalze — Chlornickel, schwefelsaure Nickelsalze, cyanürfreie und cyanürhaltige alkalische Kupfersalze — die Ursache der Erkrankung sein. Da es nach H. unausbleiblich ist, dass von den Bädern etwas auf den Boden geschüttet wird, und da auch der in die Luft entweichende Wasserstoff stets kleine Partikelchen mit emporninmt, so muss der Fussboden und die Luft stets infizirt sein. Diese Nickel- und Kupfertheilchen werden eingeathmet, gelangen in den allgemeinen Säftekreis, um durch den Schweiss wieder ausgeschieden zu werden, und so die Hautkrankheit zu erzeugen. Durch diese Annahme erklärt sich nach H. die Thatsache, dass in Versilberungs- und Vergoldungsanstalten solche Krankheiten nicht beobacht werden, da dem Gold und Silber eine ähnliche Wirkung, wie sie Nickel- und Kupfersalze ausüben, nicht zukommt. Um den Erkrankungen vorzubeugen, ist es von Wichtigkeit, für einen kräftigen Luftwechsel der Arbeitsräume zu sorgen. Auch müssen die Arbeiter die grösste Aufmerksamkeit auf persönliche Reinlichkeit verwenden und dürfen niemals innerhalb der Arbeitsräume Nahrung zu sich nehmen.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Besteht in Flaschenkapselfabriken die Gefahr einer Bleivergiftung? Von Dr. Hencke, Gewerbeinspektionsassistenten in Frankfurt a. M. Zeitschrift der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen; 1901, Nr. 17.

Man hat von interessirter Seite verschiedentlich versucht, die Kapselfabriken, deren es nur 18 im Deutschen Reiche giebt, als gesundheitlich ungefährlich hinzustellen; H. ist aber bei seinen Untersuchungen zu einem anderen Ergebniss gelangt. Die Kapseln bestehen aus 90 bis 95 % Blei und haben einen Zinnüberzug, der aber so gering ist, dass er nur ca. 5—10% ausmacht. Dieser Ueberzug schützt die Hände der Arbeiter nicht unbedingt vor der Berührung mit Blei, da letzteres an den Schnittflächen frei liegt und ausserdem der sehr dünne Ueberzug viele Risse enthält. Schon mit blossem Auge, und noch besser mit einer Lupe, sind dieselben deutlich wahrnehmbar; dazu kommt, dass die Kapseln sehr weich sind und sich daher leicht abnützen. H. unterwarf den Kehricht, den Staub und die Luft in den Arbeitsräumen einer Analyse und berechnete auf Grund derselben, dass ein Arbeiter täglich 0,75 mg Blei einathmet. Bedeutend höher ist aber die Aufnahme von Blei in den Körper bei nicht beobachteter Reinlichkeit. Schon der Umstand, dass die Hände bei öfterem andauernden Anfassen von Flaschenkapseln schwarz gefärbt werden, lässt erkennen, dass Blei an die Hände kommt. H. untersuchte das Waschwasser von 36 Waschungen und fand, dass bei jeder Waschung eine Arbeiterin 4 mg Blei an den Händen hatte. Dieser Bleigehalt wird aber noch etwas höher sein, da die sich beim Waschen bildenden Bleiseifen mit ausserordentlicher Zähigkeit haften bleiben und selbst bei einer sorgfältigen Waschung nicht ganz herunter gehen. Die tägliche Zufuhr von Blei in den Körper ist demnach bei nicht beachteter Sauberkeit eine ganz erhebliche. Wenn trotzdem die Krankheitszahlen in den fünf Kapselfabriken des H.'schen Bezirks nicht erheblich waren, so liegt dies nach H.'s Ansicht an dem häufigen Arbeiterwechsel und der Einführung der neuen Kapselmaschinen, durch welche die sehr häufige Berührung der Arbeiter mit den Kapseln fortgefallen ist.

Nach H. müssten die für die Schriftgiessereien und Buchdruckereien geltenden sanitären Vorschriften auf die Flaschenkapselfabriken ausgedehnt werden.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Gutachten des K. K. Obersten Sanitätsrathes, betr. die sanitätspolizeiliche Regelung des Gewerbes der Bettfederreinigung. Referent: Hofrath Dr. Max Guben. Das österreichische Sanitätswesen; 1901.

Das Gutachten hält die Gefahr einer Verbreitung von Krankheiten durch gebrauchte Federn für nicht besonders gross; nur Blattern machen eine Ausnahme, diese sollen häufiger durch Bettfedern übertragen worden sein. Mit Rücksicht auf diese Thatsache wird empfohlen, zur Beschäftigung in den betreffenden Anstalten nur solche Personen zuzulassen, die innerhalb der letzten 10 Jahre geimpft resp. wiedergeimpft worden sind. Ferner sollen solche Federn zurückgewiesen werden, die von infektiös Erkrankten benutzt worden sind, wenn nicht vorher eine sichere Desinfektion erfolgt ist. Dagegen vermag das

Gutachten die Nothwendigkeit, alle gebrauchten Bettfedern vor ihrer weiteren Bearbeitung zu desinfiziren, vorläufig nicht anzuerkennen. Um die Arbeiter und die Nachbarschaft vor Schaden und Belästigung zu schützen, werden folgende Vorschriften für nöthig gehalten:

1. Bettfederreinigungsanstalten sollen in isolirten Gebäuden, oder wenigstens in Gebäuden, welche keine Wohnungen enthalten und von Wohnungen möglichst weit entfernt sind, untergebracht werden.

2. Sämmtliche Betriebslokalitäten müssen genügend gross, hoch und hell, ihre Boden und Wände dicht und leicht zu reinigen sein. Sie müssen ausgiebig lüftbar sein.

3. Vor ihrer weiteren Bearbeitung müssen die Federn in Apparaten, welche vollkommen geschlossen und mit Aspirationsventilen versehen sind, entstaubt werden. Der staubige Luftstrom aber muss in Staubkammern, sowie mit Hülfe von Staubfiltern oder Waschvorrichtungen von Staub befreit werden, bevor er in die freie Atmosphäre entlassen wird. Der abfallende Staub ist sorgfältig zu sammeln und zu verbrennen.

4. Die aus den Bettfederndämpfern abziehenden übelriechenden Dämpfe müssen entweder in einen hohen Kamin, oder durch eine Feuerung geleitet werden, um sie unschädlich zu machen.

5. Die Arbeitslokale müssen zum Mindestens während der Arbeitspausen gründlich gelüftet und täglich sorgfältig vom Staube gereinigt werden.

6. Die Arbeiter sind mit waschbaren, den ganzen Körper deckenden Arbeitskleidern zu versehen. Sie sind anzuhalten, nach Beendigung der Arbeit und vor dem Essen Hände und Gesicht gründlich mit Seife und Wasser zu reinigen. Waschvorrichtungen, Seife und Handtücher hat der Unternehmer bereit zu stellen. Das Essen und das Rauchen in den Arbeitsräumen ist zu verbieten.

7. Die ungereinigten und die gereinigten Bettfedern sind in vollständig von einander getrennten Lokalen aufzubewahren und dürfen nicht in denselben Behältnissen transportirt werden. Arbeiter, die mit ungereinigten Federn hantirt haben, müssen vor der Beschäftigung mit gereinigten Federn sich selbst reinigen und die Arbeitskleider wechseln. Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber das Verfahren zum Nachweis von Pferdefleisch. Von Oberarzt Dr. Nötel. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten; Bd. 39, H. 3.

Die von Wassermann und Schütze praktisch verwerthete und von Uhlenhuth weiter ausgebaute Bordet'sche Entdeckung der Präzipitine ist vom Verfasser zum Nachweis der Verfälschungen von Fleischwaaren durch Pferdefleisch praktisch in Anwendung gezogen worden und hat zu ganz brauchbaren Resultaten geführt. Um allen in der Praxis vorkommenden Verhältnissen Rechnung zu tragen, bereitete er das spezifische Kaninchenserum auf dreierlei Weise, indem er theils Pferdeserum, theils Presssaft aus Pferdefleischstücken und endlich eine Mazeration von zerkleinertem Pferdefleisch durch 0,1 prozent. Sodalösung den Versuchsthieren subkutan injizirte. Es empfiehlt sich, möglichst hochwerthiges Serum zu den Proben zu verwenden, weil die Reaktion dann rascher eintritt; zu diesem Zweck muss man den Kaninchen in dreitägigen Intervallen mindestens 10—12 Injektionen zu 8—10 gr machen und hierauf nach einer Pause von 6 Tagen die Thiere entbluten. Das Serum, welches sich dann nach etwa 48 Stunden in Reagenzgläschen absetzt, wird entweder durch starkes Filtrirpapier oder durch ein Berkefeldfilter filtrirt und geklärt.

Bei der praktischen Ausführung der Versuche zeigte sich, dass das Serum der mit Presssaft oder Sodaextrakt von Pferdefleisch injizirten Thiere eine bessere und stärkere Reaktion abgab, als das Serum der mit Pferdeserum behandelten Kaninchen, und zwar wie Verfasser meint, weil bei den ersten beiden Methoden auch die löslichen Eiweisskörper in den Muskeln ihre spezifische Reaktion entfalten können, welche demnach das Serum zu verstärken scheint. Bringt man nun einige Tropfen des so präparirten Kaninchenserums in eine filtrirte und klare Aufgussflüssigkeit von Pferdefleisch oder von mit solchem durchsetzte Fleischwaaren, so tritt nach 10—40 Minuten im Brutschrank bei 37° C. eine deutliche Trübung des Filtrates ein, während das ungemischte Filtrat oder auch das mit dem präparirten Kaninchenserum versetzte Filtrat

von nicht mit Pferdefleisch gefälschten Fleischwaaren klar bleibt, und zwar giebt die Probe noch höhere Resultate, wenn in den zu untersuchenden Fleischwaaren bis zu $^1/_{10}$ des Gesammtgewichtes herunter Pferdefleisch vorhanden ist, ein Prozentsatz, der zu unterschreiten sich für die Fälscher aus praktischen Gründen nicht mehr lohnt.

Eine Fehlerquelle nur bieten die aus Wurstwaaren bereiteten Mazerationsflüssigkeiten, welche auch ohne Serumzusatz bei 37° im Brutschrank sich trüben, vermuthlich, weil bei den Würsten durch langsame und begrenzte Fäulnissvorgänge sich gewisse Modifikationen der Eiweisskörper bilden, welche schon bei so niedriger Temperatur nicht mehr gelöst bleiben und koaguliren Diese Fehlerquelle lässt sich aber umgehen, indem man die Wurstauszüge höchstens 5 Minuten lang in Wasser von 40° einsetzt, wobei die Proben noch klar bleiben und nur die mit Serum beschickten sich trüben.

In der Praxis gestaltet sich die Untersuchung auf Verfälschung durch Pferdefleisch demnach folgendermassen: Man stellt sich aus den zu untersuchenden Präparaten Aufgussflüssigkeiten mit 1 prozentiger Sodalösung her, so dass die aufgegossene Flüssigkeitsmenge etwa $^2/_3$ des Gewichts der Fleischmenge beträgt. Die nach 2 Stunden erhaltene Flüssigkeit wird durch starkes Filtrirpapier geklärt. Von dem Filtrate bringt man 3—4 Tropfen in klare, etwa 8 mm im Durchmesser haltende Reagenzgläschen und setzt ebensoviel Tropfen des spezifischen Serums von vorbehandelten Kaninchen zu, welches man sich vorräthig halten muss. Dann bringt man die Röhrchen in den Brutschrank bei 37° C., wo sich nach 10—40 Minuten (bei hochwerthigem Serum aber schon nach 10 Minuten) deutliche Trübung zeigt, wenn Pferdefleisch in den Präparaten vorhanden war. Handelt es sich um die Aufgüsse aus Wurstwaaren, so stellt man die Röhrchen bei 40° C. 5 Minuten lang in das Wasserbad; tritt innerhalb dieser Zeit Trübung ein, so ist der Nachweis von Pferdefleisch auch hier erbracht. Zur Kontrolle muss man jedoch stets eine 2te Reihe von Röhrchen ohne Serumzusatz anlegen, welche klar bleiben muss.

Dr. Martini-Langensalza.

Zur Aetiologie der sogenannten Fleischvergiftung. Von Professor Dr. Bernhard Fischer. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; Bd. 39, Heft 3.

Man unterscheidet neuerdings genau die Fleischvergiftung im engeren Sinne von der sogen. Wurstvergiftung (Botulismus, Allantiasis). Unter letzterer versteht man die Vergiftungserscheinungen, welche nach dem Genusse von an und für sich völlig gesundem Fleische, gleichviel ob es von den gewöhnlichen Schlachtthieren, oder von Wild, Geflügel und Fischen herstammt, entstehen, wenn dasselbe durch unzweckmässige Aufbewahrung, mangelhafte Zubereitung oder schlechte Konservirung giftige Eigenschaften angenommen hat. Dieser Botulismus wird noch von van Ermengem durch ein ganz bestimmtes Bacterium, den Bacillus botulinus, hervorgerufen, welcher zu den Anaërobien gehört und sich postmortal in den Fleischwaaren bei ungeeigneter Behandlung ansiedelt. Durch einwandsfreie Zubereitung bezw. Konservirung lässt sich die Entwickelung des Wurstgiftes in den Fleischpräparaten leicht verhindern, auch wird dasselbe durch Siedehitze sicher zerstört.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei den sogen. Fleischvergiftungen im engeren Sinne, wobei wir von den durch trichinöses und finniges Fleisch hervorgerufenen Erkrankungen absehen. Hier stammt das die Vergiftungen bewirkende Fleisch meist von kranken Thieren, welche an septischen oder pyämischen Prozessen gelitten haben, wie den bei Kühen häufig vorkommenden puerperalen Erkrankungen oder Euterentzündungen oder den bei Kälbern von der Nabelwunde ausgehenden Infektionen; es ist festgestellt, dass die Mehrzahl dieser Fleischvergiftungen durch den Genuss des Fleisches von krepirten oder nothgeschlachteten Thieren hervorgerufen wird.

Dabei kann das Aussehen, der Geruch und Geschmack des Fleisches solcher Thiere fast gar nicht von dem gesunder abweichen, obwohl das Fleisch zum Unterschiede von der Wurstvergiftung gleich unmittelbar nach dem Schlachten giftige Wirkungen äussert, welche durch längeres Aufbewahren allerdings auch eine Steigerung erfahren können. Aus diesem Sachverhalt ergiebt sich ohne Weiteres, dass bei den Fleischvergiftungen alle Theile des

Schlachtthieres als gesundheitsschädlich zu betrachten sind, während bei der Wurstvergiftung sich nur in einzelnen Theilen, wenn sie den oben erwähnten ungünstigen Bedingungen ausgesetzt werden, das Wurstgift entwickelt, wobei die übrigen Theile des Thieres völlig unschädlich und genussfähig bleiben können. Während das Wurstgift ferner durch Kochen oder Braten zerstört wird, sind bei manchen Fleischvergiftungen auch Giftwirkungen durch gut gebratenes und gekochtes Fleisch, ja sogar durch den Genuss der Fleischbrühe zu Stande gekommen, was zweifellos auf die Bildung gewisser hitzebeständiger chemischer Giftstoffe hinweist. Ja selbst sekundäre Erkrankungen anderer Personen sind dabei, wenn auch vereinzelt, beobachtet worden, bei welchen die Ansteckung offenbar durch die Ausscheidungen der an Fleischvergiftung Leidenden vermittelt wird.

Die Krankheitserscheinungen sind bei den Fleischvergiftungen äusserst mannigfaltige und je nach den Krankheiten der Thiere, welche den Vergiftungen zu Grunde liegen, verschieden. Man unterscheidet im Allgemeinen drei Haupttypen derselben, eine gastro-enteritische Form, eine cholerähnliche und eine typhöse, zwischen denen natürlich auch viele Uebergänge und Mischformen bestehen. Bei der Wurstvergiftung dagegen ist das Krankheitsbild ein mehr einheitliches, auch treten hierbei besonders die Symptome von Seiten des Nervensystems, wie Muskellähmungen, Schlingbeschwerden, Seh- und Sprachstörungen, Trockenheit im Halse u. s. w., mehr in den Vordergrund.

Bei der nun folgenden Besprechung der Aetiologie der Fleischvergiftungen im engeren Sinne unterzieht Verfasser zunächst die bisher dabei aufgefundenen Krankheitserreger in historischer Reihenfolge einer kritischen Beleuchtung und kommt zu dem Resultate, dass bei allen näher untersuchten Fleischvergiftungsfällen von den einzelnen Autoren durchweg nicht sporenbildende, bewegliche, die Gelatine nicht verflüssigende nach Gram nicht färbbare Kurzstäbchen beschrieben werden, welche zu der Gruppe der Coli-Typhusbakterien gehören, sich aber doch deutlich sowohl von den Typhusbazillen, als auch von dem Bacterium coli commune unterscheiden lassen.

So fanden z. B. Gaffky und Paak schon im Jahre 1885 bei einer Massenvergiftung von 80 Personen ein Bacterium, welches den Colibazillen sich sehr ähnlich verhielt, Basenau 1893 im Fleische einer Kuh den analogen Bacillus morbificans bovis, Gärtner gelegentlich der Frankenhäuser Epidemie 1888 den wohl am meisten verbreiteten Bacillus enteritidis, welcher auch von anderen Untersuchern, wie Karlinski, Lubarsch, Holst, Durham und Günther bei späteren Fleischvergiftungen wieder nachgewiesen werden konnte. Die Infektiosität dieser Krankheitserreger, sowie einige andere, welche sowohl aus dem Fleische selbst, als auch aus Leichentheilen der an der Vergiftung Verstorbenen isolirt werden konnten, wurde in fast allen Fällen durch Fütterungs- und Impfversuche an Mäusen, Meerschweinchen und anderen Versuchsthieren ausser allem Zweifel gestellt.

Indem Verfasser sodann seine eigenen Arbeiten im hygienischen Institute zu Kiel in den Kreis seiner Betrachtung zieht, erfahren wir, dass im Laufe der letzten 10 Jahre daselbst die Fleischproben von 9 Vergiftungsepidemien aus der Provinz Schleswig-Holstein bakteriologisch untersucht worden sind, und zwar konnten in 5 Fällen spezifische Bakterien nicht isolirt werden, in zwei Fällen wurden die Gärtner'schen Enteritisbazillen nachgewiesen und in zwei Fällen ein neues Bacterium, welches den Colibakterien sehr nahe stand. In den letzten 2 Fällen, deren Material von einer Leberpastete und von Leberwürsten aus Grünthal resp. Glückstadt herstammte, liess sich ausserdem in den Bouillonkulturen die von den Bakterien hervorgerufene Bildung eines Giftstoffes feststellen, welcher nicht nur der 10 Minuten langen Einwirkung einer Temperatur von 80° C. widerstand, sondern auch bei Mäusen und Meerschweinchen vor dem Tode einen eigenthümlichen lähmungsartigen und narkoseähnlichen Zustand hervorrief.

Betreffs der Einzelheiten dieser höchst interessanten und lehrreichen Versuche müssen wir auf die Originalarbeit selbst verweisen und erwähnen zum Schlusse nur noch, dass der Verfasser auch Immunisirungsproben mit den Enteritisbakterien, welche sich aus dem Vergiftungsmaterial der beiden Epidemien in Rumfleth und in Hanstedt hatten züchten lassen, in einwandsfreier Weise angestellt hat. Hierbei gelang es weder bei der Vorbehandlung der Versuchsthiere mit Enteritiskulturen, noch durch die Einspritzung verschiedener

Gemische von Typhus-, Koli- oder Choleraserum mit Enteritisserum diese gegen eine Infektion mit Enteritisbakterien zu immunisiren, obwohl die Erscheinung der Agglutination fast in allen Fällen festgestellt werden konnte.

Auf Grund dieser Erfahrungen ist Verfasser daher nicht in der Lage, der Ansicht Durham's beizustimmen, dass ein kräftig agglutinirendes Serum immer auch eine starke schützende Wirkung gegenüber den agglutinirten Bakterien an den Tag legt, sondern er fasst den Vorgang der Agglutination bei den verschiedenen Erregern der Fleischvergiftung nur als ein Zeichen dafür auf, dass diese Bakterien zwar in mehr oder minder hohem Grade mit den Typhus- und Kolibazillen verwandt sind, aber dabei doch noch weitgehende Abweichungen in ihrem biologischen Verhalten gegenüber den letzteren und unter einander aufweisen, eine Thatsache, welche auch in den Verschiedenheiten des klinischen Verlaufes der einzelnen Vergiftungsfälle zu Tage tritt.

Da die Sterblichkeit bei den Fleischvergiftungen eine recht hohe sein kann, wie einzelne Epidemien beweisen, so hat man alle Ursache auf eine Vermeidung derselben hinzuwirken; und das ist nur durch eine gut organisirte obligatorische Fleischbeschau zu erreichen, bei welcher alles Fleisch von kranken Thieren, dessen Genuss die Erkrankung der Konsumenten befürchten lässt, vom Verkehr ausgeschlossen wird. Dr. H. M.

Die Verwendung von Konservirungs- und Färbemitteln zur Haltbarmachung und Färbung von Nahrungs- und Genussmitteln. Eine vom englischen Local Government Board ernannte Kommission hat diesem in Bezug auf die Regelung der Verwendung von Konservirungsmitteln u. s. w. folgende Vorschläge unterbreitet:

A. Dass die Verwendung von Formaldehyd oder Formalin oder Zubereitungen derselben für Nahrungsmittel und Getränken vollständig verboten werde und dass Salizylsäure nicht in grösserer Menge Verwendung finde, als 0,0648 g auf 0,568 l in flüssigen Nahrungsmitteln und 0,0648 g auf 453,6 g in festen Nahrungsmitteln. Ihre Gegenwart ist in allen Fällen zu deklariren.

B. Dass die Verwendung von einem Konservirungsmittel oder irgend einem Färbemittel für Milch, die in dem vereinigten Königreich zum Verka uf gestellt wird, als ein Vergehen gegen das Gesetz über den Verkauf von Nahrungsmitteln und Apothekerwaaren betrachtet werde.

C. Dass als einziges Konservirungsmittel für Sahne Borsäure oder Mischungen der Borsäure und des Borax gesetzlich zulässig sein soll und zwar in einer Menge von nicht über 0,25 % in Borsäure ausgedrückt. Die Menge dieses Konservirungsmittels ist durch eine Aufschrift auf dem Gefässe kenntlich zu machen.

D. Dass als Konservirungsmittel für Butter und Margarine nur Borsäure oder Mischungen der Borsäure und des Borax gestattet werde und zwar in Mengen von nicht über 0,5 %, in Borsäure ausgedrückt.

E. Dass bei allen diätetischen Präparaten, welche zum Genuss für Kranke oder Kinder bestimmt sind, chemische Konservirungsmittel aller Art verboten sind.

F. Dass die Verwendung von Kupfersalzen zum sogenannten Grünen der konservirten Nahrungsmittel verboten werden.

G. Dass Massnahmen getroffen werden entweder durch Errichtung einer besonderen Aufsichtsbehörde oder durch Erweiterung der jetzigen Befugnisse des Local Government Board, um die Verwendung von Konservirungs- und Färbemittel für Nahrungsmittel zu überwachen und Listen von solchen Mitteln vorzubereiten, welche als schädlich für die öffentliche Gesundheit anzusehen sind.

Rpd.

Ueber die Verwendung schwefligsaurer Salze als Konservirungsmittel für Hackfleisch. Von Prof. Dr. Ostertag. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1902, Nr. 1.

Die Unzulässigkeit des schwefligsauren Natrons (Präservesalz) zur Konservirung. Von Prof. Dr. H. Kionka-Jena. Ibidem; Nr. 4.

Die beiden Verfasser wenden sich gegen Liebreich's Behauptung,

dass die Anwendung des Präservesalzes als Konservirungsmittel für Hackfleisch weder gesundheitsschädlich sei, noch eine Täuschung über die Beschaffenheit des Fleisches ermögliche. Ein Zusatz von 0,2% ist auch gerichtsseitig mehrfach als ungefährlich anerkannt worden. Nach Ostertag lehrt aber die Praxis, dass viel grössere Mengen, nach Gutdünken zugesetzt, zur Verwendung kommen. Kionka hat an 6 Hunden experimentell die Wirkung des schwefligsauren Natrons studirt. Die Thiere zeigten verhältnissmässig wenig klinische Krankheitserscheinungen, zwei von ihnen abortirten, wohl aber schwere anatomische Veränderungen, Blutungen im Magen, im Darm, in der Leber, Nierenentzündung, subendokardiale Blutungen. Es kann kein Zweifel sein, dass auch beim Menschen ähnliche Veränderungen die Ursache gelegentlich nach Genuss von Hackfleisch beobachtete Verdauungsstörungen sind. Er empfiehlt deshalb das gesetzliche Verbot der schwefligsauren Salze zur Fleischkonservirung.

Dr. P. Stolper-Breslau.

Einige Bemerkungen über den Bau tropischer Irrenanstalten. Von P. C. J. van Brero, Arzt der Staatsirrenanstalt Beezenbory (Japan). Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie; 59. Bd., 1. H.

Aus der kleinen Abhandlung erfahren wir, dass die Prinzipien moderner Irrenpflege auch in den japanischen Anstalten Eingang gefunden haben. Um letztere durchzuführen, bedarf es bestimmter baulicher Einrichtungen, in erster Linie der Wach- und Aufnahmesäle, über deren Bau Verfasser uns unterrichtet. Bei dem geringen Bodenwerthe ist es angängig, die Anstalten ohne Stockwerke flach zu bauen; als Material für die Wände dienen Bambusplatten, die mit einem feuersicheren Ueberzug versehen sind, während einzelne Isolirstuben eine Mauerwand erhalten. Diese leicht konstruirten Häuser zeigen sich ausserordentlich dauerhaft und sind überaus billig herzustellen. Eine solche Wachabtheilung soll nicht über 28—32 Betten enthalten. Die Abtheilungen für ruhige Kranke sind im Pavillonstiele gehalten und im Bau noch einfacher und leichter als jene.

Dr. Pollitz-Münster.

Das Berufsgeheimniss des Pflegepersonals. Von Dr. Haberkant-Uchtspringe. Die Irrenpflege; VI. Jahrgang; 1902, Nr. 3.

Verfasser betont mit Recht, dass §. 300 des R. Str. G. B. über das Berufsgeheimniss nur auf Gehülfen der Aerzte u. s. w. Anwendung findet, also nur auf solche Krankenpfleger, die unter ärztlicher Aufsicht arbeiten, während jeder andere Krankenpfleger ebenso wenig zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, wie der Naturheilkundige und der Kurpfuscher. Für das Irrenpflegepersonal hat der §. 300 aber noch eine besondere Wichtigkeit, als Geisteskranke schon durch die natürliche Beschränkung ihrer Bewegungsfreiheit nicht immer in der Lage sind, sich gegen unbefugte Offenbarung ihrer Privatgeheimnisse zu schützen und vorkommenden Falls Strafantrag zu stellen oder durch ihren gesetzlichen Vertreter stellen zu lassen. Ausserdem haben die nächsten Angehörigen eines Geisteskranken ein schwerwiegendes Interesse an der Geheimhaltung der Krankheit, da der Verfall in Geisteskrankheit das Ansehen des Kranken selbst im Falle der Heilung schädigt. Dabei darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Offenbarung eines Privatgeheimnisses auch dann unbefugt ist, wenn dasselbe bereits auf anderem Wege zur allgemeinen Kenntniss gelangt ist.

Aber nicht nur die Geisteskrankheit selbst erheischt Geheimhaltung, sondern überhaupt Alles, was im Verlaufe der Krankheit zur Kenntniss des Pflegers (der Pflegerin) kommt, wie Veranlassung der Krankheit, unglückliche Familien- und Vermögensverhältnisse, erbliche Belastung, etwaige Selbstmordversuche und begangene Verbrechen. An der Verschweigung aller solcher peinlicher Umstände hat der Kranke und seine Familie ein grosses Interesse; der Krankenpfleger soll dieselbe nur dann brechen, wenn ihn das Gesetz zum Reden zwingt. Er soll auch nie ausser Acht lassen, dass skrupellose Menschen leider nur zu oft darauf ausgehen, aus der unglücklichen Lage eines Geisteskranken geschäftliche Vortheile zu ziehen. Wer den Krankenpflegeberuf dazu benutzt, um anderer Neugier zu befriedigen auf Kosten seiner Schutzbefohlenen,

liefert damit den Beweis, dass er die für seinen Beruf unbedingt erforderlichen Charaktereigenschaften nicht besitzt. Rpd.

Ueber Krankheiten und ihre Vorbeugung. Von Regierungsarzt Dr. Strachau. Populäre Vorlesungen über die Grundzüge der Hygiene zur Belehrung der Bevölkerung von Lagos, Westafrika.

Als Verfasser seinen Posten antrat, machte er sehr bald die Warnehmung, dass seine Landsleute wenig oder gar nichts über die wahre Natur der Krankheit wussten, er unternahm es daher, ihnen in einer Reihe von populären Vorträgen, die namentlich für tropische Verhältnisse so wichtige allgemeine Kenntniss über die Natur der besonders gefährlichen und ansteckenden Erkrankungen zu verschaffen, und ihr Verständniss für eine rationelle Prophylaxe und Behandlung zu erwirken, sowie durch Vorführung von Projektionsbildern anschaulich zu machen. So werden Typhus- Tetanus- Dysenterie-Bazillen demonstrirt, die Art und Weise ihres Eindringens in den Menschen, und was man zu ihrer Vermeidung thun kann. Bei der Malaria wird in Abbildungen und Lichtbildern die Entwicklung der Mücken geschildert, vom Ei zur Larve und zu Würmern und wieder zu Mücken. Es knüpfen sich daran die praktischen Winke für das tägliche Leben z. B.: Man lasse niemals ein Gefäss mit Wasser länger als einen Tag stehen, da die Moskitos ihre Metamorphosen schon in einem Tage durchmachen; man planire alle Stellen, an deren sich Wasser ansammeln könnte, auch brauche man einige Tropfen Petroleum für solche Wasserstellen, die sich weder ausfüllen noch leeren lassen. Man lasse nie Wasser in Fässern. Ueber den Ablauf des Regenwassers verbreitet sich Verfasser ausführlich. Es folgt dann Belehrung über die Keime der Bubonenpest, der Leprosie, der Tuberkulose, der Blattern, die Art und Weise, wie man sie bekämpft. Den Schluss bilden gelbes Fieber, Eingeweidewürmer, Guineawurm andere Parasiten und die Yaws.

In weiteren Vorlesungen werden behandelt: Die Luft und ihre Verunreinigungen des Wassers mit seinen schädlichen Beimengungen und wie sie zu vermeiden sind, die Nahrung, besonders die der Kinder, Wohnung und allgemeine Gesundheitsregeln über Grundluft und Grundwasser Reinhaltung und Lage. Den Schlussvortrag bildet die Kleidung, besonders die der Kinder, das Begräbnisswesen, das Verheimlichen kranker Personen.

Diese Vorträge, die dem Ref. direkt seitens des englichen Gouvernements in Lagos zugingen, erinnern an die v. Pettenkofer'schen Vorträge aus den siebenziger Jahren des vorigen Jahrhunderts. Sie haben aber ausser den Fortschritten der Neuheit das vor ihnen voraus, dass sie durch Lichtbilder anschaulicher und dadurch erfolgreicher werden. Wohl werden hie und da auch bei uns Vorträge über einige Kapitel der Hygiene gehalten, aber nicht in solch methodischer und zielbewusster Weise, die gewiss recht beachtenswerth sein dürfte. Warum kann es nicht geschehen, dass ähnlich wie über physikalische Gegenstände und andere Fächer der Naturwissenschaften so auch über Volksgesundheitspflege in den Städten Vorträge verbunden mit Demonstrationen gehalten werden? Nur müssten dieselben mit geringen Kosten verbunden und staatlich gefördert werden. Man möge bedenken, wie viel einigen wenigen hundert Europäern in einer Stadt Westafrikas mehr geboten wird auf dem Gebiete der Hygiene als den vielen Tausenden von Einwohnern unser deutschen Städte! Es dürfte nicht schwer halten solche zu gewinnen, die sich direkt zu dem Zwecke ausbildeten, und es sich zur Aufgabe machten, mehr Licht in hygienischen Dingen unter der Bevölkerung in nachhaltiger Weise zu verbreiten. Es werden mit Recht Fortbildungskurse für Aerzte in's Leben gerufen, allein ebenso nothwendig, vielleicht noch mehr, wären solche für die anderen Stände, die Bildung meist nur anerkennen in der Pflege der schönen Künste und Wissenschaften, in Sachen der eigenen Gesundheit dagegan leider immer noch vorwiegend, auch in den höheren Ständen, dem Mysticismus huldigen, weil ihnen eben die nöthigen Kenntnisse und damit das Verständniss fehlt, so dass sie um so leichter dem Kurpfuscherthum und neuerdings nun gar noch den Betbrüdern und Betschwestern in die Hände gerathen.

Dr. Ohlemann-Wiesbaden.

Nachweisung der auf Grund des Gesetzes vom 16. September 1899 errichteten Gesundheitskommissionen.[1])

In Nr. 6 des Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichts-Angelegenheiten wird die nachstehende Zusammenstellung über die bisher errichteten Gesundheitskommissionen gebracht. Aus derselben geht hervor, dass solche in allen Gemeinden über 5000 Einwohner den gesetzlichen Bestimmungen gemäss (§. 10 des Kreisarztgesetzes) gebildet sind, desgleichen in den meisten

Regierungsbezirk	Zahl der Städte mit mehr als 5000 Einwohnern	Zahl der in Spalte 2 angegebenen Städte, in denen Gesundheitskommissionen bestehen	Zahl der Städte mit 5000 und weniger Einwohnern	Zahl der in Spalte 4 eingetragenen Städte, in denen Gesundheitskommissionen bestehen	Zahl der Landgemeinden mit mehr als 5000 Einwohnern
1.	2.	3.	4.	5.	6.
Königsberg	11 (1)	11 (1)	37 (1)	29 (1)	1
Gumbinnen	8	8	11	10	.
Danzig	6 (1)	6 (1)	6 (1)	6 (1)	3 (2)
Marienwerder	13	13	32	15	2
Potsdam	28 (4)	28 (4)	43 (6)	31 (4)	22 (8)
Frankfurt	27	27	38 (1)	37 (1)	1
Stettin	15 (2)	15	20	18	2
Köslin	12 (1)	12 (1)	11 (2)	11 (2)	.
Stralsund	4	4	10	10	.
Posen	16	16	69	34	.
Bromberg	8 (1)	8 (1)	38	38	2
Breslau	19 (1)	19 (1)	36 (5)	13 (5)	7 (1)
Liegnitz	17 (2)	17 (2)	32 (1)	11	2
Oppeln	19 (1)	19 (1)	27	27	30
Magdeburg	22	22	26	2 + 6	3 (1)
Merseburg	17	17	53 (7)	53 (7)	2
Erfurt	6 (1)	6 (1)	17 (3)	12 (3)	1
Schleswig	19 (1)	19 (1)	36 (11)	29 (11)	4
Hannover	4	4	6	4	1
Hildesheim	11 (1)	11 (1)	18 (6)	16 (6)	.
Lüneburg	5 (1)	5 (1)	5	2	1
Stade	2	2	3	3	3
Osnabrück	3	3	2 (1)	2 (1)	.
Aurich	5	5	1	.	.
Münster	13	13	15 (2)	13 (2)	12
Minden	7	7	23 (3)	23 (3)	4
Arnsberg	27 (5)	27 (5)	12	12	50 (1)
Cassel	7	7	57 (5)	12 (5)	2
Wiesbaden	9 (2)	9 (2)	29 (9)	13 (6)	1
Koblenz	9 (1)	9 (1)	15 (1)	15 (1)	1
Düsseldorf	50	50	13	4	50
Cöln	10 (2)	10 (2)	5 (3)	5 (3)	17 (4)
Trier	8	8	6 (1)	3 (1)	12
Aachen	6 (2)	6 (2)	9 (3)	9 (3)	7
Sigmaringen	.	.	2	.	.
Zusammen:	443 (30)	443 (30)	763 (72)	528 (66)	243 (17)

[1]) Erläuterungen: In den Spalten 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 u. 9 ist die Zahl der betreffenden Gemeinden überhaupt und aus dieser Zahl dahinter mit eingeklammerten Ziffern von der in Betracht kommenden Kategorie die Zahl der Gemeinden hervorgehoben, welche Kur- und Badeorte oder Sommerfrischen sind,

Städten mit 5000 und weniger Einwohnern (528 von 768 = 71 %), dagegen ist ihre Bildung in den Landgemeinden mit 5000 und weniger Einwohner, wo dieselbe ebenfalls nur fakultativ ist, ausnahmsweise (1888 von 38692 = 4,9 %) erfolgt; nur in den Reg.-Bezirken Minden und Koblenz sind auch in den meisten Landgemeinden (414 von 458 = 90 % bezw. 879 von 1021 = 86 %) Gesundheitskommissionen errichtet.

Zahl der in Spalte 6 eingetragenen Landgemeinden, in denen Gesundheitskommissionen bestehen	Zahl der Landgemeinden mit 5000 und weniger Einwohnern	Zahl der in Spalte 8 eingetragenen Landgemeinden, in denen Gesundheitskommissionen bestehen	Zahl der Bade- und Kurorte und Sommerfrischen überhaupt	Zahl der in Spalte 10 eingetragenen Orte, in denen Gesundheitskommissionen bestehen	Regierungsbezirk
7.	8.	9.	10.	11.	12.
1	2 888 (13)	10 (4)	15	6	Königsberg.
.	3 712	8	.	.	Gumbinnen.
3 (2)	759 (9)	4 (1)	13	5	Danzig.
2	1 127	.	.	.	Marienwerder.
22 (8)	1 460 (26)	18 (12)	44	28	Potsdam.
1	1 628	26	1	1	Frankfurt.
2	1 347 (22)	23 (10)	24	12	Stettin.
.	908 (15)	2 (1)	18	4	Köslin.
.	189 (16)	7 (7)	16	7	Stralsund.
.	1 965	2	.	.	Posen.
2	1 194 (2)	10	3	1	Bromberg.
7 (1)	2 101 (17)	16 (5)	24	12	Breslau.
2	1 525 (42)	19 (18)	45	20	Liegnitz.
30	1 474 (4)	96 (2)	5	3	Oppeln.
2 (1) +1	974 (4)	4 (4) +13	5	5	Magdeburg.
2	1 574 (5)	20 (2)	12	9	Merseburg.
1	421 (1)	2	5	4	Erfurt.
4	3 050 (30)	40 (19)	42	31	Schleswig.
1	612 (2)	17 (2)	2	2	Hannover.
.	600 (7)	29 (7)	14	14	Hildesheim.
1	1 398	.	1	1	Lüneburg.
3	710	21	.	.	Stade.
.	504 (6)	12 (3)	7	4	Osnabrück.
.	326 (6)	5 (5)	6	5	Aurich.
12	235 (6)	29 (2)	8	4	Münster.
4	458 (12)	414 (12)	15	15	Minden.
50 (1)	755 (6)	62 (4)	12	10	Arnsberg.
2	1 325 (4)	5 (4)	9	9	Cassel.
1	890 (20)	18 (4)	31	12	Wiesbaden.
1	1 021 (6)	879 (6)	8	8	Koblenz.
50	316	29	.	.	Düsseldorf.
17 (4)	258 (4)	15 (2)	13	11	Cöln.
12	1 099 (7)	23 (5)	8	6	Trier.
7	367 (2)	10 (2)	7	7	Aachen.
.	123	.	.	.	Sigmaringen.
243 (17)	38693 (294)	1888 (143)	443	256	

sodass die Summe der eingeklammerten Zahlen in den Spalten 2, 4, 6 und 8 die in Spalte 10 einzutragende Zahl, und die Summe der eingeklammerten Zahlen in den Spalten 3, 5, 7 und 9 die in Spalte 11 einzutragende Zahl ergiebt.

Tagesnachrichten.

Der Bundesrath hat in seiner Sitzung vom 3. Juli dem Entwurf einer Verordnung, wodurch das Gesetz, betreffend die Schlachtvieh- und Fleischbeschau, vom 3. Juni 1900 in vollem Umfange am 1. April 1903 in Kraft treten soll, seine Zustimmung ertheilt. Bisher waren nur einzelne Theile dieses Gesetzes in Kraft gesetzt worden, da zunächst die umfangreichen, der Hauptsache nach im Reichsgesundheitsamte entworfenen Ausführungsbestimmungen vom Bundesrathe festgestellt werden mussten, was eine geraume Zeit in Anspruch nahm. Nachdem diese erlassen waren, kam es auf die Schaffung eines ausreichenden und befähigten Fleischschaupersonals an allen Orten des Reiches, auf die Bereitstellung der Räume zur Vornahme der Fleischbeschau und auf die Ausstattung dieser Räume mit den nöthigen Einrichtungen an. Alsdann musste theilweise auch die Gesetzgebung der Einzelstaaten noch in Anspruch genommen und mit den Bestimmungen des neuen Reichsgesetzes in Einklang gebracht werden. Das ist besonders in Preussen kürzlich geschehen, und so kann nunmehr das Fleischbeschaugesetz in seinem vollen Umfange am 1. April nächsten Jahres für das ganze Reichsgebiet in Kraft gesetzt werden. Desgleichen hat der Bundesrath in derselben Sitzung den Ausschussanträgen, betreffend 1. Entwurf einer Bekanntmachung wegen wechselseitiger Benachrichtigung der Militär- und Polizeibehörden über das Auftreten übertragbarer Krankheiten, 2. Entwurf einer Anweisung zur Bekämpfung der Pest und 3. Antrag Bayerns wegen Einführung des Gymnasial-Reifezeugnisses als Vorbedingung des thierärztlichen Studiums, zugestimmt.

Der Bayerische Landtag hat jetzt die vorher abgelehnte Forderung für den Neubau einer Zentralimpfanstalt in München genehmigt, nachdem diese Forderung von der Kammer der Reichsräthe wieder hergestellt war. Betreffs der Errichtung eines Lehrstuhls für Homöopathie an der Universität München oder an einer anderen bayerischen Universität hat er weiterhin mit 51 meist ultramontanen gegen 41 meist liberalen Stimmen beschlossen, die Staatsregierung zu ersuchen, in den nächsten Etat eine Position dafür einzustellen, und der Kultusminister trotz der ablehnenden Gutachten der medix. Fakultäten und des medizinisch-technischen Referenten, Ober-Med.-Rath Dr. Grashey (s. Nummer 13 dieser Zeitschrift, S. 490) auch erklärt, die Sache in erneute Prüfung ziehen zu wollen.

Das Komitee für Krebsforschung hielt unter Vorsitz des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. v. Leyden am 4. Juli im Kultusministerium eine Sitzung ab, an der unter anderen das Ehrenmitglied des Komitees Präsident Dr. Köhler vom kaiserlichen Gesundheitsamt und das auswärtige Mitglied Dr. Plimmer aus London theilnahmen. Nach Erledigung geschäftlicher Angelegenheiten wurde über den weiteren Arbeitsplan und den Etat des Komitees berathen. Den Vortrag des Abends hielt Dr. Juliusburger über „Statistische Mittheilungen über Krebs und Lebensversicherungsgesellschaften". An der sehr lebhaften Erörterung betheiligten sich Prof. Dr. Hirschberg, Prof. Dr. Schwalbe, Geh. Reg.-Rath Dr. Wutzdorf, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Leyden, Dr. Alex. Katz-Hamburg, Prof. Dr. George Meyer, Geh. Med.-Rath Dr. Dietrich und der Vortragende.

Der am 4. und 5. Juli in Königsberg i. Pr. abgehaltene XXX. Deutsche Aerztetag war trotz der entfernten Lage des Versammlungsortes ausserordentlich stark besucht und die Zahl der Delegirten (163) grösser als an anderen Aerztetagen. Von den zur Verhandlung gelangten Gegenständen interessirt die Leser dieser Zeitschrift am meisten der letzte Gegenstand der Tagesordnung: Die Bekämpfung der Kurpfuscherei. Die Namens der betreffenden Kommission von den Referenten — Dr. Reissig-Hamburg, Dr. Becker-München und Dr. Lindemann-Mannheim — aufgestellten Leitsätze hatten folgenden Wortlaut:

„I. Der XXX. Deutsche Aerztetag empfiehlt den ärztlichen Vereinen, durch Aufklärung des Publikums in Wort und Schrift nach den in der Denkschrift mitgetheilten Gesichtspunkten (Abhalten von Vorträgen, Benutzung

der Tagespresse, Verbreitung von Zeitschriften, Broschüren oder Flugblättern, Mitwirkung bei Vereinen für öffentliche Gesundheitspflege, Rettungs- und Samariterwesen und dergl.) oder in sonst geeigneter Weise die Kurpfuscherei zu bekämpfen.

II. Der XXX. Deutsche Aerztetag beauftragt den Geschäftsausschuss, beim Bundesrath dahin vorstellig zu werden:

1. dass die Ausübung der Heilkunde durch nicht approbirte Personen zu untersagen ist, wenn Thatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Gewerbetreibenden in Bezug auf diesen Gewerbebetrieb darthun, und dass Personen, welche dieses Gewerbe beginnen, hiervon der zuständigen Behörde Anzeige zu erstatten haben (siehe §§. 35, 148, Ziffer 4 der Reichsgewerbeordnung);
2. dass mit Geltung für das Reich eine Verordnung erlassen werde, welche sich an die vom Staate Hamburg unterm 1. Juli 1900 erlassene Verordnung anschliesst und vor Allem die prahlerischen Ankündigungen von Geheimmitteln und Heilmethoden unter Strafe stellt;
3. dass seitens der Behörden öffentliche Warnungen gegen Schwindelmittel und Kurpfuscher erlassen werden;
4. dass Rezepte von Kurpfuschern in Apotheken nicht angefertigt werden dürfen".

Die Leitsätze wurden einstimmig angenommen. In der Debatte wurde jedoch ausdrücklich betont, dass an der im Jahre 1897 aufgestellten Forderung festgehalten werden müsse; die vorgeschlagenen Massnahmen seien als interimistische anzusehen. Die vonverschiedenen Seiten erhobenen Bedenken, dass durch die Auferlegung der Meldepflicht die Kurpfuscher vom Staate gleichsam als Medizinalpersonen anerkannt würden, wurden von anderer Seite als unbegründet widerlegt. Geh. San.-Rath Dr. Becher-Berlin empfahl dabei das Vorgehen der Berlin-Brandenburgischen Aerztekammer gegen Kurpfuscher (Anzeige auf Grund des Gesetzes über den unlauteren Wettbewerb) und theilte mit, dass soeben auf Grund eines Ministerialerlasses die Regierungspräsidenten ersucht seien, durch Polizeiverordnung die Meldepflicht für die nicht approbirten und gewerbsmässig die Heilkunde ausübenden Personen einzuführen.[1])

Ausser der Kurpfuschereifrage bildeten noch die „Aufgaben der Krankenhausärzte gegenüber den Anforderungen der neuen Prüfungsordnung (insbesondere mit Rücksicht auf das praktische Jahr), über die Prof. Dr. Rumpf ein vorzügliches Referat erstattete, sowie die Revision des Krankenversicherungsgesetzes die Hauptgegenstände der Verhandlungen. Die Referenten — Hofrath Dr. Mayer-Fürth und Polizeiarzt Dr. Hoeber-Augsburg — hatten in einer sehr sorgfältig ausgearbeiteten im Druck vorgelegten Denkschrift den Stand der Krankenkassenarztfrage dargelegt und im Einverständniss mit der betreffenden Kommission folgende Leitsätze aufgestellt:

„I. Die Mitglieder der Krankenkassen sollen die Hülfe jedes Arztes anrufen können, der im Bezirke thätig ist und sich auf die vereinbarten Bedingungen verpflichtet hat.

II. Die gegenseitigen Leistungen zwischen Aerzten und Krankenkassen sollen vereinbart werden von Kommmissionen, die zu gleichen Theilen von Aerzten des Bezirks und Delegirten der Krankenkassen gebildet werden.

III. Den Honorarbestimmungen seitens dieser Kommissionen ist die staatliche Taxe zu Grunde zu legen.

IV. Personen mit Gesammteinkommen über 2000 Mark dürfen weder Kassenmitglieder werden noch bleiben.

V. Die Behandlung von erkrankten Mitgliedern darf nur durch die in den

---

[1]) Nach diesem Erlass (vom 28. Juni), dessen Wortlaut wir in der nächsten Nummer bringen werden, soll nicht nur die Meldepflicht für die gewerbsmässig die Heilkunde ausübenden, nicht approbirten Personen vorgeschrieben, sondern entsprechend den Erklärungen des H. Ministerialdirektors Dr. Förster im Abgeordnetenhause (s. Nr. 8 dieser Zeitschrift, S. 278) auch prahlerische, raklamehafte Ankündigungen derselben verboten werden, entsprechend der in Hamburg und vor Kurzem auch in der Provinz Schleswig-Holstein erlassenen Polizeiverordnung. Die jetzigen Beschlüsse des Aerztetages haben somit bereits z. Theil seitens des Herrn Ministers in dankenswerther Weise Berücksichtigung gefunden.

deutschen Bundesstaaten approbirten Aerzte stattfinden, welche auch einzig und allein berechtigt sind, die Erwerbsunfähigkeit eines Mitgliedes zu bezeugen.

VI. Streichung der Bestimmung in §. 6a, Abs. 1, Ziffer 2 und §. 26a, Abs. II, Ziffer 2 des Krankenkassengesetzes: „dass Versicherten, welche sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Betheiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben, für diese Krankheit das Krankengeld gar nicht oder nur theilweise zu gewähren“.“

Diese Leitsätze, von denen die drei ersten Dr. Mayer, die drei letzten Dr. Hoeber vertrat, fanden die Zustimmung des Aerztetages, desgleichen die nachstehenden von dem Geschäftsausschuss für die Einrichtung der Einigungs-Kommissionen aufgestellten Grundsätze:

„In jedem unteren Verwaltungsbezirk werden „Einigungs-Kommissionen“ bestellt, bestehend aus drei Delegirten der im Bezirk vorhandenen Kassen (im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes), und ebenso vielen Delegirten der ärztlichen Bezirks-Standesvertretung, mit einem von der Verwaltungsbehörde ernannten Vorsitzenden. Diese Einigungs-Kommission hat eine Gebührenordnung (unter Zugrundelegung der staatlichen Mindesttaxen), sowie eine Instruktion für die Kassenärzte zu erlassen; wenn nothwendig, für verschiedene Kassen verschieden. Ferner steht ihr die Kontrole und schiedsgerichtliche Entscheidung zu in allen Differenzen zwischen Kassenverwaltungen und Kassenmitgliedern einerseits und den Kassenärzten anderseits, in Angelegenheiten, welche die Kasse berühren. Gegen Bestimmungen und Entscheidungen der Einigungskommissionen kann innerhalb vierzehn Tagen Berufung ergriffen werden an eine Berufungskommission. Dieselbe besteht am Sitze der höheren Verwaltungsbehörde aus einem von dieser zu bestimmenden Vorsitzenden und je zwei Mitgliedern der höheren ärztlichen Standesvertretung (Aerztekammer) und Delegirten der Krankenkassenvorstände des einschlägigen Bezirkes. — Die Wahlen zu beiden Kommissionen werden von der zuständigen Verwaltungsbehörde veranlasst und geleitet, und finden alle drei Jahre statt. Den Mitgliedern der Krankenkassen steht im Bedarfsfalle die Wahl unter allen in ihrem Bezirke thätigen Aerzten frei, welche sich zur Beobachtung von Gebührenordnung und Instruktion verpflichtet haben. Aerzte, die ihren Verpflichtungen ungenügend oder nicht nachkommen, können von der Einigungskommission verwarnt, ferner ihrer Kassenarztstelle vorübergehend oder dauernd verlustig erklärt werden. Berufung steht denselben zu.“

Weiterhin wurde mit Rücksicht auf die Durchführung dieser Beschlüsse die Abfassung einer Denkschrift beschlossen, in welcher die vorstehenden Forderungen dargelegt und begründet werden sollen. Die Denkschrift soll dem Bundesrathe und den Mitgliedern des Reichstages überreicht sowie den Vorständen der Krankenkassen zugestellt werden. Ausserdem soll in einer Eingabe an den Bundesrath beantragt werden, dass zur Berathung der Abänderungen des Krankenversicherungsgesetzes Vertreter der Aerzteschaft, die von diesen zu wählen sind, zugezogen werden.

Sprechsaal.

Aus dem Leserkreis sind der Redaktion die nachstehenden Fragen zugegangen mit der Bitte, die Leser der Zeitschrift zu einer möglichst zahlreichen Beantwortung auf Grund von praktischen Erfahrungen aufzufordern.

„Giebt es gegen die Staubentwickelung bezw. für die Bekämpfung derselben — ausser der gewöhnlichen Wassersprengung — praktisch verwendbare Mittel? Es kommen dabei nur in Frage gepflasterte bezw. chaussirte Strassen. —

Es ist die Sprengung mit „Theerwasser“, Ueberprodukt bei der Gasgewinnung, empfohlen; ist diese Methode, ev. in welchem Ort in grösserem Umfang in Anwendung gezogen? Hat sich dieselbe bewährt bezw. haften derselben, ev. welche Mängel (Belästigung durch üblen Geruch) an? Wie verhalten sich — ungefähr — die Kosten dieses Verfahrens zu denen der Sprengung mit Wasser?“

Etwaige Antworten nimmt die Redaktion gern entgegen; bei der Wichtigkeit der Angelegenheit für die Hygiene der Orte, insbesondere der Kurorte, ist jede auf praktischer Erfahrung beruhende Auskunft erwünscht. Red.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei in Minden.

5. Jahrg. 1902.

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,
Herzogl. Bayer. Hofbuchhändler.
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 Pockenepidemie in Unruhstadt (Provinz Posen) im Sommer 1901.

Von Dr. Max Krause, prakt. Arzt in Unruhstadt, staatsärztlich geprüft.

In folgendem Artikel erlaube ich mir über das Auftreten einer kleinen Pockenepidemie in Unruhstadt zu berichten, welche erstens zeigt, dass die ersten Erkrankungsfälle an Pocken unbeachtet und unangemeldet bleiben hönnen, weil sie so leicht verlaufen, dass die Erkrankten keinen Arzt zuziehen, oder auch weil sie von dem zugezogenen Arzt nicht als solche erkannt werden, da mancher jüngere Arzt keine Gelegenheit gehabt hat, während seiner Studienzeit Pocken zu sehen; und welche ferner zeigt, dass auch akut eintretende Pemphigusfälle den Verdacht auf Pocken erwecken können, besonders wenn sie gleichzeitig mit Pocken auftreten.

Am 26. Juni 1901 wurde ich in die Wohnung zu der 71 Jahr alten Frau W., einer besseren Bürgersfrau, die allein mit ihrer Tochter lebt, geholt. Dieselbe gab an, schon vor einigen Tagen Schüttelfrost gehabt zu haben und klagte jetzt über Kreuz- und Schulterschmerzen. Die Temperatur war in der Achselhöhle 39 Grad C., der Puls war voll und etwas beschleunigt, sonst ein im Wesentlichen negativer Befund. Eine bestimmte Diagnose konnte ich nicht stellen. Ich dachte an das Häufigste, eine beginnende Bronchitis. Am nächsten Tage bestand kein Fieber; das Allgemeinbefinden war besser. Als ich sie am dritten Tage besuchte, war sie bereits aufgestanden. Sie zeigte mir nun kleine Bläschen, die sie am Morgen dieses Tages an ihrem Körper bemerkt hatte; es waren linsengrosse kreisrunde Gebilde mit kleinem rothen Hof. Dieselben standen ganz vereinzelt am Rumpf und im Gesicht. Im Ganzen mochten es etwa 20 gewesen sein. Der Inhalt der Bläschen war wasserhell, bei einzelnen dieser Gebilde war die Bläschenbildung erst angedeutet. Diese Bläschen waren so eigenartig, dass ich sofort an Pocken dachte, weil es kaum etwas anderes sein konnte.

Aus eigener Anschauung hatte ich Pocken weder während meiner Studienjahre, noch während meiner 7jährigen ärztlichen Thätigkeit kennen gelernt, obwohl dieselben in letzter Zeit, seit russische und galizische Arbeiter bei uns in grösserer Zahl beschäftigt werden, wieder etwas häufiger geworden sind. Ich orientirte mich genauer in Büchern. Dann forschte ich bei Frau W. weiter nach und erfuhr, dass in demselben Hause Fräulein F., 49 Jahre alt, ebenfalls einen Ausschlag habe. Ohne von dieser konsultirt zu sein, besuchte ich sie. Ich fand sie ausserhalb des Bettes, ihr Allgemeinbefinden war aber ziemlich erheblich gestört. An den Händen, am Gesicht und am Körper hatte sie eine grosse Menge rother Flecken und Knötchen, die ich als Pockenausschlag ansehen musste, bei dem es noch nicht zur Bläschenbildung gekommen war.

Ich machte nun die amtliche Anzeige; die weitere Nachforschung geschah in Folge dessen gemeinsam mit dem Herrn Kreisarzt und ergab Folgendes:

Frau W. und Fräulein F. hatten mit Frau K. verkehrt. K.'s sind ein altes kinderloses Ehepaar, das dem Hause der Frau W. gegenüber wohnt; der Mann ist 66, die Frau 75 Jahre alt. Herr K. war Mitte Mai aus Berlin zurückgekommen, hatte die vierte Wagenklasse benutzt. In diesen Wagenklassen reisen russische und galizische Arbeiter namentlich zur Frühjahrszeit. Ende Mai oder Anfang Juni bemerkte er einen Ausschlag im Gesicht und am Körper, der ungefähr zwei Wochen lang bestand. Sein Allgemeinbefinden war in dieser Zeit nicht beeinflusst. Zur Zeit unserer Untersuchung waren nur unbedeutende pigmentirte Stellen zu erkennen. Noch vor Mitte Juni erkrankte Frau K. an einem Ausschlag des ganzen Körpers. Das Allgemeinbefinden war im Wesentlichen nicht gestört. Wir fanden am 1. Juli reichlich eingetrocknete Bläschen, z. Th. Borken im Gesicht und am übrigen Körper.

Auf den 23. Juni ist der Beginn der Erkrankung der Frau W. zu verlegen, welche etwa zwei Wochen vorher bei K. gewesen zu sein behauptet. Am 25. Juni hatte Fräulein F. schon ein Ausschlag, dieselbe hatte ebenfalls bei Frau K. verkehrt.

Die Verhältnisse waren somit klar gestellt, insbesondere stimmte es auch mit den Inkubationszeiten; an der Diagnose Pocken konnte kein Zweifel bestehen, wie übrigens auch der weitere Verlauf und die Beobachtung der anatomischen Details des Exanthems während desselben bestätigten.

Am 15. Juni 1901, also 11 Tage, bevor ich zu dem ersnte Pockenfalle (Frau W.) geholt worden war, hatte mich der 16jähr. Präparand W. in meiner Wohnung wegen einer Anzahl erbsengrosser, konischer, gerötheter Knötchen am Handrücken, an den Vorderarmen und am Gesicht konsultirt. Am 24. Juni konsultirten mich dann die Präparanden U. und Sp., beide 14 Jahre alt, welche mit W. in demselben Zimmer derselben Pension wohnten. Dieselben zeigten ähnliche Knötchen am Vorderarm und am Handrücken, nur waren dieselben flacher, an einzelnen Stellen waren auch nur rothe Flecken. Ich nahm an, dass es sich um dieselbe Erkrankung wie beim Präparanden W. handelte, nur um ein früheres Stadium.

Bei W. waren inzwischen aus den Knötchen theilweise Bläschen mit hellerem Inhalt geworden. Es befanden sich auch am übrigen Körper theils rothe Knötchen, theils rothe Flecke ver-

schiedener Grösse. Das Allgemeinbefinden war nur bei W. in ganz geringem Masse gestört.

Ich konnte mir die Erscheinungen nicht recht erklären, empfahl indess Isolirung und Fernbleiben vom Schulbesuch. Als ich nun bei dem oben erwähnten an Pocken erkrankten Fräulein F. die Knötchen sah, fiel mir sofort die Erkrankung der Präparanden ein; ich glaubte jetzt die Erklärung dafür zu haben, nahm an, dass es sich auch hier um Pocken handelte, zumal Niemeyer in seinem Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie Formen beschreibt, die rudimentär verlaufen, und wo es nur zur Knötchenbildung kommt. Auch diese Fälle brachte ich deshalb zur Anzeige.

Während indess der am 3. Juli aus Posen eingetroffene Herr Reg.- u. Med.-Rath die oben erwähnten Fälle ohne Weiteres als echte Pocken anerkannte, machte er bei dem Präparanden W. (bei U. und S. war überhaupt nichts mehr zu erkennen) darauf aufmerksam, dass dies hier nicht der Fall sei, im Gegentheil starke Zweifel an der Diagnose Pocken beständen. Abgesehen davon, dass erst vor wenigen Jahren Impfung stattgefunden hatte, und zwar wie die Narben erwiesen mit Erfolg, ergab die Beobachtung, dass der Ausschlag bei W. vieles dem Pockenexanthem Eigenartige vermissen liess. Das Exanthem hatte bei W. den ganzen Körper, Gesicht, Rumpf und Glieder reichlich bedeckt; dabei fiel es auf, dass das Gesicht nur einseitig befallen war. Es bestanden ferner neben kleinen Bläschen, welche den Pockenbläschen glichen, auch markstückgrosse (nicht durch Konfluenz entstandene), die den Pocken nicht eigenthümlich sind. Es ergab sich auch, dass W. überhaupt erst seit dem 12. Juni in Unruhstadt weilte und, da er das Exanthem schon am 15. hatte, sich nicht in Unruhstadt infizirt haben konnte. Anderseits wohnen die Eltern des W. in Obersitzko an der Warthe und verkehren am Ufer der Warthe, wo Flösse und Schiffe aus Russland anhalten. W. war nun zwar in der Zeit, wo er sich infizirt haben konnte (die Inkubationszeit der Pocken beträgt 10—14 Tage) nicht bei seinen Eltern gewesen, sondern in S., hatte aber Beziehungen mit Hause, so dass Infektion doch nicht auszuschliessen war. In Folge dessen konnte erst der weitere Verlauf, insbesondere ein nach der Heilung eingetretenes Rezidiv die Verhältnisse ganz aufklären; es hatte sich um Pemphigus gehandelt.

Der Sicherheit wegen, wurde wegen des Anfangs zweifelhaften Zustandes auch bei den Präparanden so verfahren, als ob Pocken vorlägen. Insbesondere wurden ausser den Bewohnern der infizirten Häuser auch alle Präparanden geimpft.

Was den Verlauf der einzelnen Fälle anbetrifft, so verlief nur der Fall Fräulein F. nicht ganz leicht. Es bestand bei ihr die konfluirende Form der Pocken; das Gesicht war entstellt, der Körper war dicht mit Pusteln bedeckt. Das Allgemeinbefinden war in erheblichem Masse gestört; noch längere Zeit später konsultirte mich Fräulein F. wegen allgemeiner Körperschwäche und Mattigkeit. Auch Frau W. fühlte sich noch nach Monaten schwach, obwohl bei ihr die Erkrankung sehr leicht war.

Die Eheleute K. behaupten, keine Folgen der Infektion zu spüren. Bei allen vier Erkrankten hatte in der Jugend Impfung stattgefunden.

Die Anzeigepflicht bei Tuberkulose und Erwägungen über ihre Durchführung.

Von Kreisarzt Dr. Helwes in Diepholz.

Alle diejenigen, welche in letzter Zeit die Frage der Tuberkulosebekämpfung öffentlich behandelt haben, und unter ihnen die besten Kenner der Tuberkulose, wie Koch, Brouardel und von Schrötter, fordern ein Eingreifen des Staates bei diesem Kampfe in der Weise, dass eine Anzeigepflicht eingeführt werde. Auch der Londoner Tuberkulosekongress hat diese Forderung mit unter seine Resolutionen aufgenommen. Ueber den Umfang der Anzeigepfficht, ob nur die Todesfälle an Tuberkulose anzuzeigen sind, oder ob die Erkrankungen anzeigepflichtig sein sollen, bei welchen mit Rücksicht auf die soziale Lage die nothwendigen Vorsichtsmassregeln nicht ausgeführt werden können, oder ob diese Anzeigepflicht eine allgemeine sein soll, darüber sind die Meinungen dagegen noch getheilt. Der Grund für die Forderung einer Anzeigepflicht scheint mir vor allen Dingen in der Erkenntniss zu liegen, dass wir auf dem jetzigen Wege trotz mancher Erfolge doch nicht zum Ziele kommen, da die Schwerkranken mit viel Auswurf die schlimmste und bis jetzt unverstopfte Quelle der Ansteckung bilden.

Aber, so könnte man hier einwenden, braucht denn das ein Grund zu sein, um staatlich einzugreifen? Kann man nicht durch Bau von Krankenhäusern, in welche diese Schwerkranken sich begeben, und in welchen sie frei oder für Billiges verpflegt würden, durch Besserung der Wohnungsverhältnisse, wozu der Staat jetzt energisch mithilft, und durch Belehrung der Bevölkerung dasselbe erreichen ohne staatlichen Zwang? Vielleicht wäre das möglich, doch würde dieser Weg nach allgemeinen Erfahrungen bei Weitem der längere sein, selbst wenn die Aerzte anfangen würden, wie in Chicago, an manchen Sonntagen in den Kirchen zu predigen! Und Thatsache ist, dass zwei Völker, von denen man sagt, dass sie ihre persönliche Freiheit über Alles lieben, die Norweger und Amerikaner, bereits den Weg der polizeilichen Anordnungen bei der Bekämpfung der Tuberkulose beschritten haben. Auch in Deutschland sind einige Staaten (Königreich Sachsen, Baden, S.-Meiningen), einige preussische Regierungsbezirke (Wiesbaden und Arnsberg) und Städte (Aachen, Berlin) schon in derselben Weise vorgegangen. Im Königreich Sachsen ist die Anzeigepflicht sowohl bei Todesfällen, wie bei Erkrankungen mit scharfen Strafen den Aerzten[1]) auferlegt. Die preussischen Regierungs-

---

[1]) Letztere sollen nach der Zeitschrift für Tuberkulose- und Heilstättenwesen (II Nr. 1) dagegen protestirt haben, weil sie die Vorschrift als einen Eingriff in das ärztliche Berufsgeheimniss ansähen — aber dann dürfte ja die Anzeige keiner Krankheit verlangt werden —, und weil sie dieselbe wegen der

bezirke und Städte verlangen die Anzeige in den Fällen, bei denen die Gefahr einer Weiterverbreitung der Krankheit durch Ansteckung anderer Personen vorliegt, so bei derartigen Kranken, welche in Hôtels, Gasthäusern, Privatkrankenanstalten aufgenommen sind, und bei Todesfällen an Lungentuberkulose.

Sehr praktisch und energisch zugleich sind die Amerikaner in Newyork vorgegangen. Dort erhalten die Aerzte Gläser zur Entnahme von Sputum; dasselbe wird kostenlos untersucht und den Aerzten sogleich das Resultat mitgetheilt mit der Aufforderung, den Kranken und seine Umgebung über die Behandlung des Sputums zu unterrichten und die Desinfektion anzuordnen. Auf Wunsch des Arztes wird auch ein Medizinalinspektor in die Wohnung geschickt. Die Desinfektion erfolgt obligatorisch und meist kostenlos. Nach dem Tode eines Tuberkulösen wird an die Wohnung ein Zettel geklebt, wonach dieselbe nicht eher vermiethet werden darf, bis sie desinfizirt ist.[1])

Das seit dem 1. Januar 1901 in Norwegen in Kraft getretene Tuberkulosegesetz enthält wohl die einschneidensten Bestimmungen. Es fordert, dass alle tuberkulösen Krankheiten, soweit dieselben mit Absonderungen verbunden sind, welche als gefährlich in Bezug auf eine etwaige Ausbreitung der Krankheit angesehen werden können, von dem behandelnden Arzte dem Distriktsarzte, der Vorsitzender der Gesundheitskommission ist, zu melden sind. Der behandelnde Arzt hat für die Durchführung zweckmässiger hygienischer Anweisungen zu sorgen, und wenn er sich hierzu ausser Stande sieht, den Vorsitzenden der Gesundheits-Kommission davon in Kenntniss zu setzen. Bei Kranken, die von keinem Azzte behandelt werden, ist der Distriktsarzt verpflichtet, dieselben zu überwachen oder überwachen zu lassen. Falls der Kranke oder seine Umgebung es unterlassen, den hygienischen Vorschriften Folge zu leisten, kann die Gesundheits-Kommission die Verlegung des Kranken in ein Krankenhaus beschliessen; doch dürfen Ehegatten nicht getrennt werden.[2])

Es muss zunächst befremden, dass heute, obgleich die Erkenntniss von dem ungeheuren Umfange und der todtbringenden Thätigkeit der Tuberkulose in den intelligenteren Schichten der zivilisirten Nationen wohl überall Eingang gefunden hat, von Seiten der meisten Staaten der erste Schritt auf dem Wege der Bekämpfung dieser Krankheit, bestehend in der Einführung der allgemeinen Anzeigepflicht, noch nicht gethan ist. Heute, wo man gegen viele andere, bei uns nicht heimische Krankheiten die eingehendsten und eingreifendsten Massregeln vorgesehen hat. Der Grund für dies vorsichtige Vorgehen von Seiten der Staaten ist in der Sonderstellung der Tuberkulose gegenüber allen anderen ansteckenden Krankheiten zu suchen. Die Tuberkulösen bleiben meist Monate, ja Jahre lang noch arbeitsfähig, während die an

---

unterlassenen Ausdehnung auf die Kurpfuscher für wirkungslos hielten —; der letzte Einwand scheint berechtigt zu sein.

[1]) Nach Gärtner im Handbuch der Therapie innerer Krankheiten; Bd. I.

[2]) Nach der Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. II, 4.

anderen ansteckenden Krankheiten Leidenden bald bettlägerig werden, und so leicht isolirt werden können.

Das wirksamste Abwehrmittel gegen alle ansteckenden Krankheiten, die Isolirung, scheint daher bei den tuberkulös Kranken unmöglich zu sein. Man würde also scheinbar durch eine allgemeine Anzeigepflicht nur die Statistik verbessern; und auch die dadurch gewonnenen statistischen Zahlen würden noch nicht einwandfrei sein, da heute noch viele Tuberkulöse im ersten Stadium der Krankheit, und auch solche, welche im vorgerückten Alter Lungentuberkulose bekommen, nicht als tuberkulös erkannt werden. Aber soll man deshalb auf die allgemeine von den Aerzten (und den Kurpfuschern) zu leistende Anzeige verzichten? Ich meine: Nein! Denn abgesehen davon, dass dadurch die öffentliche Aufmerksamkeit immer wieder auf die Tuberkulose hingezogen wird, würde doch auch unsere Kenntniss über die Verbreitung der Krankheit trotz der oben angeführten Mängel bedeutend zuverlässiger werden. Die jetzt vom statistischen Bureau in Preussen veröffentlichten Zahlen über die Sterbefälle an Tuberkulose beruhen auf den Angaben von Laien. Die Standesbeamten tragen die Angaben der Anverwandten über die Todesursache des Gestorbenen in die Listen ein. Diese Letzteren sagen ja allerdings häufig das aus, was der Arzt über die Krankheit gesagt hat, in vielen Fällen jedoch geben sie aus Unwissenheit, weil sie den Arzt — und mancher Arzt sagt sehr wenig über den Charakter der Krankheit — nicht recht verstanden haben, eine falsche Todesursache an, in anderen Fällen auch wohl mit Absicht. Ist es doch schon bekannt genug, dass Lungenschwindsucht bei den Eltern oder nahen Verwandten für die Lebensversicherungen ein Grund zum Abweisen ist. Die Exaktheit der Statistik würde jedenfalls sehr gewinnen, wenn künftighin von den Aerzten die Anzeige der Tuberkuloseerkrankung erfolgte. Werden doch heute, um noch einige Beispiele anzuführen, wahrscheinlich alle unter dem Bilde der Lungenentzündung endigenden Tuberkulösen als an Lungenentzündung gestorben registrirt, viele Tuberkulöse, die im hohen Alter sterben, als an Altersschwäche gestorben angegeben. Und wie stark ist die Rubrik mit der Ueberschrift „andere, nicht angegebene und unbekannte Todesursachen“ gefüllt!

Um übrigens die vorher angegebenen Mängel, die das Resultat der statistischen Uebersicht über die Verbreitung der Tuberkulose auch bei eingeführter Anzeigepflicht noch lückenhaft erscheinen lassen, auszumerzen, sind Massnahmen nöthig, die, um allgemein durchgeführt zu werden, der Hülfe des Staates benöthigen — Massnahmen, die, wie das kaum besonders betont zu werden braucht, nicht allein der Statistik, sondern ebenso sehr der Bekämpfung der Tuberkulose dienen.

Da die meisten Aerzte entweder zu sehr mit Arbeiten überhäuft, oder zu wenig geübt sind, um Tuberkelbazillenuntersuchungen zu machen, so unterbleibt diese Untersuchung in sehr vielen Fällen. Die Diagnose wird dann auf den Symptomen des bestehenden Lungenkatarrhs und den anderen Krankheitserscheinungen

aufgebaut. Und doch ist die Diagnose durch Nachweis von Tuberkelbazillen in den Fällen, wo Sputum vorhanden ist, unbedingt zu fordern, da alle andere Erscheinungen, wie das ja hier nicht näher ausgeführt zu werden braucht, täuschen können. Im Frühstadium der Tuberkulose ist die dadurch gewonnene sichere Diagnose wegen Einleitung des doch ziemlich kostspieligen Heilverfahrens absolut wünschenswerth, und bei der Lungentuberkulose des Alters, die meist mit viel Auswurf einhergeht, und bei der ja die sonstigen Krankheitserscheinungen so sehr zu fehlen pflegen, dass unter den Laien noch immer der Glaube verbreitet ist, alte Leute könnten überhaupt keine Schwindsucht bekommen, ist sie wegen der gegen die Uebertragungsgefahr nöthigen Vorsichtsmassregeln schon gar nicht zu umgehen. Daher ist anzustreben, dass für bestimmte Bezirke Institute oder Aerzte öffentlich bekannt gegeben werden, welche verpflichtet sind, die ihnen von den Aerzten eingesandten Sputa sogleich auf Tuberkelbazillen zu untersuchen und über den Befund an die Einsender zu berichten. Die Kosten für diese Untersuchungen wären festzulegen und müssten bei der ärmeren Bevölkerung von dem Bezirke oder dem Staate, bei der wohlhabenderen von dieser selbst getragen werden. Ausserdem wäre es wünschenswerth, dass zunächst in Bezirken, in denen die Tuberkulose besonders verbreitet ist, Aerzte gegen bestimmte Vergütung verpflichtet würden, je nach Bedarf wöchentlich eine oder mehrere Sprechstunden für unbemittelte Lungenleidende abzuhalten, eine Einrichtung, wie sie schon in vielen Städten (Berlin, Kiel, Greifswald, Halle, Bonn, Stettin, Wiesbaden) in Form von Polikliniken für Lungenkranke eingeführt ist.[1])

Bei einer allgemeinen Durchführung dieser Massnahmen würden nur wenige Tuberkulöse der Erkennung entgehen, die überwiegende Mehrzahl würde zur Anzeige kommen. Wie aber sollte man nun weiter verfahren? Mit einer einfachen Registrirung der gemeldeten Fälle dürfte und würde sich der Staat bei dem heutigen Stande unseres Wissens über die Tuberkulose nicht begnügen. Betreffs der zu ergreifenden weiteren Massregeln müsste man nun, um überhaupt von Seiten der Regierungen und Parlamente ein Eingehen auf diese Frage zu ermöglichen, die Forderungen stellen, dass dieselben die individuelle Freiheit nicht zu sehr beschränken und den Staatssäckel nicht zu sehr belasten. Was die letzte Frage anlangt, so dringt die Erkenntniss immer mehr durch, dass Ausgaben auf gesundheitlichem Gebiete sich besser rentiren als alle andern, wenn auch die Früchte hier nicht sofort reifen; man ist in Folge dessen hier immer freigebiger geworden. Die individuelle Freiheit muss in gewissen Grenzen gewahrt werden; aber, wenn auch zwangsweise Entfernung der Kranken aus der menschlichen Gesellschaft, wie die Ausstossung der Aussätzigen im Alterthum, heute nicht mehr in Betracht kommt, so zeigen uns doch Amerikaner und Norweger wie man trotzdem energisch mit polizeilichen Massnahmen vorgehen kann, wo man

[1]) Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. II, 2.

es für unerlässlich nöthig erachtet. Die Amerikaner haben in Newyork das Ausspeien auf den Strassen verboten und auf das Ausspeien in Strassenbahnwagen eine Strafe von 500 Dollars oder 1 Jahr Gefängniss oder beides zusammen gesetzt;[1]) sie haben die Einwanderung von Tuberkulösen in ihr Land untersagt; sämmtliche Fahrgäste der ankommenden Schiffe werden untersucht und bei Konstatirung von Tuberkulose zurückgewiesen; sogar tuberkulöse Kinder gesunder Eltern sollen in Begleitung ihrer Eltern nicht aufgenommen werden[2]). Die norwegische Staatsbahnverwaltung hat in sämmtlichen Wagen eine Bekanntmachuug anbringen lassen, in der zur Benutzung der aufgestellten Spucknäpfe aufgefordert wird. Das Zugpersonal ist angewiesen, die Fahrgäste, die anderswohin spucken, aus dem Zuge zu entfernen. In Deutschland hat sich neuerdings von Leyden für ein ähnliches Vorgehen ausgesprochen.[3])

Der in Preussen auf dem Gebiete der Tuberkuloseabwehr zu beschreitende Weg ist seit dem Inkrafttreten des neuen Kreisarztgesetzes und nach den Gesichtspunkten, welche das Reichsgesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 aufgestellt hat, genau vorgezeichnet. Die Anzeige würde durch die Aerzte, wie bei allen andern anzeigepflichtigen Krankheiten, an die Ortspolizeibehörde erfolgen, von dort würde sie an die Kreismedizinalbeamten weiter gegeben. Bei allen Fällen nun, welche eine besondere Gefahr für die Weiterverbreitung aus der Anzeige erkennen lassen, hätten die Medizinalbeamten oder in grösseren Städten, wo die dadurch bedingte Arbeitslast eine zu grosse würde, besondere Beamte, nennen wir sie Medizinalinspektoren, unter denen sich auch Aerzte befinden könnten, an Ort und Stelle die Sachlage zu prüfen, Vorschriften zu geben und Belehrung zu ertheilen. Auf die Einzelheiten der ganzen Massnahmen will ich hier nicht eingehen, es ist darüber in letzter Zeit viel geschriehen und gesprochen. Die ganze Ausführung würde jedoch viel Arbeitskraft, Takt und Umsicht seitens der Medizinalbeamten erfordern.

In den Fällen, bei denen das öffentliche Interesse weniger in Frage kommt, da keine besondere Gefahr der Ansteckung vorliegt, würde den behandelnden Aerzten die Belehrung und Anordnung der nöthigen Vorsichtsmassregeln überlassen bleiben.

Um die so nothwendige Isolirung der Schwerkranken zu befördern, wäre zu bedenken, ob man nicht von Seiten des Staates oder der Gemeinden Freibetten in den in neuer Zeit mit Recht so dringend geforderten Tuberkuloseasylen oder in den Tuberkuloseabtheilungen der Krankenhäuser einrichten soll, die solche Kranken aufzunehmen bestimmt würden, bei denen die Gefahr einer Ansteckung eine besonders grosse wäre.

Wenn nun eine Anzeigepflicht nur für Todesfälle an Tuber-

---

[1]) Nach Pütter in der Zeitschrift für Krankenpflege; 23. Jahrgang, November 1901.

[2]) Nach „d. r. Kreuz"; XX. Jahrgang, 1902, Nr. 3.

[3]) Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. II, 6.

kulose eingeführt würde, so wäre das eine halbe Massregel, da ja dann gerade die schlimmsten Quellen der Ansteckung, die Monate und Jahre lang speienden Schwerkranken unberücksichtigt blieben, und bei einer Desinfektion nur ein Mal innerhalb von Monaten die gerade noch lebens- und ansteckungsfähigen Bazillen vernichtet würden. Würde man anderseits die Anzeige nur in solchen Fällen fordern, bei denen eine besondere Gefahr der Uebertragung vorläge, so würde man zunächst kein genaues statistisches Bild über die Ausdehnung der Tuberkulose bekommen, dann aber zugleich einen gewissen Unterschied zwischen den meldepflichtigen und den nicht zu meldenden Tuberkulösen schaffen, der die ersteren veranlassen könnte, sich der Anzeigepflicht zu entziehen. Ausserdem würde es selbst bei genauen Vorschriften darüber sehr oft in das Belieben der Aerzte (resp. Kurpfuscher) gestellt, wen sie anzeigen wollten und wen nicht; damit wäre aber der Einheitlichkeit des ganzen Meldesystems und zugleich der Wirkung der Abwehrmassregeln entschiedener Abbruch gethan. Es ist daher zu fordern, dass eine allgemeine Anzeigepflicht aller Fälle von Tuberkulose, welche ansteckungsfähig sind, für die Aerzte (und Kurpfuscher) eingeführt wird.

Nach alledem fasse ich meine Ausführungen kurz in folgende Sätze zusammen:

1. Die Einführung der Anzeigepflicht für alle ansteckenden Fälle von Tuberkulose ist zur genauen Kenntniss der Ausbreitung dieser Krankheit, vor Allem aber um die Grundlage für ein energisches, einheitliches Einschreiten gegen ihre Verbreitung zu gewinnen, unumgänglich nöthig.

2. Zur Erkennung aller Tuberkulosefälle sind

a. die Einführung von Untersuchungsstellen für Tuberkelbazillen,

b. zunächst in allen grösseren Städten und in besonders verseuchten Gegenden unentgeltliche Sprechstunden für unbemittelte Lungenkranke anzustreben.

Zur Entziehung des Hebammenprüfungszeugnisses wegen Abnahme der geistigen Fähigkeiten.

Von Dr. Schmidt, Reg.- und Geh. Med.-Rath in Liegnitz.

Eine nahezu zehnjährige Thätigkeit als Dezernent für das Medizinalwesen in drei Regierungsbezirken gab mir Gelegenheit zu beobachten, dass zur Beseitigung älterer, zur Ausübung des Berufs geistig unfähig gewordener Hebammen seitens der Kreismedizinalbeamten nur ausnahmsweise die erforderlichen Schritte gethan werden. Die allgemeine Verfügung vom 6. August 1883, betreffend das Hebammenwesen, besagt zwar in §. 11, dass Bezirkshebammen, welche bei der Nachprüfung erhebliche Mängel an den erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnissen oder sonst wegen Schwäche ihrer ... geistigen Kräfte zu ihrem Beruf untauglich geworden sind, auf Antrag der Hebammenbezirke oder des Landraths aus ihrer Stellung als Bezirkshebamme von der

Bezirksverwaltungsbehörde (Regierungspräsident) entlassen werden können; damit ist aber der Gesundheitspflege wenig gedient, da der entlassenen Bezirkshebamme das Recht als freipraktizirende Hebamme an ihrem bisherigen Wohnsitz oder an einem anderen Orte ihrem Berufe nachzugehen verbleibt, ihre Anwesenheit aber nicht selten die Anstellung einer neuen Bezirkshebamme oder die Wirksamkeit anderer, brauchbarer Hebammen erschwert. Die genannte allgemeine Verfügung besagt zwar ferner im §. 12, dass die Zurücknahme des einer Hebamme ertheilten Prüfungszeugnisses nach Massgabe des §. 53, Abs. 2 der R. G. O. vom 21. Juni 1869 erfolgt, enthält aber weder selbst, noch in der beigegebenen Ausführungs-Instruktion nähere Anweisungen, was zu geschehen habe, wenn trotz der Nachprüfung vor dem Kreisphysikus (§. 5, Ziffer 6 a. a. O.) und ihrer vierteljährigen Wiederholung die „Erfüllung der gestellten Anforderungen" nicht erzielt wird.

Es war daher bei den Medizinalbeamten zu einem allgemein üblichen Verfahren geworden, ältere, nicht mehr fortbildungsfähige Hebammen von den regelmässigen 3jährigen Nachprüfungen sowohl, als von der Theilnahme an Wiederholungs-Lehrgängen der Provinzial-Hebammenlehranstalten auszuschliessen, im Uebrigen aber erst bei dem Vorkommen grober Pflichtwidrigkeiten, Gesundheitsbeschädigungen etc. zur Aufgabe ihres Berufs, entweder unter Herausgabe ihres Prüfungszeugnisses oder im Falle der Weigerung durch Einleitung des Verfahrens auf Entziehung des Prüfungszeugnisses zu nöthigen.

Mögen die betreffenden Medizinalbeamten sich hierbei vielfach von einem erklärlichen Mitleid mit der oft traurigen sozialen Lage der im Dienst alt und schwach gewordenen Hebammen zur Anwendung einer milden Praxis haben bestimmen lassen, so erscheint es doch geboten, sich zu vergegenwärtigen, dass der Medizinalbeamte auch auf diesem Gebiete der Gesundheitspflege die Aufgabe hat, Andere durch Vorbeugen vor Schaden zu bewahren. Es muss daher als Pflicht hingestellt werden, Hebammen, welche bei den gegebenen Falles $^1/_4$jährlich zu wiederholenden Nachprüfungen Unwissenheit oder Unfähigkeit zur Fortbildung zeigen, baldthunlichst aus dem Hebammenstande zu entfernen. Die Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 zeigt auch hierin einen Fortschritt, indem sie im §. 61, Abs. 7 daselbst in Erläuterung der §§. 5 und 6 der allgemeinen Verfügung vom 6. August 1883, vorschreibt:

„Erweisen sich die Kenntnisse bei mehrmaligen Nachprüfungen als dauernd ungenügend, so hat der Kreisarzt die Entziehung des Prüfungszeugnisses zu veranlassen."

Um den in dieser Richtung etwa weniger erfahrenen Kreisärzten zu zeigen, dass erhebliche Schwierigkeiten bezüglichen Anträgen seitens der Bezirksausschüsse nicht bereitet zu werden pflegen, möchte ich von den in letzter Zeit gemachten Beobachtungen nachstehend nur eine als typisch — unter Wiedergabe eines für den Bezirksausschuss zu Liegnitz erstatteten Gutachtens — hier veröffentlichen.

Das bei der Beantragung auf Entziehung des Prüfungszeugnisses einzuleitende Verfahren darf wohl als bekannt vorausgesetzt werden; es wird daher nur kurz in Erinnerung gebracht, dass nach Ziffer 49 der Ausführungsanweisung vom 9. August 1899 zur Ausführung des Titels I, II, IV, V der Reichs-Gewerbeordnung zur Erhebung der Klage auf Zurücknahme des Prüfungszeugnisses einer Hebamme die Ortspolizeibehörde, nach Einholung der Ermächtigung des Regierungspräsidenten zuständig ist.

Das Gutachten, dessen Unterlagen noch in die Zeit vor Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes und vor Erlass der Dienstanweisung für die Kreisärzte fallen, lautet:

„Die Eigenschaften, welche bei Ertheilung des Prüfungszeugnisses vorausgesetzt werden müssen, sind in der R. G. O. nicht enthalten; für deren Festsetzung sind die landesgesetzlichen Bestimmungen massgebend (§. 6 der R. G. O. und O. V. G.-Entscheidung vom 24. April 1878, Bd. III, S. 265). Voraussetzung für die Ertheilung des Prüfungszeugnisses ist einerseits das Vorhandensein der die Aufnahme einer Hebamme in die Hebammenlehranstalt bedingenden, in §. 3 unter Ziffer 1 der allgemeinen Verfügung, betr. das Hebammenwesen, vom 6. August 1883 bezeichneten körperlichen und geistigen Eigenschaften, anderseits das Bestehen der Prüfung vor einer Königlichen Prüfungskommission, als der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde (§. 30, Abs. 2 der R. G. O.), auf Grund des Prüfungsreglements vom 1. Dezember 1825 (Kabinets-Ordre vom 28. Juni 1824).

Eine der im §. 3, Ziffer 1 a. a. O. geforderten Eigenschaften ist „für den Hebammenberuf . . . geistig wohl befähigt zu sein". Sie ist durch eine von dem Kreisphysikus mit der in die Lehranstalt Aufzunehmenden abgehaltenen Prüfung nachzuweisen. — Die preussischen gesetzlichen Bestimmungen über die Erlangung des Prüfungszeugnisses sind, ausser in dem genannten Prüfungs-Reglement, in der Rundverfügung vom 6. Januar 1841 — Min.-Bl. f. d. i. Verw., S. 26 —, der Allerh. Ordre vom 22. Juni 1846, der Preuss. Gew.-Ordn. vom 17. Januar 1845, der auf Grund dieser erlassenen ministeriellen allgem. Verfügung vom 6. August 1883 und im §. 128 der Provinzial-Ordnung vom 20. Juni 1875 enthalten.

Nach §§. 83 und 84 des Prüfungsreglements (S. 275 des Preuss. Hebammenlehrbuches, Berlin 1892) hat die Hebammenschülerin in der Hebammenprüfung gewisse praktische Fertigkeiten und bestimmte Kenntnisse — letztere genau nach Anleitung des Hebammen-Lehrbuches —, sowie eine genügende Auffassungskraft für eine aus dem Lehrbuche zu entnehmende, von ihr vorzulesende Stelle nachzuweisen.

Nur diejenigen Schülerinnen, die ausser gewissen körperlichen und sittlichen Erfordernissen, die erforderliche geistige Qualifikation besitzen, und in Folge des Nachweises der vorgenannten Kenntnisse und Fertigkeiten die Prüfung bestanden haben, erhalten nach §. 4 der allg. Verfügung vom 6. August 1883 ein Prüfungszeugniss.

Die Hebamme S. hat ein solches[1]) auf Grund der Aufnahme in die Hebammenlehranstalt zu Breslau, des daselbst erhaltenen Lehrkursus und der mit „gut" bestandenen Prüfung von der Königl. Regierung, Abtheilung des Innern zu Liegnitz, gemäss des §. 45 der Preuss. Gew.-Ordnung vom 17. Januar 1845 und der eben genannten Rundverfügung vom 6. Januar 1841 am 7. September 1868 in der Form einer „Approbation" erhalten.

Sie ist 68 Jahre alt und hat in den von dem damaligen Kreisphysikus, jetzigen Kreisarzt Dr. L., wiederholt mit ihr nach Vorschrift alle 3 Jahre und anderweit abgehaltenen Nachprüfungen den Nachweis erbracht, dass sie derjenigen Eigenschaften ermangelt, die bei Ertheilung der Genehmigung (Approbation) vorausgesetzt werden mussten. Nachweis ergiebt sich aus Folgendem:

Im Jahre 1897 schon waren bei der Nachprüfung die Kenntnisse der S. als nur mittelmässig befunden worden; sie hatte also die Nachprüfung, da das

[1]) D. h. eine Approbation als Bezirkshebamme für den Bezirk Spittelndorf pp.

mindeste zum Bestehen der Nachprüfung erforderliche Zeugniss „genügend" nicht ertheilt werden konnte, nicht bestanden. Nach §. 5, Ziffer 6 der allgem. Verfügung vom 6. August 1883 hätte die S. demnach sich jedes Vierteljahr bis zur Erfüllung der gestellten Anforderungen einer abermaligen Nachprüfung unterziehen müssen. Der Kreisphysikus nahm jedoch hiervon Abstand weil er sie nicht mehr für unterrichtsfähig hielt.

Im Oktober v. J. nach Ablauf der 3jährigen Frist wurde sie der regelmässigen Nachprüfung mit ungenügendem Ergebniss unterzogen. Der hierüber erstattete Bericht des Kreisphysikus gab dem Herrn Regierungspräsidenten Veranlassung, dem Medizinalbeamten mittelst Verfügung vom 14. November 1900, P. VI, 12955, die Vornahme weiterer Nachprüfungen gemäss §. 5, Ziffer 6 a. a. O. aufzugeben. Auch hier war das Ergebniss ein nicht genügendes, da die S. in den Prüfungsgegenständen nur „oberflächlich" Bescheid wusste, namentlich auch für die Bedeutung des aseptischen Verfahrens beim Umgang mit Kreissenden und Wöchnerinnen nur „mangelhaftes Verständniss" zeigte. Eine Hebamme muss im Stande sein, sich nach den Vorschriften des Hebammenlehrbuches (vgl. §. 245, §. 71, Ziffer 3, §§. 107, 113, 237, 238, 296, 302 u. a.), sowohl 1—2proz., als 3proz. Karbolsäure-Lösungen herzustellen, mögen diese zur Desinfektion der Hände oder Arme, zu Einspritzungen oder Ausspülungen in warmem oder kaltem Zustande, bei üblen Ausflüssen oder Blutungen oder äusserlich zu Umschlägen Verwendung finden. Neuerdings ist durch einen Ministerialerlass auch die Anwendung des Lysols (anstatt der Karbolsäure) in 1proz. oder 2proz. Lösung den Hebammen, nach Einholung der Genehmigung des Kreisphysikus, gestattet worden. Sollen hierbei nicht bedenkliche Irrthümer unterlaufen, so bedarf es nicht lediglich einer mechanischen Abrichtung, sondern auch eines rechnerischen Verständnisses für die Herstellung der erforderlichen Desinfektions-Flüssigkeiten; thatsächlich war der Physikus nicht im Stande trotz aller Bemühungen, der S. das fehlende Verständniss für diesen äusserst wichtigen Zweig der Hebammenkunst beizubringen. Ebenso hatte sie kein genügendes Verständniss für die Anwendung des Thermometers nach Celsius- oder Réaumurgraden. Vorgeschrieben ist für sie das Thermometer nach Celsius; in den Haushaltungen findet sich jedoch meist noch das 80theilige nach Réaumur vor (§. 107, Ziffer 16 des Hebammen-Lehrbuchs). — Die Kenntniss und der verständige Gebrauch des Thermometers ist aber nach §. 333 a. a. O. eine für Hebammen äusserst wichtige Sache, sowohl zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten der Wöchnerinnen, als zur Messung der Temperatur von Einspritzungsflüssigkeiten, zur Bereitung des Badewassers (§. 127) u. a. m.

Die von dem Kreisphysikus angeführten Mängel in der Kenntniss der Lehre von der Asepsis und dem Thermometer sind nur Beispiele für die Unwissenheit der S. und würden sich bei weiteren Nachfragen noch vermehren lassen. Die Thatsache, dass die Nachprüfung am 3. Januar d. J. wiederum nicht bestanden wurde, bleibt bestehen. Es kann somit als erwiesen angesehen werden, dass die Hebamme S. seit dem Jahre 1897 wegen Abnahme ihrer geistigen Fähigkeiten es unterlassen hat, sich die Kenntnisse, welche sie bei Ertheilung der Approbation im Jahre 1868 besass, zu erhalten und nach Massgabe des geltenden Hebammenlehrbuches und der zu diesem ergangenen, ihr in den Nachprüfungen und anderweit bekannt gegebenen Min.-Erlassen in ausreichendem Masse zu ergänzen. Wegen der Abnahme ihrer geistigen Fähigkeiten konnte sie sich auch nicht an einem Wiederholungskursus in der Hebammen-Lehranstalt zu Breslau, — wie solche dort alljährlich mehrfach zur Fortbildung einer grösseren Anzahl Hebammen abgehalten werden, — betheiligen.

Ein Antrag auf Aberkennung des Prüfungszeugnisses wegen ungenügender Kenntnisse und Fertigkeiten ist seitens des Kreisphysikus nur deshalb bisher nicht gestellt worden, weil ihm bestimmte nachtheilige Folgen von der Unzulänglichkeit der S. nicht bekannt geworden waren.

Bei Handlungen oder Unterlassungen, welche den Mangel geistiger Eigenschaften begründen, ist der Nachweis des Verschuldens nicht nothwendig (O.-Verw.-Ger.-Entscheidung vom 7. Februar 1899, XVII, S. 365). Dagegen kann das Nichtbestehen der Nachprüfungen als ein Beweis dafür angesehen werden, dass die Hebamme es unterlassen hat, sich den dauernden Besitz der zu einer für ihre Pflegebefohlenen gefahrlosen Ausübung des Hebammengewerbes nothwendigen Kenntnisse und technischen Fertigkeiten zu erhalten.

Aus dem Verhalten der S. ist der objektive Mangel der bei Ertheilung des Prüfungszeugnisses vorausgesetzten Fähigkeiten und Kenntnisse erwiesen. Die Voraussetzungen des Abs. 2 des §. 53 der R. G. O. liegen vor; die Zurücknahme des im §. 30, Abs. 2 bezeichneten Prüfungszeugnisses erscheint nicht nur zulässig, sondern im Interesse des die Dienste der Hebammen in Anspruch nehmenden Publikums nothwendig.

Durch Entscheidung des Bezirksausschusses vom 15. Oktober 1901 wurde der Beklagten das Hebammenprüfungszeugniss entzogen und die Kosten des Verfahrens auferlegt.

In dem ausgefertigten Erkenntniss schloss sich der Bezirksaussschuss in jeder Weise den in vorstehendem Gutachten enthaltenen Ausführungen an, im Besonderen am Schlusse hervorhebend, dass der Besitz der vorgeschriebenen Kenntnisse zu einer gefahrlosen Ausübung des Hebammenberufs nöthig sei, die Hebamme es aber unterlassen habe, sich den dauernden Besitz der nothwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zu erhalten und nach Massgabe der ergangenen Vorschriften zu ergänzen; dass diese Unterlassung durch die Abnahme ihrer geistigen Fähigkeiten begründet sei, also nicht auf einem schuldhaften Verhalten der Beklagten beruhe, sei für die Anwendung des §. 53 der Gew.-O. unerheblich. —

Man sieht, dass Gutachten und Erkenntniss nichts Neues bringen; wenn sie indessen Anderen die Anregung zum Betreten des gleichen Weges geben, so wäre der Zweck der Veröffentlichung erreicht.

Bericht über die am 31. Dezember 1901, Mittags 12 Uhr, in dem grossen Sitzungssaale der Königl. Regierung zu Cöln durch den Herrn Regierungspräsidenten zusammenberufene Konferenz der Medizinalbeamten.

Es waren anwesend die Herren Reg.-Präsident von Balan, Ob.-Reg.-Rath Fink, Reg.- und Med.-Rath Dr. Rusak, Reg.- und Gewerbe-Rath Trilling, Reg.-Rath Kramer (von der Schulabtheilung), letztere beiden Herren nur während der ihr Dezernat betreffenden Abschnitte; ferner die Kreisärzte: Dr. Bachem-Euskirchen, Dr. Eickhoff-Gummersbach, Med.-Rath Dr. Esch-Waltrup-Cöln (Land), Med.-Rath Dr. Herwig-Rheinbach, Dr. Hillebrand-Bergheim, Dr. Lewicki-Waldbroel, Dr. Meder-Cöln (Stadt), Dr. Meerbeck-Wipperfürth, Geh. Med.-Rath Dr. Moers-Mülheim (Rhein), Dr. Schneider-Siegburg, Dr. Wirsch-Bonn, die Gerichtsärzte: Dr. Longard-Cöln, Med.-Rath Prof. Dr. Ungar-Bonn, die Kreiswundärzte z. D. Dr. Aeckersberg-Berg. Gladbach und San.-Rath Dr. Remmets-Honnef, die pro physicatu geprüften Aerzte: Dr. P. Krautwig-Cöln und Dr. Rathmann-Mülheim (Rhein).

Gegenstand der Tagesordnung:

Berathung über die Durchführung der Dienstanweisung für Kreisärzte.

Die Konferenz bildete eine Fortsetzung der Berathungen in der amtlichen Versammlung vom 2. Juni 1901, bei der nur die erste Hälfte der Dienstanweisung (bis Abschnitt XIV inkl.) hatte erledigt werden können.

Bei folgenden Abschnitten kam es zu bemerkenswerthen Erörterungen, deren Ergebniss nachstehend kurz wiedergegeben ist.

Heilgehülfen etc. (Abschnitt XVI). Hier wurde darauf aufmerksam gemacht, dass in Formular I, Nr. 5, das auch für die Heilgehülfenliste vorgeschrieben sei, sich eine Rubrik: Nachprüfungen etc. findet, die natürlich einstweilen nicht ausgefüllt werden könne, da Nachprüfungen für Heilgehülfen hier nicht bestehen.

Allgemeine, das öffentliche Gesundheitswesen betreffende

Besichtigungen und Untersuchungen (Abschnitt XVIII). Bezüglich der Ortschaftsbesichtigungen wurde die Frage aufgeworfen, ob man im Jahre die Ortschaften immer nur einer Bürgermeisterei, oder bald hier, bald da eine Ortschaft auswechselnden Bürgermeistereien revidiren solle. Letzteres sei zwar für den Staat kostspieliger, aber anderseits werde nur so die Besichtigung eine wirklich unvermuthete sein können; auch würde dann die einzelne Bürgermeisterei nicht in einem Jahre durch event. in Folge der Besichtigung verlangte sanitäre Verbesserung so akut belastet, als wie bei dem ersten Modus.

Der Herr Regierungspräsident stellte jedem Einzelnen anheim, so zu verfahren, wie er es für das Angemessenste halte.

Nach Angabe des Herrn Regierungs- und Medizinalraths ist unter dem „Plan" für die Ortschaftsbesichtigungen im Sinne des Abs. 2 von §. 69 eine allgemeine Uebersicht über die Eintheilung für das Quinquennium zu verstehen. In das alljährlich einzureichende „Verzeichniss" (Abs. 3) seien dann die Details über die im kommenden Jahre zu revidirenden Orte aufzunehmen, das Datum der einzelnen Besichtigungen brauche nicht schon im Voraus angegeben zu werden.

Verhütung und Bekämpfung ansteckender Krankheiten (Abschnitt XXII). Hier mahnte anlässlich eines konkreten Falles der Herr Regierungs- und Medizinalrath zur Vorsicht gegenüber den behandelnden Aerzten, da deren unverdrossene Mitarbeit bei der Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten unbedingt nothwendig sei. Falls die Diagnose von ärztlicher Seite gestellt sei, sei für gewöhnlich eine Nachprüfung derselben durch den Kreisarzt überflüssig und zu vermeiden. Zu den örtlichen Feststellungen sei der behandelnde Arzt gemäss §. 23 der Dienstanweisung zuzuziehen, jedenfalls vorher zu benachrichtigen; die aus der Versammlung vorgebrachten Bedenken über die Durchführbarkeit in allen Fällen beträfen doch nur verschwindende Ausnahmen, die hier füglich unberücksichtigt bleiben könnten.

Gewerbehygiene (Abschnitt XXV). Bei diesem Kapitel wurde den Kreisärzten von Seiten der anwesenden Regierungs-Mitglieder der Rath gegeben, sich bei Besichtigungen von Fabriken immer mit der Ortspolizeibehörde oder dem Gewerbeaufsichtsbeamten in Verbindung zu setzen.

Auf eine Anfrage wurde festgestellt, dass Molkereien als landwirthschaftliche Betriebe gelten, wenn der Besitzer nur die Milch von seinen eigenen Kühen verarbeite, dass aber die Genossenschaftsmolkereien, welche die Milch von mehreren Produzenten verwerthen, zu den gewerblichen Betrieben, auch im Sinne dieses Abschnittes, zu rechnen seien.

Es wurde übrigens noch der Erlass einer Polizei-Verordnung über den Verkehr mit Milch in Aussicht gestellt, bei der auch die Beaufsichtigung der Molkereien eine Regelung finden werde.

Schulhygiene. (Abschnitt XXVI). Im Anschluss an die Besprechung der §§. 94—97 wurden verschiedene Anfragen laut, die in folgender Weise Beantwortung fanden:

Die Uebersichten auf Formular IX über das Ergebniss der kreisärztlichen Besichtigungen von Mittelschulen und event. auch höheren Töchterschulen, die nicht den Kreisschulinspektoren, sondern der Königlichen Regierung unmittelbar unterstellt sind, seien der Königlichen Regierung, Abtheilung für Kirchen und Schulen, direkt einzusenden, ähnlich wie bei Fortbildungsschulen.

Ein offizielles Maass für Schulbänke gebe es nicht, auch die sogenannten Cölner Maasse, von denen man hier oft lese, seien keine solchen.

Der Schulvorstand im Sinne des §. 94, Abs. 2 sei ganz verschieden zusammengesetzt und könne als Vorsitzenden den Bürgermeister, den Ortsschulinspektor oder auch Laien haben. Da dieser bei den wichtigen finanziellen Fragen in erster Linie mitzusprechen habe, sei es dringend nothwendig, ihn bei den kreisärztlichen Schulbesichtigungen zuzuziehen. Der Kreisarzt solle es auch vermeiden, bei der Besichtigung bestimmte Gegenstände oder Einrichtungen als änderungsbedürftig zu erklären, da er darüber nicht allein zu entscheiden habe. Er solle vielmehr an die Königliche Regierung, Abtheilung für Kirchen und Schulen, berichten, die dann, event. der Kreis- oder der Bezirksausschuss, die Entscheidung treffe, was geschehen müsse und könne. Auf weitere Anregungen hin wurde der Erlass von Verfügungen in Aussicht gestellt, in Verfolg deren 1. den Kreisärzten mitgetheilt werden soll a) von Seiten der Kreis-

schulinspektoren: Ort, Tag, Stunde und Tagesordnung der Kreislehrerkonferenzen, b) von Seiten der Regierungs- und Schulräthe: Tag und Stunde ihrer Revisionen von Schulen in dem Kreise, damit der Kreisarzt event. sich dazu einfinden und seine Besichtigung damit verbinden könne; 2) der Kreisarzt ermächtigt wird (als Erläuterung des Wortlautes von Ziffer 2 des Formulars IX) auch die Lehrerwohnung auf Klagen des Lehrers hin zu besichtigen.

Haltekinderwesen (Abschnitt XXVII). Allseitig wurde die Ausdehnung der Thätigkeit des Kreisarztes auch nach dieser Richtung hin als ein grosser Fortschritt angesehen. Die Revisionen ausserhalb des Wohnortes seien gelegentlich, namentlich auch bei den Ortsbesichtigungen, vorzunehmen. Einer besonderen Requisition von Seiten der Polizeibehörden bedürfe es nicht.

Fürsorge für Kranke etc. (Abschnitt XXVIII). Hier wurde hervorgehoben, dass auf Grund der Besichtigungen ein schriftlicher Revisionsbescheid dem Krankenhausvorstand zu ertheilen sei.

Begräbnisswesen (Abschnitt XXXIII). Der Herr Regierungs- und Medizinalrath macht darauf aufmerksam, dass die Besichtigung der Leiche und der vorschriftsmässigen Einsargung vor Ausstellung der Leichentransportscheine, welche früher durch Regierungsverfügung vorgeschrieben war, jetzt nicht mehr nöthig ist.

Die Kreisärzte von Cöln (Stadt) und Mülheim (Rhein) wollten Erleichterungen gestattet wissen zwischen den drei aneinanderstossenden, aber verschiedenen Kreisen angehörenden Orten Deutz (Kreis Cöln Stadt), Kalk (Cöln Land) und Mülheim a. Rh. (Kreis Mülheim), da bei dem eigenthümlichen Verlauf der Kreisgrenzen, wenn bei jeder Ueberführung von einem Orte in den anderen jedes Mal Leichenpässe verlangt werden, sanitär nicht zu rechtfertigende Härten, ja Absurditäten zu Tage getreten seien. Als ein wesentlicher Missstand wurde es empfunden, dass Leichen oft auf dem Friedhofe neben der Kapelle oder gar auf öffentlichen Plätzen hier und da länger aufgestellt werden, so dass nicht selten aus dem Sarge Leichenflüssigkeit heraustropfte. Wolle man nicht ein prinzipielles Verbot erlassen, so sei wenigstens ein dichter Sarg vorzuschreiben.

Der Herr Regierungs- und Medizinalrath ersuchte dringend um rechtzeitige Einsendung des Jahresberichts zum 1. April, da nach neuerer Verfügung der Zentralinstanz der Regierungs- und Medizinalrath diese innerhalb eines weiteren Vierteljahrs alljährlich zu einem Generalsanitätsbericht verarbeiten müsse.

Von mehreren Seiten wurden Klagen laut, dass die Berichte der Armenärzte nicht eingingen, bezw. gänzlich inhaltlos seien, vielleicht sei durch Erlass eines Berichtsschemas Besserung zu erzielen, das jedoch nicht zu ausführlich und zu zeitraubend sein dürfe.

Aus diesem kurzen Bericht erhellt schon hinreichend, wieviel Belehrung und Anregung die Konferenz gegeben hatte; auch kann nur durch eine solche gegenseitige Aussprache die nöthige Einheitlichkeit und Gleichmässigkeit bei der Ausführung strittiger Punkte der Dienstanweisung erzielt werden.

Ein einfaches Mahl im „Cölner Hof", an dem auch der Herr Regierungspräsident v. Balan und Herr Oberregierungsrath Fink theilnahmen, liess nach der ca. 4stündigen Berathung auch den Magen zu seinem Rechte kommen.

Dr. Meder-Cöln (Stadt).

Bericht über die am 4. Mai d. J. abgehaltene 1. Jahres-Versammlung des Württembergischen Medizinalbeamten-Vereins in Stuttgart.

Theilnehmer: 37 Mitglieder.

I. Geschäftliches.

Der Vorsitzende, Medizinalrath Dr. Köstlin-Stuttgart, wies in seiner Begrüssungsrede darauf hin, dass die Gründung eines Württembergischen Medizinalvereins mit einem gleichzeitigen Anschluss an den Deutschen Gesammtverein einem wirklichen Bedürfnisse und einem thatsächlichen Wunsche der württembergischen Medizinalbeamten entsprochen habe, dafür spreche, dass der Verein heute über 60 Mitglieder zähle. Der Verein könne damit für die Zukunft als gesichert betrachtet werden. Als ganz besonders günstiges Zeichen möchte Redner es ansehen, dass auch die Vertreter der Wissenschaft, Lehrer

der Landesuniversität, Mitglieder des K. Medizinalkollegiums, sowie Direktoren von Irrenanstalten und anderen staatlichen Krankenanstalten den Bestrebungen des Vereins von Anfang an ein wohlwollendes Interesse entgegengebracht haben. Mit dem Wunsche, dass der neue Verein auch fernerhin wachsen, blühen und gedeihen möge, eröffnete der Vorsitzende die erste Jahresversammlung, und berichtete sodann, nachdem er des verstorbenen Mitgliedes, Oberamtsarzt Dr. Käfer-Welzheim, gedacht hatte, über die am 20. April d. J. in Frankfurt a. M. abgehaltene Sitzung des provisorischen Ausschusses des Deutschen Medizinalbeamtenvereins (s. das Protokoll darüber, Nr. 12, S. 439 der Zeitschrift).

Es wird sodann für den Württembergischen Medizinalverein ein Jahresbeitrag von 2 M. zur Deckung der Kosten für Drucksachen, Einladungen etc. einstimmig beschlossen, für die Jahressitzungen der Monat April gewählt, und entgegen einem Antrag Staudenmayer's-Langenburg mit grosser Stimmenmehrheit bestimmt, dass die Sitzungen an einem Sonntag und nicht an einem Werktag stattfinden sollen.

II. Ueber Störungen der Erinnerungsfähigkeit.

Der Vortragende, H. Prof. Dr. Wollenberg-Tübingen, erläutert zunächst die Begriffe „Gedächtniss“ und „Merkfähigkeit“ und geht in einigen psychologischen Vorbemerkungen insbesondere auf den Assoziationsvorgang und seine Beziehungen zur Erinnerungsfähigkeit ein. An den Fällen von retrograder Amnesie, wie sie nach Gehirnerschütterungen, Erhängungsversuchen, nach Vergiftungen, akuten Infektionskrankheiten (Typhus), nach Krampfanfällen etc. beobachtet wird, zeigt er sodann, dass auch mit völlig ungestörter Merkfähigkeit aufgenommene Eindrücke nachträglich der Erinnerung vollkommen entzogen werden können. Für das Verständniss der krankhaften Störungen der Erinnerungsfähigkeit ist die Kenntniss ihrer normalen Mängel nothwendig. In dieser Beziehung bespricht der Vortragende die individuelle Bevorzugung einzelner (optischer, akustischer etc.) Komponenten der Erinnerungsbilder, ferner die allgemeine Unschärfe der reproduzirten Eindrücke im Vergleich mit den ursprünglichen Wahrnehmungen, was besonders mit Bezug auf die Unvollkommenheit reproduzirter früherer Gefühle und Stimmungen ausgeführt wird. Weiter erörtert Redner die physiologischen Mängel der zeitlichen Einordnung früherer Erlebnisse, die den Kindheits- und Alterserinnerungen anhaftenden Ungenauigkeiten, die Beeinflussung des Assoziationsvorganges und damit der späteren Reproduktionstreue durch Affekte. In qualitativer Hinsicht werden die Erinnerungsfälschungen durch Produkte der Phantasie, durch Verwechselung von Geträumtem, Gelesenem, Gehörtem mit Selbsterlebtem, wie wir sie bei Kindern und entsprechend veranlagten Erwachsenen antreffen, endlich die sogen. identifizirenden Erinnerungsfälschungen besprochen. Die grosse Bedeutung dieser „normalen“ Mängel der Erinnerungsfähigkeit für die forensische Praxis wird durch Beispiele erläutert. Zwischen ihnen und den krankhaften Störungen der Erinnerung findet sich keine scharfe Grenze. Dies wird im Hinblick auf die Konfabulation und die Pseudologia phantastica (Delbrück) unter Anführung von Beispielen aus der Praxis ausgeführt. Zum Schluss geht Vortragender ein auf die Fälle erworbener psychischer Schwäche, in denen es sich um einen nach Erschöpfungen, fieberhaften Krankheiten, Delirien, epileptischen Anfällen etc. entstandenen Zustand akuter Denkhemmung mit entsprechender Schädigung der Erinnerungsfähigkeit handelt, und endlich auf die Zustände krankhafter Bewusstseinsstörung im eigentlichen Sinne mit ihren sehr verschieden gearteten Erinnerungsdefekten.

In der Diskussion bemerkte Direktor Kreuser-Winnenthal: Besonders dankenswerth ist es gewiss, dass in dem eben gehörten Vortrage die quantitative und qualitative Mangelhaftigkeit des Erinnerungsvermögens auch beim gesunden Menschen so eingehend und klar beleuchtet worden ist. Schon diese ist für die forensische Praxis von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit. Im Bestreben nach möglichster Aufklärung des Sachverhalts stützen sich die Richter nicht selten hauptsächlich auf ein peinliches Zeugenverhör. Nicht wenige Zeugen, zumal solche von bescheidener Bildung, ergänzen dann instinktiv die Mangelhaftigkeit ihrer Erinnerungen aus der Phantasie und anstatt wiederzugeben, an was sie sich wirklich erinnern, sagen sie in gutem Glauben als ihre Erinnerung aus, wie sie sich in Wahrheit nur denken, dass sich die Dinge

zugetragen haben können. Noch mehr muss dies zutreffen bei Individuen mit krankhaften Bewusstseinszuständen. Die an solche sich anschliessende mehr oder weniger vollständige Amnesie und ihre Begrenzung kommt den Betreffenden keineswegs immer zu klarer Erkenntniss. Begreiflicher Weise sind Richter gegen nichts so misstrauisch, als gegen ein so bequemes Auskunftsmittel, wie es für einen Angeklagten die Ableugnung aller Erinnerungen für einen bestimmten Zeitabschnitt ist, zumal wenn dieser in Widersprüche über die Begrenzung und Vollständigkeit seines Erinnerungsdefekts geräth. Dem gegenüber wird der Arzt immer wieder Veranlassung haben, auf die verschiedenartigen krankhaften Erinnerungsstörungen besonders bei Epileptikern hinzuweisen, die in der That mitunter noch bedeutender sind, als die Exploranden selbst sie angegeben haben.

III. Ueber Abwasserreinigung.

Herr Med.-Rath Dr. Scheurlen-Stuttgart: Die Frage der Beseitigung und Reinigung der Abwässer gehört zur Zeit zu den wichtigsten der praktischen Hygiene.

Das Ziel der Abwasserreinigung ist die Verhinderung von Gesundheitsschädigungen durch die Abwässer; dieses kann nur dann erreicht werden, wenn der die Abwässer aufnehmende Fluss in seinem natürlichen Zustand erhalten bleibt. Nicht die Ueberlegung allein ist ausschlaggebend, ob noch weiterhin das Wasser des betreffenden Flusses zum Trinken, Baden, Waschen und dergl. benutzt wird, denn schon allein die Wege, auf welchen das Flusswasser in den menschlichen Verkehr zurückkehrt, z. B. als Grundwasser oder Quelle, sind mannigfaltig und oft von vornherein gar nicht zu übersehen. Als Beispiel sind die Erfahrungen am Grundwasser des Neckars anzuführen, welches stellenweise bei Hochwasser zum grössten Theil aus Flusswasser besteht, und verschiedene Beobachtungen im Land, wonach Bachläufe merkbar oder unmerkbar versickern und anderwärts als Quellen auftreten und Verwendung finden. Es wird sich nun nicht durchführen lassen, von Bächen und Flüssen die pathogenen Keime alle abzuhalten, aber das ist zu erreichen, dass das Wasser keine bezw. nicht genügende Nährsubstanzen für sie mit sich führt, so dass sie in ihm höchst wahrscheinlich ihre Virulenz verlieren und zu Grunde gehen.

Trotz der grossen Mannigfaltigkeit der Qualität der Abwässer lassen sich für ihre Beurtheilung wohlbekannte einheitliche Gesichtspunkte gewinnen; ihre schädlichen Substanzen sind in gelöster oder ungelöster Form als organische oder anorganische in ihnen enthalten. Als nur wenig und selten direkt schädlich sind die anorganischen ungelösten Stoffe zu bezeichnen, vorausgesetzt, dass sie nicht in allzu grosser Menge auftreten und die Reaktion des Flusswassers nicht beeinflussen.

Wesentlich gefährlicher sind schon die anorganischen gelösten Stoffe; verändern sie die Reaktion des Flusswassers, so sind sie zu neutralisiren, während Salze schwierig zu entfernen, aber auch weniger schädlich sind. Es ist hier der Ort, besonders darauf hinzuweisen, dass alle Neutralitäten selbstthätig eingerichtet werden sollten; werden sie menschlicher Thätigkeit überlassen, so finden sie zwar bei Visitationen statt, selten aber zu anderen Zeiten. Dazu kommt, dass z. B. die Neutralisation durch Kalkmilch, durch Ueberschuss von Kalkmilch und Erzeugen alkalischer Reaktion ebenso leicht schädlich wirken kann; ferner, dass säurehaltige Flüssigkeiten unschwer mittelst Filtration durch Kalksteinschotter neutralisirt werden können.

Von den organischen Stoffen sind sowohl die gelösten schädlich, sobald sie in erheblicherer Konzentration auftreten, als insbesondere die ungelösten. Da erstere durch das Flusswasser verdünnt werden, ist es gestattet, ihre Menge bis zu einem gewissen Grade relativ zur Flusswassermenge zu betrachten; auf letztere aber hat eine Verdünnung nur wenig Einfluss, sie bilden fast stets einen konzentrirten Nährboden, und ist daher auf ihre Beseitigung besonderer Nachdruck zu legen.

Die Methoden der Beseitigung der ungelösten Stoffe sind dreierlei Art: Rechen mit Hand- oder Maschinenbetrieb (Riensch), Sedimentirbassin, Klärbrunnen (Mairiold). Zunächst kommen bei uns nur kleinere Anlagen in Betracht, und als solche haben sich am besten Klärbassins mit 1—3 eingelegten, von unten zu durchfliessenden Schotter- oder Sandfiltern bewährt.

Auseinanderzuhalten ist in der Praxis das Abfangen des Schlammes und

das thatsächliche Entfernen. Erstere Forderung wird bei vielen bestehenden Anlagen erfüllt, da aber die Beseitigung des Schlammes meist unterlassen wird, durchfliesst schliesslich das Abwasser die aufgefüllte Anlage ungereinigt. Dies ist bei den Anlagen mit eingelegten Filtern nicht möglich. Wird der Schlamm nicht entfernt, so verstopft sich die Anlage, es tritt Stauung im zugehörigen Kanalsystem ein und der Besitzer ist zur Reinigung gezwungen. Zweckmässig ist es auch, solche Reinigungsanlagen nicht mit Dielen bedecken zu lassen, sondern mit Geländer zu versehen und offen zu halten, sodass sie stets leicht zu kontroliren sind.

Die zweite Klasse der Reinigungsverfahren, die chemischen, sind zur Zeit in ihrer Anwendung im Rückgang begriffen. Eigentlich erfreut sich nur Leipzig einer solchen zur Zufriedenheit arbeitenden Anlage, bei welcher jedoch wahrscheinlich der Umstand, dass es in Folge Einzelkalkklärung der Abortwässer alkalisches Gesammtabwasser besitzt, die Reinigung allein mit Eisensals ermöglicht.

Dagegen befinden sich in deutlichem Aufschwung die Absorptionsverfahren; hierher gehören Rieselung, intermittirende Filtration, Kohlebreiverfahren und biologisches Verfahren.

Die ersteren beiden liefern zufriedenstellend reines Wasser, bedürfen aber zumal bei der geologischen Formation Württembergs sorgfältiger Drainage, was die Anlagekosten wesentlich erhöht. Ein ebenso günstiges Reinigungsergebniss giebt das Kohlebreiverfahren; bei diesem absorbirt fein vertheilte, dem Abwasser in Breiform zugesetzte Braunkohle die organischen Substanzen. Sie wird durch Fällung mit Eisensalzen wieder niedergeschlagen, in Klärthürmen abgefangen, abgepresst, getrocknet und verheizt oder vergast. Das Verfahren hat den Nachtheil, dass es viel Maschinenkraft verlangt, daher insbesondere im Kleinen theuer ist. In Württemberg könnte es, da Braunkohle fehlt und ihr Transport zu theuer ist, vielleicht mit Torf als Ersatz der Braunkohle Verwendung finden. Sein Vorzug ist, dass auch Anlagen zur Reinigung grosser Abwassermengen nur einen kleinen Raum einnehmen.

Die meisten Hoffnungen werden zur Zeit dem biologischen Abwasserreinigungsverfahren entgegengebracht. Dieses Verfahren beruht auf dem Prinzip, dass das Abwasser auf einen, aus feinvertheilter Schlacke oder Koaks bestehenden Absorptionskörper gebracht und mit ihm 2—3 Stunden behufs Absorption der organischen Substanzen stehen gelassen wird. Von dem ersten Absorptionskörper kann es noch auf einen zweiten gebracht werden. Beide Körper können an einem Tage 2—3 mal gefüllt werden, müssen aber dann 24 Stunden Ruhe haben, damit die organische absorbirte Substanz in ihnen verfaulen kann.

In Württemberg bestehen seit zwei Jahren Anlagen in Winnenden und Wilhelmsheim, OA. Backnang, seit einem Jahre eine Anlage in Ravensburg; in diesem Jahre ist noch die Versuchsanlage der Stadt Stuttgart erbaut worden.

Alle württembergischen Anlagen arbeiten bis jetzt mit doppelten Absorptionskörpern.

Während aber der Anlage in Winnenthal nur Küchen-, Kloset-, Bad- und Waschabwässer zugeführt werden, fliesst durch die Wilhelmsheimer auch Regenwasser. In den zwei Jahren des Betriebs der beiden Anlagen war eine Erneuerung eines der Schlackenkörper noch nie nöthig; in Winnenden hat sich auch in dem Vorraum noch nie Schlamm gebildet; Papier, Lumpen, Fäkalien etc., alles was in ihn gelangte, löste sich bald auf. Dagegen erwies sich in Wilhelmsheim die Zufuhr von Regenwasser insofern bedenklich, als hierdurch Schlammablagerungen im Vorraum zu Stande kamen, der alle 2—3 Monate ausgeschlammt werden musste.

Das gereinigte Abwasser ist nicht klar, sondern opalesirend, aber nicht mehr fäulnissfähig. Der Betrieb ist sehr billig.

Es kann nicht auffallen, dass die Resultate des biologischen Verfahrens so günstig sind, dieselben Prinzipien sind schon seit langer Zeit anderwärts zur Anwendung gekommen. Zunächst lässt es sich leicht mit dem Rieselverfahren vergleichen und als konzentrirtes, intermittirendes Rieselverfahren darstellen. Noch ähnlicher ist ihm das Verfahren der Reinigung des Rübensaftes in der Zuckerindustrie. Der gelbe Saft wird hier in der „Köhlerei“ durch ein Kohlefilter gelassen, welcher Farbstoffe und Eiweisskörper zurückhält, Zucker aber durchlässt; hat das Filter genügende Mengen absorbirt, sich todt gearbeitet, dann wird die Kohle herausgeworfen, ausfaulen gelassen, abgespült und ist

nun wieder verwendbar, „regenerirt“. Noch ein anderes Verfahren in der Industrie kann hier herangezogen werden: die Oxydation des Spiritus bei der Essigfabrikation. Es könnte sein, dass die weiteren Versuche es ermöglichen, ähnlich wie bei der Rieselung des Spiritus über essigmutterhaltende Sägspähne, auch die organischen Substanzen zur Oxydation zu bringen und so den immerhin lästigen intermittirenden Betrieb theilweise zu umgehen. Was aber auch die Zukunft noch bringen mag, so kann doch jetzt schon gesagt werden, dass in den letzten Jahren ein wesentlicher Fortschritt in der Abwasserreinigung geschehen ist, und dass die uns zur Verfügung stehenden Methoden gut genannt zu werden verdienen.

Nach Schluss der Tagesordnung demonstrirte noch Dr. Hagemann-Stuttgart einen, nach seinen Angaben angefertigten Sterilisationsapparat für Platin-Iridiumimpfmesser (s. Nr. 11 der Zeitschrift, S. 392).

(Nach dem medizinischen Korrespondenzblatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins; 1902, Nr. 21, 22 u. 23.)

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer sogenannten Pseudoleukämie und einem Unfalle (Sturz vom Wagen mit Aufschlagen des Hinterkopfs auf das Pflaster). Obergutachten des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Fürbringer, erstattet auf Veranlassung des Reichs-Versicherungsamtes unter dem 10. April 1901. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1902, Nr. 6.

Das Grundleiden des Verstorbenen ist eine eigenthümliche, der Hauptsache nach durch meist unaufhaltsame Wucherung der Lymphdrüsen (öfters auch der Milz und anderer Organe) sich äussernde Ernährungsstörung, wie sie vorwiegend unter dem Namen der Pseudoleukämie und des Lymphosarkoms geht. Schon die Bezeichnungen deuten an, dass sie zwischen der sogenannten Leukämie (Blutkrankheit und Vergrösserung der Milz bezw. Lymphdrüsen) und, wie das Dr. H. bereits vertreten hat, dem Krebs der Lymphdrüsen steht. Für diese beiden letztgenannten Krankheiten hat die massgebende Literatur längst Beziehungen zu Unfällen anerkannt, ja direkt den Begriff einer „traumatischen Leukämie“ aufgestellt. Es ist nicht einzusehen, warum nicht auch eine traumatische Pseudoleukämie bestehen soll.

Die speziellen Verhältnisse des vorliegenden Falles anlangend, trete ich zunächst Dr. H. bei, wenn er das Drüsenleiden des J. als die eigentliche Todesursache anspricht. Ich will dabei die Bekundung des Dr. R., dass es sich in den letzten Lebenstagen um eine „gewöhnliche“, also sogenannte krupöse Lungenentzündung handelte, respektiren. Allein, wie bei Trägern krebsiger Neubildungen und von Leukämie sich nicht selten eine terminale, den tödtlichen Ausgang beschleunigende Lungenentzündung einstellt, ebenso bei dem verwandten Leiden der Pseudoleukämie. Mit einer selbstständigen Bedeutung kann diese Endkomplikation bei J., den Dr. H. seinem Kollegen bereits im November 1899, also fast 3 Monate vor seinem Ende, als „Todeskandidaten“ übergeben hatte, nicht ausgestattet werden. Aus diesem Grunde erübrigt sich eine Erörterung der Frage nach dem Zusammenhange zwischen Lungenentzündung und Unfall.

Der Verstorbene ist nach dem Zeugnisse des Vertrauensmanns G. vor seinem Unfalle gesund und erwerbsfähig gewesen. Letzterer bestand nach der Anzeige und der Bekundung des von seinem Gemeindevorstand als nüchtern und zuverlässig bezeichneten Verunglückten und der Zeugen Gi. und E. in einem Sturze vom Wagen mit Aufschlagen des Hinterkopfs auf's Pflaster. Der Besinnungslose und am Hinterkopfe stark Blutende musste aufgehoben werden. Der sechs Wochen später operirte Abszess im Genick kann nicht gut anders, denn als Unfallsfolgen aufgefasst werden und deutet auch seinerseits auf einen schweren Charakter des Sturzes, zumal eine wesentliche Beschränkung der Bewegungsfähigkeit der Halswirbelsäule zurückblieb.

Der Angabe des J., dass er sein Drüsenleiden zuerst Anfang Oktober 1899 bemerkt habe, widerspricht nicht der ärztlichen Beobachtung, nach welcher zunächst in der zweiten Novemberwoche Packete geschwollener Drüsen im Bereiche der Achseldrüsen, des Halses und oberhalb der Schlüsselbeine festgestellt wurden. Da die Pseudoleukämie, von bestimmten Ausnahmen abgesehen, relativ langsam zu verlaufen, bezw. erst nach Jahresfrist oder später zum Tode zu führen pflegt, muss es zweifelhaft bleiben, ob J. zur Zeit seines Unfalls wirklich ganz gesund oder schon von seinem Leiden in verborgener Form und ohne Störung seiner Erwerbsfähigkeit befallen gewesen ist.

Im ersteren Falle darf meines Erachtens der gefragte Zusammenhang nicht als unwahrscheinlich gelten, wenn auch die traumatische Entstehung des genannten Drüsenleidens wissenschaftlich einstweilen nur zu den Möglichkeiten zählt. Ich stehe hier auf dem Standpunkte von R. Stern, der es bezüglich der Leukämie für unzulässig hält, dass der Verletzte unter unserer Unkenntniss leiden sollte, und bei Entwickelung der Krankheit innerhalb der nächsten Monate nach einer Kontusion die Annahme einer über das Niveau der blossen Möglichkeit hinausgehenden Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs für statthaft erklärt. Zudem entspricht in unserem Falle die von der Gewalteinwirkung in Anspruch genommene Oertlichkeit im Grossen und Ganzen jener der zunächst betroffenen Drüsen; denn die des Halses liegen dem Hinterkopf und Nacken am nächsten.

Hat am Unfallstage das Drüsenleiden als latentes bereits bestanden, so ist selbstverständlich die Wahrscheinlichkeit eine noch höhere, da eine Beschleunigung der krankhaften Drüsenwucherung durch intensive Erschütterung überhaupt nicht wohl bezweifelt werden darf.

Ich muss also in dem einen wie dem anderen Falle die gestellte Frage bejahen.

Das vorstehende Obergutachten hat dem Rekursgerichte die Ueberzeugung verschafft, dass ein überwiegendes Mass von Wahrscheinlichkeit für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Tode des Ehemanns der Klägerin und dem ihm zugestossenen Unfalle spricht. Demgemäss sind die Vorentscheidungen aufgehoben und ist der Klägerin die gesetzliche Entschädigung aus Anlass des Todes ihres Ehemannes zugesprochen worden.

Unter welchen Umständen kann eine äussere Verletzung als Ursache eines akuten Gelenkrheumatismus angesehen werden, sowie über die Aehnlichkeit zwischen den Erscheinungsformen eines akuten (echten) Gelenkrheumatismus und einer durch Blutvergiftung (sogen. pyämische Infektion) hervorgerufenen Gelenkentzündung. Obergutachten des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Fürbringer-Berlin, erstattet auf Veranlassung des Reichsversicherungsamts unter dem 17. Juli 1901. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1902, Nr. 6.

Rücksichtlich der ersten Frage, ob und inwieweit eine äussere Verletzung als Ursache eines akuten Gelenkrheumatismus angesehen werden kann, und welche Umstände vorhanden sein müssen, um einen solchen Zusammenhang für erwiesen oder für ausreichend wahrscheinlich zu erachten, zweitens, ob im vorliegenden Falle der Gelenkrheumatismus, an welchem der Anton B. verstorben ist, auf dessen Unfall vom 20. November 1899 ursächlich zurückzuführen ist, stehe ich auf dem in der massgebenden neuesten Literatur fast allseitig getheilten Standpunkte, dass ein Unfall unter der Form einer äusseren Verletzung einen echten akuten Gelenkrheumatismus, der als eigenartige Infektionskrankheit beurtheilt werden muss, nicht an sich verursachen kann. Aber die Verletzung vermag, ähnlich wie bei der akuten Lungenentzündung als mitwirkende Ursache das Auftreten der Krankheit auszulösen und ihre ersten Lokalisationen zu bestimmen. Zur Begründung der Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges zwischen Unfall und Krankheit genügt aber nicht die genannte Bedingung des Befallenwerdens des von der Verletzung betroffenen Gelenks als ersten, vielmehr muss auch die Kontinuität der Erscheinungen gewahrt werden. In letzter Beziehung darf die Zwischenzeit zwischen Unfall und Beginn der akuten Infektionskrankheit, dem ganzen Charakter derselben entsprechend, nur eine kurze, nach Stunden und Tagen sich berechnende sein. Je mehr sich die Dauer von dem Betrage einiger Tage — eine konkrete Zahl

ist nach dem heutigen Stande unserer Erfahrungen nicht anzugeben — entfernt, um so geringer ist die Wahrscheinlichkeit der Abhängigkeit.

Sonach würde sich mein Standpunkt im Wesentlichen mit dem von Professor L. und Dr. S. vertretenen decken. Ich würde auch mit Rücksicht auf die fieberlose Zwischenzeit von etwa zwei Wochen und das offenbare Freibleiben des verletzten linken Fussgelenkes von der späteren fieberhaften Krankheit — hier trete ich Dr. S. bei — nicht Bedenken tragen, die zweite Frage mit dem letztgenannten Sachverständigen und Dr. v. B. zu vereinen, wenn ich nicht besondere Bedenken bezüglich des Charakters der tödtlichen Krankheit hegen müsste: Der akute Gelenkrheumatismus im eigentlichen Sinne ist eine Krankheit, welche nur ganz ausnahmsweise im ersten Anfalle tödtlich verläuft. Geschieht dies, so liegen entweder schwerste Komplikationen von Seiten des Herzens und der Athmungsorgane vor oder aber eine ganz besondere Ausschreitung des Infektionsprozesses. Letztere pflegt sich in höchstem Fieber (bis 42 Grad und mehr), Delirien und selbst allgemeinen Krämpfen kundzugeben. Das sind die gleich seltenen, wie gefürchteten Formen von „hyperpyretischem", d. i. ungebührlich fieberhaftem, bezw. „zerebralem", d. i. mit vorwaltenden Gehirnerscheinungen verlaufendem Gelenkrheumatismus. Nach dem Inhalte der von dem behandelnden Arzte Dr. Sch. verfassten Krankengeschichte hat aber im vorliegenden Falle weder eine schwere Entzündung der inneren Organe, zumal des Herzens, stattgefunden, noch sind Anhaltspunkte für einen begründeten Verdacht gegeben, dass die letztgenannte Ausnahmeform der Krankheit vorgelegen hat. Im Gegentheile hat der Sachverständige unterm 7. Dezember 1899 eigens notirt, dass bei 76 Pulsen die Herztöne rein gewesen und Geräusche nicht bestanden haben, und das ist auch noch am 12. Dezember, d. i. am Vortage des Todes, der Fall gewesen. Erst an diesem Tage hat die Temperatur 40 Grad überschritten unter vorwiegender Benommenheit des Patienten. Hätten jene charakteristischen stürmischen Reizerscheinungen, die schon dem Laien sofort zu imponiren pflegen, bestanden, so wären sie wohl sicher in die relativ ausführliche Krankengeschichte aufgenommen worden.

Unter solchen Umständen und in Anbetracht der Thatsache, dass die wenigen Todesfälle, die ich während des ersten Ansturms des akuten Gelenkrheumatismus unter etwa 2000 von mir gesehenen Fällen der Krankheit beobachtet habe, sich auf die genannten Verlaufsweisen beschränkten, vermag ich den Argwohn nicht zu unterdrücken, dass hier kein richtiger akuter Gelenkrheumatismus, sondern eine diesem zum Verwechseln gleichende Blutvergiftung mit besonders ausgeprägter Betheiligung der Gelenke vorgelegen hat. Es ist bekannt, dass durch Eitererreger bedingte, sogenannte pyämische Infektionen recht häufig Gelenkentzündungen im Gefolge haben, deren klinische Erscheinungsform selbst für den geübten Arzt unter Umständen von derjenigen des akuten Gelenkrheumatismus schlechterdings nicht unterschieden werden kann. Ja, ich neige der Anschauung zu, dass da, wo man neuerdings eine Entstehung des Gelenkrheumatismus durch gewöhnliche, in den Krankheitsherden vorgefundene Eitererreger (Staphylokokken) behauptet hat, eben sogenannte Pyämie und kein echter Gelenkrheumatismus vorgelegen hat; letzterer ist eine Infektionskrankheit für sich, deren Erreger noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen sind.

Handelt es sich im vorliegenden Falle nicht um den wahren Gelenkrheumatismus, sondern um einen solchen als Folgezustand einer gewöhnlichen Eitervergiftung des Blutes, so entfallen nicht nur die Schwierigkeiten der Deutung der von Dr. Sch. geschilderten Krankheitserscheinungen und ihres Verlaufs, sondern es muss auch die Abhängigkeit der tödtlichen Krankheit von der Unfallverletzung mit höherer Wahrscheinlichkeit versehen werden. Wo, wie hier, die letztere in einem Knöchelbruche besteht, der zu starker Schwellung der Umgebung mit Blutunterlaufung, heftigen Schmerzen und völliger Funktionslosigkeit geführt hat, ist durchaus Gelegenheit zur Verschleppung der Eitererreger aus dem Entzündungsherd in's Blut gegeben. Die Fälle, in denen diese Verschleppung noch nach Wochen, obwohl die ursprüngliche Verletzung wesentlich zurückgegangen war und selbst als in Heilung begriffen gelten durfte, unter irgend welchen nicht ersichtlichen Anlässen stattfindet, werden zu häufig beobachtet, als dass man ein zufälliges Zusammentreffen zweier Leiden als wahrscheinlicher ansprechen dürfte. Auch ist es in solchen Fällen durchaus

nicht nöthig, dass die Entzündung auch das durch den Unfall verletzte Gelenk ergreift.

Ich muss demnach in diesem ungewöhnlich schwierig liegenden Falle der juristischen Behörde anheimgeben, entweder mit den Vorgutachtern einen gewöhnlichen echten Gelenkrheumatismus anzunehmen, dessen Beginn sich ganz zufällig in die Rekonvalescenz von den unmittelbaren Unfallsfolgen eingeschlichen hat, oder aber eine mehrfache Gelenkentzündung in Folge von Eitervergiftung des Blutes, die ihrerseits der Auswanderung von Krankheitserregern aus dem ursprünglichen Entzündungsherde die Entstehung verdankt hat.

Das Rekursgericht hat auf Grund des vorstehenden Obergutachtens eine Blutvergiftung als Todesursache des Ehemanns und Vaters der Kläger angesehen und in weiterer Folge davon den ursächlichen Zusammenhang zwischen dessen tödtlicher Erkrankung und dem Unfalle vom 20. November 1899 für so wahrscheinlich erachtet, dass daraufhin die Verurtheilung der Beklagten zur Gewährung der gesetzlichen Entschädigung an die Hinterbliebenen unter Aufhebung der Vorentscheidungen erfolgt ist.

Zellgewebsentzündung und Unfall. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 28. Januar 1902.

Es handelt sich im vorliegenden Falll um eine Zellgewebsentzündung. Derartige Krankheiten entstehen erfahrungsgemäss alltäglich gelegentlich auch ganz kleiner Verletzungen, die sich der Aufmerksamkeit völlig entziehen und Anlass für das Eindringen von Eitererregern in den Blutkreislauf bilden. Angesichts dieser Thatsache müssen an den Beweis dafür, dass eine solche Zellgewebsentzündung durch einen Unfall verursacht ist, strenge Anforderungen gestellt werden. Diesen hat der Kläger im vorliegenden Fall nicht genügt.

Der einzige Augenzeuge S. hat nur einen Ausruf des Klägers, dass ihm Steine auf den Kopf und Hand fielen, gehört. Der Kläger hat aber weiter gearbeitet und dem in seiner Nähe befindlichen Mitarbeiter S. weder etwas von einer Fingerverletzung gesagt, noch eine solche gezeigt. Dazu kommt, dass der Unfall Ende Oktober eingetreten sein soll, dass der Kläger aber sich erst am 25. November an einen Arzt gewendet hat. Die Zwischenzeit ist für die Entwicklung einer bereits Ende Oktober entstandenen Zellgewebsentzündung ungewöhnlich lang.

Der Beweis eines Betriebsunfalles kann deshalb nicht als erbracht angesehen werden. Damit fällt der Rentenanspruch.

Ein Blinder ist im Sinne des §. 9 Abs. 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes „derartig hülflos, dass er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann". Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 11. März 1902. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1902, Nr. 6.

Ein Blinder ist zu den meisten Verrichtungen der gewöhnlichen Lebenshaltung aus eigener Kraft nicht im Stande, da die Thätigkeit der Menschen fast regelmässig Anforderungen an das Augenlicht stellt, er ist daher im Sinne des Gesetzes hülflos. Dass diese Annahme der Absicht des Gesetzgebers entspricht, ergiebt sich schon daraus, dass gerade der Fall der Erblindung in erster Linie den Anlass zur Einschaltung des §. 9, Abs. 3 a. a. O. gegeben hat. Demgemäss ist auch bereits in einer Rekursentscheidung vom 19. November 1900 einem Erblindeten eine Hülflosenrente zuerkannt worden.

Die Zuerkennung der Hülflosenrente steht mit der Rekursentscheidung Nr. 1899 vom 1. Juni 1901, auf welche sich das Schiedsgerichtsurtheil beruft, in keinem Widerspruche. Ein Blinder bedarf entsprechend der dort geäusserten Ansicht bei seinen Verrichtungen in der That einer beständigen Hülfe. Dass die erforderliche Hülfeleistung die Arbeitskraft einer fremden Person nicht in vollem Umfange in Anspruch nimmt, steht dem nicht entgegen. Es handelt sich vielmehr nach dieser Richtung hin lediglich um die Frage des Masses der Hülflosigkeit, zu der auch die vorgenannte Rekursentscheidung Raum lässt.

Wenn nun auch die Hülflosigkeit des Verletzten für vorliegend erachtet worden ist, so lag doch kein Anlass vor, ihm eine Rente in Höhe seines vollen Jahresarbeitsverdienstes zu gewähren. Die Wartung und Pflege, deren ein

Hülfloser bedarf, ist nach der jeweiligen Art seines Leidens eine verschiedene, sie nimmt insbesondere die Arbeitskraft fremder Personen bald mehr, bald weniger in Anspruch. Das Gesetz trägt diesem Umstande dadurch Rechnung, dass es in dem §. 9, Abs. 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes für die Erhöhung der Rente einen Spielraum von $33^1/_3$ Prozent des Jahresarbeitsverdienstes lässt. Ein Blinder, der im Uebrigen gesund ist, bedarf zu seinen Verrichtungen weit geringerer Hülfe, als z. B. eine schwerkranke, bettlägerige Person. Es erschien daher angemessen, die Rente nicht auf den Höchstbetrag, sondern nur auf 80 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes zu erhöhen.

Unfall durch Blitzschlag nach der besonderen Lage des Einzelfalles als Betriebsunfall anerkannt. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 21. März 1902. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1902, Nr. 7.

Ein landwirthschaftlicher Arbeiter wurde vom Blitz in einem Zelte verletzt, in dem er mit anderen Arbeitern wegen des Regens Unterkunft gesucht hatte. Sein Entschädigungsanspruch ist von den Vorinstanzen abgewiesen worden, weil er einer besonderen durch die Betriebsthätigkeit geschaffenen Blitzgefahr nicht ausgesetzt gewesen sei.

Von dem Rekursgerichte sind zunächst noch weitere Erhebungen über die örtliche Lage der Unfallstelle veranlasst worden; sodann ist ein Gutachten von dem Abtheilungsvorsteher im Königlichen meteorologischen Institut, Geh. Regierungsrath Prof. Dr. Assmann in Berlin, darüber erfordert worden, ob der Kläger gerade an der Stelle, wo er vom Blitze getroffen worden ist, sei es wegen der Beschaffenheit seines Arbeitsgeräths, sei es wegen der Lage der Unfallstelle oder wegen anderer Umstände, der Gefahr, durch den Blitz verletzt zu werden, in wesentlich erhöhtem Masse ausgesetzt gewesen ist. Dieses Gutachten sprach sich über die gestellte Frage in folgendem Sinne aus:

„Auf einer nur 0,5 m über dem Grundwasser liegenden, vom Wasser stark durchtränkten moorigen Wiese, welche von einem 20 m breiten Flusse durchschnitten wird, war ein Leinwandzelt von etwa 2 m Höhe und 3 m Breite errichtet worden, wobei zwei mit den Stielen in den Boden getriebene hölzerne Harken als Trägerpfosten dienten. Die Zinken dieser Harken dürften sich etwa 2,5 m über der Bodenoberfläche befunden haben.

Bei einem heraufziehenden Gewitter suchte der Verunfallte nebst vier anderen Personen unter diesem Zelte Schutz; es ist anzunehmen, dass dies vornehmlich wegen des Regens geschehen ist, da im Allgemeinen Leute, die gewohnheitsgemäss im Freien arbeiten, wegen eines Gewitters ohne Regen ihre Arbeit nicht zu unterbrechen, oder sich wenigstens nicht einen Schutz aufzusuchen pflegen, der, wie wohl in jeder Dorfschule gelehrt wird, die Gefahr vermehrt, von einem Blitze getroffen zu werden. Es spricht die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Zeltleinwand durchnässt war. In dem Zelte kniete, der einen Harke zunächst, der Verunfallte, neben ihm ein zweiter Erwachsener und weiter neben diesem dessen 3 Kinder. Ein Blitzstrahl traf das Zelt, tödtete den zweiten Erwachsenen und verletzte, resp. betäubte dessen beide Nachbarn.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass ein wasserdurchtränkter Moorboden wegen seiner verhältnissmässig guten Leitung der Elektrizität an sich schon eher zum Eintreten von Blitzschlägen disponirt ist, als etwa ein trockener Felsboden. Ist aber über einem solchen ebenen und weder von Bäumen noch Häusern überhöhten Gelände ein Gegenstand vorhanden, der auf weite Strecken hin den höchsten Punkt darstellt, so wölben sich nach den Gesetzen über die Vertheilung der elektrischen Spannung in der Atmosphäre über diesem die sogenannten „Aequi-Potentialflächen“ empor und erzeugen so ein Potential-Gefälle in der Weise, dass die Linien gleicher elektrischer Spannung über diesem Gegenstande zusammengedrängt werden. Hierdurch wird aber die Spannung selbst entsprechend erhöht und damit werden die Bedingungen für einen Blitz gegeben.

Ist dieser Gegenstand nun selbst ein verhältnissmässig guter Leiter der Elektrizität, oder wird er durch die Verhältnisse zu einem solchen, dann wächst die Blitzgefährdung noch weiter: im gegebenen Falle steckten zwei an sich zwar schlecht leitende hölzerne Harken mit ihren Stielen in dem feuchten Moorboden, vielleicht sogar in dem Grundwasser, ihre oberen Theile trugen eine

Anzahl von mehr oder weniger spitzen Zinken von einer Form, wie man sie Blitzableitern zu geben pflegt. Durch den Regen wurden diese zu guten Leitern, ebenso das mehr oder weniger durchnässte Segeltuch des Zeltes; die auf engen Raum zusammengedrängten 5 Personen stellten ebenfalls verhältnissmässig gute Elektrizitätsleiter dar.

Hiernach kann die Beantwortung der mir von dem Reichs-Versicherungsamte vorgelegten Frage nicht anders lauten als

„dass der Kläger gerade an der Stelle, wo er vom Blitze getroffen worden ist, theils wegen der Beschaffenheit des Untergrundes, theils wegen des Vorhandenseins eines auf weitere Entfernung hin das Gelände überragenden, mit dem Grundwasser in leitender Verbindung stehenden Zeltes der Gefahr, durch den Blitz verletzt zu werden, in wesentlich erhöhtem Masse ausgesetzt gewesen ist."

Daraufhin ist die beklagte landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft unter Annahme einer Erhöhung der elementaren Gefahr durch besondere in der Betriebsbeschäftigung beruhende Umstände zur Entschädigungsleistung verurtheilt worden.

Zur Anwendung des §. 22 des Invalidenversicherungsgesetzes, insbesondere gegenüber einer mit einem Weichselzopfe behafteten Versicherten, die sich weigert, dieses abschneiden zu lassen. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 28. Mai 1902.

Das Schiedsgericht hat in Uebereinstimmung mit dem Vorstande der beklagten Versicherungsanstalt die Vorschrift des §. 22 des Invalidenversicherungsgesetzes gegen die Klägerin angewendet. Indessen ist das Vorliegen aller gesetzlichen Voraussetzungen einer Verwirkung des Rentenanspruchs im Sinne der bezeichneten Bestimmung bisher nicht einwandfrei festgestellt. Zu diesen Voraussetzungen gehört, dass die Erwerbsunfähigkeit nachweisbar durch die Ablehnung des Heilverfahrens seitens des Versicherten veranlasst ist. Dies hat die Klägerin bisher bestritten, insbesondere hat sie in der Verhandlung vom 29. Juni 1901 unter Berufung auf die Aerzte Dr. Z. und B. zu K. ausdrücklich behauptet, dass ihr Leiden nicht heilbar sei. Dr. Z hat sich allerdings in seinem Gutachten vom 30. Januar 1901 über die Heilaussichten nicht ausgesprochen, und insoweit wäre daher nichts Wesentliches dagegen zu erinnern, wenn das Schiedsgericht bei der Prüfung, ob das angeordnete Heilverfahren eine Hebung der Erwerbsfähigkeit herbeigeführt haben würde, sich hauptsächlich auf die gutachtlichen Aeusserungen des Regierungs- und Medizinalraths Dr. S. zu T. vom 2. April und 8. Juni 1901 beruft, von denen wenigstens die zweite mit einiger Sicherheit die Besserungsfähigkeit des Leidens der Klägerin behauptete. Dagegen befinden sich in den aus Anlass des ersten Rentenantrags der Klägerin entstandenen Verhandlungen noch Gutachten des Dr. La. zu K. vom 6. Juni und 26. September 1900, des Kreisphysikus Dr. Li. zu K. vom 26. Juli 1900 und des Augenarztes Dr. P. zu P. vom 11. Oktober 1900, deren Inhalt zumal bei der Kürze der zwischen beiden Verfahren liegenden Zeit, und da es sich, abgesehen von dem Weichselzopfe, nicht etwa um eine neue Erkrankung besonderer Art, sondern nur um Folgezustände der allgemeinen Schwächlichkeit der Klägerin handelt, auch jetzt noch für die Beurtheilung der Heilaussichten in Betracht zu ziehen war. Indem das Schiedsgericht diese Gutachten, welche sämmtlich die Erwerbsunfähigkeit der Klägerin wenigstens in dem damals vorhandenen Grade als eine dauernde, durch ein Heilverfahren voraussichtlich nicht mehr zu beseitigende ansahen, unberücksichtigt liess, hat es wieder den klaren Inhalt der Akten verstossen.

Aber auch hinsichtlich der Frage, ob sich die Klägerin ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund dem Heilverfahren entzogen hat, nachdem sie auf die Rechtsfolgen eines solchen Verhaltens hingewiesen worden war, ergeben sich aus den Unterlagen Bedenken gegen die Auffassung des Vorderrichters. In dieser Beziehung kann zunächst auf die am 16. April 1901 gegenüber den Aerzten oder dem Vorstande der evangelischen Diakonissen-Anstalt in P. erklärte Weigerung gar kein Gewicht gelegt werden, da die Klägerin vorher noch nicht in gehöriger Form aufgefordert war, sich der Heilbehandlung zu unterziehen. Nach der Niederschrift über die Verhandlung vom 29. Juni 1901 ist damals aller-

dings der Klägerin das Erforderliche eröffnet worden, die Niederschrift ergiebt aber nicht zweifelfrei eine eigentliche Weigerung der Klägerin; vielmehr ist der darauf bezügliche Theil des Vordrucks („ist bereit . . . . nicht bereit, sich dem Heilverfahren zu unterwerfen") nicht ausgefüllt und dafür eine längere Auslassung der Klägerin aufgenommen, Inhalts deren sie lediglich „dringend bittet", von einem Heilverfahren abzusehen, weil sie sich von dem Abschneiden des Weichselzopfs keine Besserung verspreche, sondern schädliche Wirkungen befürchte. Einen Bescheid auf diese Bitte hat die Beklagte nicht ertheilt, sie hat alsbald eine Verhandlung vor der unteren Verwaltungsbehörde herbeigeführt und sich auf den Standpunkt gestellt, als hätte die Klägerin es endgültig abgelehnt, sich einer Behandlung im Krankenhause zu unterziehen. Erst aus der Niederschrift über die mündliche Verhandlung vor der unteren Verwaltungsbehörde vom 30. Juli 1901 liesse sich allenfalls eine endgültige Weigerung entnehmen. Auch hier aber hat die Klägerin ihr Widerstreben ausschliesslich damit begründet, dass sie sich vor dem Abschneiden des Weichselzopfs fürchte. Andererseits ist indessen bisher nicht ersichtlich, ob zu dem in Aussicht genommenen Heilverfahren — das sich nach den gutachtlichen Aeusserungen des Regierungs- und Medizinalraths Dr. S. jedenfalls hauptsächlich gegen gewisse nervöse Beschwerden richten sollte — in der That das Abschneiden des Haares gehörte, und demgemäss ist auch nicht sicher, ob nicht der Widerspruch der Klägerin lediglich durch eine irrthümliche Vorstellung über die Art der Behandlung veranlasst worden ist und durch eine entsprechende Belehrung, auf die sie begründeten Anspruch hatte, zu überwinden gewesen wäre. Der sogenannte Weichselzopf (plica polonica) besteht nach den Lehren der heutigen Heilkunde nicht in einer eigentlichen Erkrankung, sondern nur in einer durch Absonderungen der Kopfhaut in Verbindung mit mangelhafter Pflege herbeigeführten Verklebung und Verfilzung der Haare. Zur Beseitigung des Uebels bildet allerdings das Abschneiden den einfachsten, aber doch nicht den einzigen Weg, es ist an sich sehr wohl möglich, die verflochtenen und verunreinigten Haare zu entwirren und zu säubern, wenn ihre Erhaltung nothwendig oder wünschenswerth ist (zu vergleichen Villaret, Handwörterbuch der gesammten Medizin, 2. Auflage, Stuttgart 1900, Band 2, Seite 1097 unter „Weichselzopf", und Eulenburg, Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde, 3. Auflage, Berlin und Wien 1898, Band 19, Seite 164 unter plica polonica). Darüber, ob etwa im vorliegenden Falle nur das Abschneiden des Haarwulstes einen Erfolg versprechen würde, fehlt bisher eine Feststellung von ärztlicher Seite, und es kann mit Rücksicht hierauf sogar zweifelhaft sein, ob die Klägerin verpflichtet war, sich jener Massnahme zu unterwerfen, wenn dies von ihr gefordert wurde. Denn der §. 22 des Invalidenversicherungsgesetzes darf nach seiner klaren Fassung im Allgemeinen nur da angewendet werden, wo an sich nothwendige Mittel der Heilbehandlung abgelehnt worden sind; nur dann lässt sich sagen, dass der Versicherte die Erwerbsunfähigkeit durch sein Verhalten veranlasst hat. Im Uebrigen ist freilich anzunehmen, dass es dem Versicherten oder der Versicherten nicht etwa freisteht, sich dem Abschneiden des Weichselzopfs, soweit es zur Durchführung des Heilverfahrens geboten ist, beliebig zu entziehen. Es handelt sich dabei weder um eine Operation, noch um ein sonst mit Gefahr für Leben oder Gesundheit verbundenes Verfahren, auch kann naturgemäss die unter anderen Umständen vielleicht erhebliche Frage, inwieweit weibliche Personen sich zu Zwecken der Heilbehandlung ihres natürlichen Haarschmucks zu entäussern brauchen, hier nicht aufgeworfen werden, weil das mit einem Weichselzopfe behaftete Haar lediglich entstellend und abstossend wirkt.

Der Durchschnittsverdienst eines nur auf seine Körperkraft und die gewöhnlichen Arbeiten angewiesenen gesunden Tagearbeiters bildet den niedrigsten zulässigen Betrag. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. März 1902.

In der That ergiebt eine Prüfung des Wortlauts a. a. O., dass die Bezeichnung „Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung" augenscheinlich den gleichen Gedanken aufnimmt, welcher wenige Zeilen vorher mit den Worten „ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Thätigkeit" zum Ausdrucke gebracht ist. Man wird nämlich davon ausgehen müssen, dass in jedem Menschen zunächst sozusagen eine rohe Kraft steckt, das heisst die Fähigkeit,

sich mit seinen gesunden Gliedmassen zur Verrichtung der allergewöhnlichsten, keinerlei Vorkenntnisse oder Uebung irgend einer Art erfordernden Arbeit auf den Arbeitsmarkt zu stellen. Diese rohe Arbeitskraft kann jedoch durch besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten, seien diese nun geistiger oder körperlicher Art, nur gesteigert und dadurch auch wirthschaftlich in erhöhtem Masse nutzbar gemacht werden. Unzulässig dagegen, weil vom wirthschaftlichen Standpunkt aus in sich widerspruchsvoll, erscheint die Annahme, dass durch hinzutretende „Fähigkeiten" die Möglichkeit einer Verwerthung jener ursprünglichen Kraft herabgedrückt werden könnte.

Im Sinne dieser Unterscheidung macht nun das Gesetz bei Bemessung der Erwerbsfähigkeit eines Versicherten a. a. O. die diesem Menschen „nach seinen Kräften und Fähigkeiten" noch zuzumuthende Thätigkeit zur Grundlage und setzt den dadurch zu erzielenden Verdienst in Vergleich mit demjenigen, welchen gesunde „Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung" zu verdienen pflegen. Die damit dem Richter zur Pflicht gemachte Vergleichung zweier Personen, von denen die eine die gesund gedachte, die andere die thatsächlich in der Erwerbsfähigkeit beschränkte ist, gebietet es, die gesetzliche Kennzeichnung dieser beiden Personen im Uebrigen als gleichwerthig zu betrachten, d. h. also anzunehmen, dass der Gesetzgeber an beiden Stellen mit dem verschiedenen Ausdrucke nur den nämlichen Begriff habe festlegen wollen. Dies aber führt weiter zu der Annahme, dass auch der zum Vergleiche herangezogene Arbeiter nur ein solcher sein kann, der mindestens die rohe Arbeitskraft, daneben aber möglicherweise auch besondere Fähigkeiten aufzuweisen hat, jedenfalls aber durch Hinzutritt der letzteren in der allgemein üblichen Verwerthung der ersteren grundsätzlich nicht gehindert oder geldwirthschaftlich beeinträchtigt werden kann.

Der vom Gesetzgeber in solcher Weise zum Ausdrucke gebrachte Wille würde sich danach in den Gedanken fassen lassen, dass der Durchschnittsverdienst eines nur auf seine Körperkraft und die gewöhnlichsten Arbeiten angewiesenen gesunden Tagearbeiters — ein Begriff, der sich keineswegs etwa mit dem des ortsüblichen Tagelohns im Sinne des §. 8 des Krankenversicherungsgesetzes deckt — als die zulässige niedrigste Verdienstgrenze angesehen werden muss.

Aus ähnlichen Gesichtspunkten ist auch vom Reichs-Versicherungsamt in einem anderen Falle angenommen, dass es nicht zulässig sei, einen nur für Spuler oder Spulerinnen geltenden Mindestverdienst festzusetzen, in solchen Fällen vielmehr der für die Klasse der gewöhnlichen Handarbeiter geltende Lohn als massgebend anzusehen ist.

Bei der Prüfung der Frage, ob Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt, sind auch solche Arbeiten in Betracht zu ziehen, die zwar bei Ausserachtlassen der erforderlichen Vorsicht oder in Folge anderer besonderer zufälliger Umstände die Gesundheit des Versicherten schädigen können, mit einer unmittelbaren Gefahr für seinen Körperzustand aber nicht verbunden sind. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 10. Dezember 1901

Das Schiedsgericht hat dem Kläger die Krankenrente zugesprochen, indem es auf Grund des Gutachtens des Sanitätsraths Dr. Sch. vom 11. Juli 1901 für erwiesen erachtete, dass der Kläger länger als 26 Wochen vorübergehend erwerbsunfähig gewesen sei. Der gegen diese Annahme gerichtete Revisionsangriff ist begründet.

Der genannte Sachverständige hat sich dahin geäussert, dass der Kräftezustand des Klägers noch ein ziemlich guter, der Krankheitsprozess an der Lunge ein geringer und der Kläger daher noch wohl im Stande sei, den gesetzlichen Mindestlohn zu verdienen. Bei der Art des Leidens (Tuberkulose der rechten Lunge) sei es aber aus Gesundheitsrücksichten erforderlich, dass der Kläger keine Fabrikarbeit mehr verrichte, weil durch diese Beschäftigung alsbald eine Verschlimmerung des Leidens zu befürchten sei. Auch werde der Kläger nur bei guter Witterung landwirthschaftliche Arbeiten verrichten dürfen, um sich nicht der Gefahr einer Erkältung, vielleicht einer Verschlimmerung seines Zustandes auszusetzen. Dem Schiedsgericht ist nun darin beizutreten, dass bei der Prüfung der Frage, ob Erwerbsfähigkeit im Sinne des

Gesetzes vorliegt, Arbeiten, die Jemand nur mit Gefahr für Leib und Leben verrichten kann, ausser Betracht bleiben müssen, und dass demnach dem Kläger jedenfalls die Aufnahme der Fabrikarbeit, was übrigens auch die Beklagte anerkennt, nicht zugemuthet werden dürfe. Der Vorderrichter nimmt aber ganz allgemein an, dass der Kläger den gesetzlichen Mindestlohn nur bei Gefahr der Verschlimmerung seines Leidens verdienen könne, und geht demnach offenbar von der Ansicht aus, dass der Kläger auch zur Verrichtung landwirthschaftlicher Arbeiten in einigermassen erheblichem Umfange wegen der damit verbundenen Erkältungsgefahr ausser Stande sei. Dieser Auffassung hat das Reichs-Versicherungsamt nicht beitreten können. Mit Recht weist die Beklagte darauf hin, dass hier die Gefährdung des Klägers nicht unmittelbar durch die Arbeit, sondern erst mittelbar durch Ausserachtlassen der erforderlichen Vorsicht bei Verrichtung der Arbeit herbeigeführt werde, und dass von dem Kläger verlangt werden könne, sich die Arbeit thunlichst seinem Körperzustand entsprechend einzurichten und sich gegen die Gefahr der Erkältung zu schützen. Hiernach würde der Kläger von vornherein nur zur Verrichtung solcher (vermuthlich also besonders schwerer und anstrengender) landwirthschaftlicher Arbeiten unfähig sein, bei deren Verrichtung er eine solche Vorsicht nicht beobachten kann. Dass nun der Kläger durch landwirthschaftliche Arbeiten, die bei gehöriger Vorsicht und angemessenem Verhalten eine Gefahr für seine Gesundheit nicht ohne Weiteres, sondern etwa nur in Folge besonderer zufälliger Umstände mit sich bringen, nicht mehr den gesetzlichen Mindestverdienst sollte erzielen können, ist nicht ohne Weiteres anzunehmen, zumal auch sonst Lungenkranke im ersten Stadium nicht als erwerbsunfähig im Sinne des Gesetzes angesehen zu werden pflegen. Die Vorentscheidung war deshalb aufzuheben und die Sache an das Schiedsgericht zurückzuverweisen. Dasselbe wird nunmehr entsprechend den obigen Ausführungen, gegebenen Falls unter nochmaliger Anhörung eines ärztlichen Sachverständigen, den dem Kläger noch erreichbaren Arbeitsverdienst zu ermitteln und sodann über die Frage der Erwerbsunfähigkeit erneut zu befinden haben.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber die diagnostische Bedeutung des alten Tuberkulins. Von Dr. Baudelier, dirg. Arzt der Lungenheilstätte in Cottbus. Deutsche mediz. Wochenschrift 1902, Nr. 20.

Verf. verlangt und begründet die diagnostische Verwendung des alten Tuberkulins als eines unfehlbaren Hülfsmittels für das Auffinden und die sichere Unterscheidung frühester Tuberkulosefälle, und zwar müsse die Tuberkulindiagnostik ausser in den Lungenheilstätten und ihren Voruntersuchungsstationen (Polikliniken für Lungenkranke) auch in den Krankerhäusern und den Kreisen der praktischen Aerzte allgemein zur Anwendung gelangen. Zur Erreichung einwandsfreier und einheitlicher Diagnosen ist eine einheitliche Methode unbedingt nothwendig und der Koch'sche Injektionsmodus streng festzuhalten, dessen wesentlichste Vorschriften folgende sind: Nachdem durch mehrtägige zweistündliche Messungen völlige Fieberfreiheit konstatirt ist, werden zunächst 1 mg, nach 1—2 Tagen 5 mg und nach einer weiteren Pause von 1—2 Tagen 10 mg Tuberkulin injizirt; bei zweifelhaften Reaktionen ist die gleiche Dosis zu wiederholen; sollte nach 1 mg, 5 mg, 10 mg eine an sich ausreichende Temperatursteigerung von $^1/_2{}^0$ eintreten, so wird diese Dosis der Sicherheit wegen — um Täuschungen in Folge von Temperatursteigerungen aus interkurrenten anderen Ursachen auszuschliessen — noch einmal injizirt. Diese letztere Vorschrift verdient auch bezüglich der Anwendung der Maximaldosis von 10 mg eine ganz besondere Beachtung, da Verf. konstatiren konnte, dass bei Patienten, die sich nach der ersten Injektion von 10 mg noch völlig wohl befanden, erst auf die zweite Dosis von 10 mg eine typische allgemeine Reaktion erfolgte und der reagirende Herd auskultatorisch nachzuweisen war. Demnach ist — entsprechend der Beobachtungen Koch's — als frei von Tuberkulose anzusehen, wer auf zweimalige Dosen von 10 mg nicht reagirt. Des Weiteren lenkt Verf. die Aufmerksamkeit der Heilstättenärzte auf die Verwerthung des alten Tuberkulins zur Klärung des vielumstrittenen Begriffes „Heilung". Wo eine thatsächliche Heilung im anatomisch-pathologischen Sinne

eingetreten sei, da erfolge nach Verf's. Ansicht auch keine Reaktion mehr, mithin biete die Tuberkulindiagnostik das sicherste Mittel zum Nachweis, wie weit in Fällen konstatirter klinischer Heilung der Krankheitsprozess auch in anatomisch-pathologischer Hinsicht seinen Abschluss gefunden habe, und wäre ihre allgemeine Einführung auch zu diesem Zweck für die Heilstätten durchaus zu empfehlen. Verf. konnte im Jahre 1901 von 243 Entlassenen 40 % als geheilt — im klinischen Sinne — bezeichnen, da bei diesen Prozentsatz in zahlreichen, zu verschiedenen Tageszeiten vorgenommenen Untersuchungen über den früher erkrankten Stellen nicht die geringsten Zeichen von Katarrh mehr zu hören waren. Von jenen klinisch Geheilten reagirten, als bei ihrer Entlassung die diagnostische Tukerkulininjektion nochmals vorgenommen wurde, 60 % nicht mehr auf 10 mg (nicht in Betracht kommen hierbei die mit Tuberkulin behandelten Fälle), d. h. also, dass von 100 aus der Heilstättenbehandlung Entlassenen 16 im klinischen Sinne und 24 in anatomisch-pathologischem Sinne geheilt waren, in der That ein ebenso überraschender wie erfreulicher Erfolg, der nach Verf's. Ansicht dem Umstande zu verdanken ist, dass die Landesversicherungsanstalt Brandenburg ihre Patienten ohne bestimmte Beschränkung der Kurdauer, im Durchschnitt 5 Monate, in der Heilstätte belässt. Damit ist ein neuer Beweis für die Berechtigung der von Heilstättenärzten wiederholt erhobenen Forderung geliefert, die Behandlung Tuberkulöser zu verlängern.

Nach Vorstehenden darf man darauf gespannt sein, welcher Prozentsatz von Dauerheilungen die Landesversicherungsanstalt Brandenburg zu verzeichnen haben wird gegenüber den übrigen Versicherungsanstalten, die im Durchschnitt eine nur dreimonatliche Kurdauer gewähren.

Dr. Roepke-Lippspringe.

Die Serumdiagnose bei der Lungentuberkulose. Von Privatdozent Dr. Franzesco de Gracia. Aus dem Institute für Studium der Tuberkulose und anderer Infektionskrankheiten, geleitet von Prof. Dr. E. Maragliano. Berliner Klin. Wochenschrift; 1902, Nr. 11 u. 12.

Die diagnostische Bedeutung der Widal'schen Reaktion in der Tuberkulose ist noch bestritten. Arloing und Courmont messen der Serumreaktion einen grösseren Werth bei als der Tuberkulinprobe, während die Untersuchungen von Beck und Rabinowitsch, C. Fränkel, Lubowsky, Neisser und Horcicka nicht zu Gunsten des diagnostischen Werthes der Serumreaktion sprechen. Romberg, der bei seinen Untersuchungen die lebenden homogenen Kulturen durch Emulsion todter Bazillen ersetzte, hält noch weitere Untersuchungen für erforderlich.

Angesichts so vieler widersprechender Ansichten über den das grösste Interesse für die Diagnostik darbietenden Gegenstand hat Verfasser Untersuchungen nach verschiedenen Gesichtspunkten angestellt und kommt auf Grund derselben zu dem Schluss, dass „die Kulturen von Tuberkelbazillen nicht nur vom Blutserum der Individuen, die an Tuberkulose erkrankt sind, agglutinirt werden können, sondern auch von Serum vollständig normaler Individuen oder solcher, die an Infektion anderer Art erkrankt sind, dass ferner das Blutserum Tuberkulöser fähig ist, Kulturen anderer Art als Tuberkelkulturen in energischer Weise zu agglutiniren (Staphylococcus pyogenes aureus, Typhus-, Diphtherie-, Cholerabazillen, Bact. coli), dass man also von keiner Agglutinationsreaktion sprechen kann, die spezifisch für die Tuberkulose wäre, dass ferner das Blutserum Tuberkulöser konstant in verschiedenem Grade die Tuberkelkulturen agglutinirt und dass die Reaktion positiv und intensiv sein kann in den vorgeschrittenen und dem tödtlichen Ausgange nahen Formen, und sehr gering in den leichten Anfangsformen, ohne dass eine konstante Beziehung zwischen dem Agglutinationsgrade und dem Studium der Krankheit bestände; dass endlich die Emulsionen der todten Bazillen sich ebenso verhalten wie die homogenen lebenden Kulturen und nur das Unbequeme haben, dass bei ihnen die Reaktion viel langsamer eintritt."

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Infektiosität des Nagelschmutzes bei Kindern in Bezug auf Tuberkulose. Aus dem Laboratorium des „Stephanie"-Kinderhospitals in Budapest (Direktor: Prof. v. Bókay). Von Ordinarius Dr. Kornel Preisich, Chef des

Laboratoriums und Dr. Madàr Schütz, Assistent. Berliner Klin. Wochenschr. 1901, Nr. 20.

Die Tuberkulose greift in ihrer Entstehung bis auf das Kindesalter zurück. Die Verfasser unterscheiden zwei Arten der Infektion beim Kinde: 1) eine Infektion en masse beim Säuglinge, indem dieser fortwährend die Keime in grosser Menge von tuberkulösen Personen in den Mund und die oberen Luftwege bekommt (die Sterblichkeit der Kinder an Tuberkulose ist im 1. und 2. Lebensjahre am grössten); 2) eine langsame kumulirende Infektion durch den Schmutz der Dielen und der umgebenden Gegenstände, wobei die in den Mund gelangenden Tuberkelbazillen ausser Thoraxtuberkulose durch Verschlucken auch abdominale verursachen (Lutschen der Kinder an den Fingern und Umherkriechen am Fussboden).

Im Staube der Stube sind bereits von verschiedenen Seiten Tuberkelbazillen nachgewiesen. Die Verfasser haben dieselben aber durch Untersuchung von 66 Kindern des Ambulatoriums im Alter von 6 Monaten bis 2 Jahren bei 14 Kindern (21,2 %) in dem Nagelschmutz derselben nachgewiesen, und zwar auch in Fällen, wo weder in der Familie, noch in der Wohnung zur Zeit an Tuberkulose leidende Personen sich befanden. Sie waren nachweisbar in allen jenen Fällen, wo in der Familie Tuberkulosekrankheit in einer eiternden Knochentuberkulose bestand. Die Bedeutung der eiternden Knochen- und Drüsentuberkulose wird in Bezug auf die Infektiosität meistens unterschätzt.

Der Nagelschmutz enthält ausser Tuberkelbazillen auch andere pathogene Mikroorganismen. Dies erklärt die Häufigkeit der akuten Drüsenerkrankungen am Halse der Kinder. Dr. Räuber-Düsseldorf.

Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut und ihre Beziehungen zu den inneren Organen. Von Dr. O. v. Petersen, Professor der Dermatologie des Kaiserl. klin. Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna zu St. Petersburg. Berliner klin. Wochenschrift; 1902, Nr. 16.

Als feststehende Thatsache gilt, dass es sich bei Lupus vulgaris um eine lokale Infektion, bedingt durch Koch'sche Tuberkelbazillen, handelt. Der Lupus vulgaris und Tuberkulosis vernicosa cutis (einschl. Leichentuberkel) sind als reine Lokalherde, die Tuberkulosis miliaris acuta cutis und Lichen scrophulosum sind als Symptome tuberkulöser Allgemeininfektion; Scrophuloderma oder Gumma tuberculosum, gehören ebenfalls zur Tuberkulose der Haut, wahrscheinlich auch das Oedema indurativum Bazin's.

Verfasser kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Beziehungen der inneren Organe zu den tuberkulösen Hautaffektionen haben noch viel zu wenig Beobachtung gefunden.
2. Jede lokale tuberkulöse Erkrankung, sei sie in der Haut, den Knochen, Gelenken, Schleimhäuten, Darm, Drüsen, Kehlkopf oder Lungen, kann unter Umständen allgemeine Tuberkulose erzeugen, wie dieses z. B. nach Auslöffelung von Lupus oder Knochenherden konstatirt ist.
3. Wie häufig die allgemeine Tuberkulose vorkommt in Folge lokaler Tuberkuloseherde und unter welchen Bedingungen, darüber fehlen noch systematische Beobachtungen.
4. Eine allgemeine Statistik der tuberkulösen Erkrankungen verschiedener Organe ist äusserst wünschenswerth, kann aber nur durch gemeinsame Arbeit der Vertreter der verschiedensten Spezialfächer der Medizin geschaffen werden.
5. Die bisherigen Kenntnisse über die Tuberkulose sprechen dafür, dass wir es vorherrschend mit einer Lokalinfektion zu thun haben und daraus ergiebt sich, dass neben Hebung der Widerstandsfähigkeit des menschlichen Organismus gegen die Infektionsträger die Therapie in erster Linie eine lokale sein muss, wie wir sie z. B. für den Lupus vulgaris gegenwärtig in der Phototherapie besitzen. Dr. Räuber-Düsseldorf.

Ueber die Genese der Lungentuberkulose. Von Prof. Dr. Ribbert-Marburg. Deutsche mediz. Wochenschrift; 1902, Nr. 17.

Da eine völlig exakte Beweisführung, wann und wie die Bazillen in die Lunge hineinkommen, nicht möglich ist, sucht Verfasser die Entstehung der Lungentuberkulose durch die Verwerthung gelegentlicher und systematisch auf-

genommener pathologisch-anatomischer Befunde aufzuklären. Der Lungentuberkulose geht fast ausnahmslos eine ältere tuberkulöse Erkrankung, insbesondere der bronchialen Lymphdrüsen, voraus. Die Bronchialdrüsentuberkulose muss in weitaus den meisten Fällen von den Lungen aus zu stande gekommen sein, auch wenn diese Organe selbst keine Erkrankung zeigen, und zwar in der Weise, dass die eingeathmeten Bazillen die Lunge passiren, ohne sie krank zu machen, und auf dem Wege, den auch die Kohlepartikel nehmen, mit dem Lymphstrom zu den Drüsen gelangen. Von den verkästen Bronchialdrüsen erfolgt dann die weitere Ausbreitung im Organismus, in das Knochensystem, in den Genitialapparat u. s. w. und dadurch nicht nur das Bild der Miliartuberkulose, sondern auch die Entstehung der gewöhnlichen Lungentuberkulose. Die Sektion zeigt bei Miliartuberkulose die miliaren Knötchen meist so angeordnet, dass sie in der Lungenspitze den grössten Umfang haben, während sie nach abwärts beständig und gleichmässig an Grösse abnehmen bis sie an der Basis des Unterlappens am kleinsten sind. Weiter fand Verfasser in Fällen offenbarer chronischer Miliartuberkulose in der einen Lungenspitze bereits kleine Kavernen, darunter grössere, nach abwärts an Umfang abnehmende Knötchengruppen, im Unterlappen und in den anderen Lungenspitzen hingegen erst kleinere Gruppen von Knötchen und einzelne Tuberkel. Derartig chronisch verlaufende Fälle bilden den Uebergang zwischen miliarer und gewöhnlicher Lungentuberkulose, die mit einander zusammenhängen und ohne alle Grenze in einander übergehen können. Anderseits weist das ganze Bild der Erkrankung nicht nur auf die hämatogene Entstehung hin, sondern lässt auch den ersten Beginn in der Spitze durch den Blutweg vermittelt erscheinen; Verfasser kommt daher zu dem Schluss, dass die hämatogene Tuberkulose die Lungenspitze bevorzugt. Bei wenig ausgeprägter Disposition des Individuums wird die Vermehrung der mit dem Blutkreislauf in die Lunge gelangten Bazillen geringfügig sein, die Festsetzung nur in der für ihre Entwicklung besonders geeigneten Lungenspitze geschehen und darum das gewöhnliche Bild der Phthyse entstehen; nur wenn die Bazillenmenge beträchtlich ist, müssen sie das Bild der Miliartuberkulose hervorrufen. Die Bevorzugung der Lungenspitze bei der hämatogenen Tuberkulose erkläre sich daraus, dass die Bazillen in der weniger gutdurchbluteten Lungenspitze weniger ausgiebig von dem bakterienschädlichen Einfluss des Blutes und der Gewebe getroffen werden und bei wenig Disponirten nur in dieser die ausreichenden Entwicklungsbedingungen finden.

Daneben erkennt Verfasser auch die Genese durch Aspiration an und möchte besonders die von Birch-Hirschfeld beschriebenen primären Erkrankungen der Bronchen des Oberlappens, vor allem des Bronchus apicis posterior, als Inhalationstuberkulosen ansehen. Die Lokalisation der Bazillen in der Lunge stellt sich Verf. derart vor, dass die Bazillen aus den Kapillaren austreten, bis zu den feinsten Bronchiolen bezw. den Alveolargängen von ihrem Uebergang in die Infundibula gelangen und in diesen Lufträumen zur Exsudatbildung sowie in dem direkt anstossenden Lungengewebe zu knötchenförmigen Verdichtungsherden führen. Die Entzündung beginnt also im Lumen der Lufträume und bietet demnach keinen anatomischen Unterschied zwischen der durch Aspiration entstandenen und der hämatogenen Erkrankung. Immerhin möchte Verfasser mit Aufrecht und Baumgarten annehmen, dass in den meisten Fällen die Lunge erst sekundär vom Blute aus ergriffen wird. Die praktische Bedeutung der von R. dargelegten Anschauungen gipfelt darin, dass kein Mensch absolut immun gegen Tuberkulose ist, dass vielmehr die eingedrungenen Bazillen bei geeigneter Menge stets Veränderungen hervorrufen werden. Aber der weitere Verlauf ist sehr verschieden: in vielen Fällen schliesst sich Lungen- oder anderweitige Tuberkulose an, in ausserordentlich zahlreichen anderen kommt es zur Induration und Verkalkung, also zu einer Art Heilung. Wenn also irgendwo die Therapie mit Vortheil einsetzen könne, so sei es in den frühen Stadien, in denen die Bazillen über die primäre Lokalisation in den Lymphdrüsen noch nicht hinausgekommen sind. (Nach Naegeli's sorgfältigen Untersuchungen würde man dann allerdings 95—97 % aller Erwachsenen in Behandlung nehmen müssen! Ref.) Dr. Roepke-Lippspringe.

Ueber einen Fall von Impftuberkulose eines Schlachthausarbeiters durch tuberkulöse Organe eines Rindes. Von Dr. Paul Krause. Münchener Med. Wochenschrift; 1902, Nr. 25.

Bei dem aktuellen Interesse der Frage, ob die Rindertuberkulose auf den Menschen übertragbar sei, theilt Verfasser einen Fall mit, bei dem mit grösster Wahrscheinlichkeit eine tuberkulöse Erkrankung der Lymphgefässe und Drüsen des rechten Armes durch eine Infektion mit perlsüchtigem Materiale erfolgt ist.

Patient war bis vor 3 Jahren mit dem Aufräumen von Fleischtheilen kranker Thiere beschäftigt. Er ist 30 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und ist bisher stets gesund gewesen. Vor 3 Jahren hat er sich im Schlachthause an einem Tische einen Splitter in den rechten Daumen gejagt, sofort nachher hat er einer kranken Kuh das Fell abziehen müssen. Nach einigen Tagen ist ihm der rechte Arm angeschwollen, allmählich fortschreitend bis zur Achselhöhle. Es haben sich eitrige Beulen gebildet, welche sich spontan öffneten. Schon nach 8 Tagen hat er den Arzt das erste Mal aufgesucht, welcher ihm sofort gesagt, er habe sich angesteckt. Nach etwa 1/2 Jahre, nachdem die Geschwulst bis zur Achselhöhle vorgedrungen war, musste er fast täglich in die Behandlung seines Arztes, welcher jetzt die Anschwellung für tuberkulös erklärte, wiederholt am rechten Arme inzidirte, ohne eine völlige Heilung erzielen zu können und deshalb den Kranken 1/2 Jahr später dem Krankenhause Bethanien in Breslau überwies, wo endlich nach wiederholten grösseren Inzisionen und Herausnahme von Lymphdrüsen Heilung erzielt wurde. Die mikroskopische Untersuchung der Drüsen und eines Stückes ulzeröser Haut bestätigte die klinische Diagnose auf Tuberkulose.

Unter diesen Umständen dürfte die Schlussfolgerung, dass W. sich seine Infektion durch perlsüchtiges Material, mit welchem er täglich zu thun hatte, geholt hat, durchaus berechtigt erscheinen. Dr. Waibel-Kempten.

Die Frage nach der Identität der Menschen- und Thiertuberkulose. Von Prof. Dr. Disselhorst in Halle a./S. Münchener medizinische Wochenschr.; 1902, Nr. 27.

Während bekanntlich Rob. Koch im Jahre 1881 die Identität aller Tuberkuloseformen, insbesondere der Menschen- und Thiertuberkulose betont hat, trat derselbe bekanntlich im vorigen Sommer auf dem Londoner Kongress mit der überraschenden Behauptung hervor, dass die Tuberkulose des Menschen und verschiedener Thiere, insbesondere des Rindes, nicht identische Krankheiten seien.

Zu dieser Anschauung gelangte er aber nicht durch theoretische Reflexionen, sondern auf Grund einer Anzahl von bedeutungsvollen Versuchen, die er mit Prof. Schütz an der thierärztlichen Hochschule gemeinsam anstellte.

Nach kurzer Darlegung des Untersuchungsmodus und Materiales werden die Resultate dieser Untersuchungen mitgetheilt und daran kritische Bemerkungen vom Verfasser geknüpft, auf Grund deren er zu der Annahme gelangt, dass wir zur Zeit noch nicht von einer endgültigen Regelung dieser für die Seuchentilgung und für die sanitäre Wohlfahrt so bedeutungsvollen Frage reden können. Bisher wurde ja die Verbreitung der Tuberkulose durch Fleisch und Milch als eine der Hauptverbreitungsursachen derselben überhaupt betrachtet. Wenn nun die Erfahrungen Koch's sich als einwandfrei wahr erweisen, so bedürften wir in Zukunft der sanitätspolizeilichen Massregeln für den Vertrieb von Fleisch und Milch tuberkulöser Thiere nicht mehr. So lange aber diese Fragen schweben, wird man ein Anhänger jener Massregeln bleiben müssen, selbst in dem Bewusstsein, dass die Hauptförderung der Menschen-Tuberkulose der tuberkulöse Mensch selbst ist. So reduzirt aber die Infektion von Thier auf Mensch sein möge, immer muss gegen sie Schutz gesucht werden; denn der infizirte Mensch wird wiederum ein gefährlicher Weiterverbreiter der Seuche.

Dr. Waibel-Kempten.

Rindertuberkulose und öffentliche Gesundheitspflege. Von Salmon. N. S. Departement of Agriculture. Bulletin Nr. 33. Washington 1901.

Nach Würdigung der Berichte aus den Vereinigten Staaten und auch anderen Ländern über die Zunahme der Tuberkulose unter den Rindern und Schweinen, unterwirft der Verfasser R. Koch's Bemerkungen vom Tuberkulose-Kongress in London einer Kritik an der Hand einer Reihe vorsichtig gesichteter Fälle.

Wenn auch der Tuberkelbacillus scheinbar für den Menschen in den

meisten Fällen nicht so virulent sei, wie wiederum für ein Rind, so müsse man anderseits zugeben, dass genug Erfahrungen dafür sprechen, dass Rindertuberkulose wiederholt bei ganz gesunden, nicht belasteten Individuen, gleiche Erkrankungen ausgelöst haben. Die Versuche von Sidney Matin, Theobald Smith, Frotingham, Dinriddies, Mauveau beweisen die Uebertragbarkeit menschlicher Tuberkelbazillen auf Rinder. Wenn Koch die Suszeptilität der Menschen für den Tuberkel der Kühe diskutirt, so fragte S., welchen anderen Bacillus giebt es, welcher für so verschiedene und nicht verwandte Thiere pathogen ist, ohne es für den Menschen zu sein. In der Regel sind diejenigen, welche für eine Reihe von Thieren pathogen sind, auch für den Menschen gefährlich. Es würde z. B. auch ein Trugschluss sein, zu sagen, weil Tollwuth auf Affen übertragen, bei Hunden später kein ursprüngliches Krankheitsbild hervorruft, ist die Tollwuth von Hunden nicht auf die Affen zu übertragen. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei Variola und Vaccine. Nach Besprechung von fünf Fällen, bei denen eine direkte Uebertragung vom Rind mit Tuberkelbazillen auf die äussere Haut nachgewiesen ist, wobei es theils zu lokalen, theils zu Allgemeinerkrankungen kam, kommt er zu dem Schluss, dass Mensch und Thier gleich empfänglich für den Tuberkelbacillus sind. Die zitirten Krankheits- und Stationsberichte, mit genauer Angabe der Infektionsquellen, mahnen sehr zur Vorsicht bei der Auswahl der Thiere zum Milchgeschäft. Die hohe Kindersterblichkeit in England an Bauchfell- und Darmtuberkulose sei wohl darauf zurückzuführen, dass in England die Milch- und Schlachthauskontrolle nicht so gut aufgezogen ist, als z. B. in Deutschland und den Vereinigten Staaten. England und Wales hatte im Durchschnitt eine Sterblichkeit an Tuberkulose in den Jahren 1851—95 auf 1 Million aller Altersklassen von 1—8,5, auf 1 Million Geburten (unter 1 Jahr) +27,7, auf 1 Million Lebender (unter 5 Jahren) von —3,0.

Eine von Delepine beschriebene Arbeit ist zur Beurteilung des Weges, welchen die Infektion nehmen kann, sehr lehrreich. Von 13 Kindern, welche in Folge von ungünstiger Ernährung eingegangen waren, bei den nachweislich keine erbliche Belastung bestand, und deren Sektion nichts von Tuberkulose makroskopisch erkennen liess, wurden die Mesenterialdrüsen mikroskopisch untersucht; bei zwei Kindern wurde ausgesprochene Tuberkulose in den Drüsen und bei 5 anderen beginnende nachgewiesen.

Der grossen Kindersterblichkeit in England, und zwar in Folge von Darmtuberkulose, stehen geringe Zahlen in Berlin, Paris, Newyork, Boston und Chicago gegenüber, in welchen Städten anderseits die Lungentuberkulose prävalirt. Worin liegt da die Ursache? Warum infiziren sich diese letzteren nicht mehr durch Verschlucken des eigenen Sputums, spielen vielleicht die Darmsäfte mit durch Abschwächung der Virulenz, und gehen vom Darm aus die Bazillen auf dem Wege der Lymphdrüsen und Lymphbahnen nach gewissen Prädilektionsstellen? Salmon neigt zu der Ansicht, dass der Tuberkelbacillus des Menschen bei der Infektion des Darmkanals eine untergeordnete Rolle spiele, und dass man nicht ausschliesslich von einer Inhalationsinfektion reden dürfe bei Lungentuberkulose. Infektiöse Speisen und Getränke können Keime im Munde, auf den Mandeln, im Rachen ablagern, welche auf dem Wege der Lymphbahnen zu den Halsdrüsen gelangen, diese verkäsen und weiter zu den mediastinalen Drüsen oder durch die Nackendrüsen direkt in die Lungen wandern.

Die angeführten Fütterungsversuche lehren, dass die Bazillen eine Lungentuberkulose auslösen können, während sie den Darmtractus unbehelligt lassen.

Es soll nicht bestritten werden, dass durch die Einathmung Darmtuberkulose entstehen kann, doch müsse auch die Annahme gelten, dass durch Speisen eine Infektion der respiratorischen Organe ausgelöst werde. Deshalb sollen wir durch Koch's Behauptungen uns nicht beirren lassen, im Gegentheil, auf Grund der Erfahrungen in der Praxis, der Ergebnisse der vergleichenden Pathologie und der Thierexperimente, die Milch und Fleischbeschau so exakt wie möglich überwachen. Dr. Pfeiffer-Hamburg.

Ueber den Antheil, den die Milch an der Verbreitung der Tuberkulose nimmt, mit besonderen Untersuchungen über die Milch des Paduaner Marktes. Von Dr. C. Tanzig, Assistent. Aus dem hygienischen

Institut der Königl. Universität Padua. Direktor: Prof. A. Serafini. Archiv für Hygiene; 1901, 41. Bd., H. 1.

Capelletti hatte im Jahre 1895 in 27 Proben der Paduaner Marktbutter niemals Tuberkelbazillen nachweisen können. Da dieses Resultat in auffälligem Gegensatz zu der Häufigkeit der Tuberkulose als Todesursache bei den Einwohnern Paduas (40,5 pro 10000 Einwohner im Jahre) steht, hat Tanzig neuerdings 46 Proben der Paduaner Marktmilch untersucht. Von 103 inokulirten Meerschweinchen starben 10 innerhalb der ersten 14 Tage an Infektionen, die nicht durch den Tuberkelbacillus verursacht worden waren. Von den 93 überlebenden zeigte, nachdem sie zum Zwecke der Sektion getödtet worden waren, keines Zeichen von Tuberkulose.

Die Statistiken des Schlachthauses in Padua lehren, dass unter dem dortigen Schlachtvieh die Tuberkulose nur in ca. 3 % der geschlachteten Kühe vorkommt. Da nach den Statistiken der Thierärzte höchstens 5—6 % der tuberkulösen Kühe an Eutertuberkulose leiden, so würden sich in Padua unter 1000 Kühen nur 2 mit Eutertuberkulose finden. Auch auf Grund dieser Untersuchung spricht sich Tanzig dahin aus, dass die Gefahr der Verbreitung der Tuberkulose durch die Milch in Padua im Vergleich mit anderen Gegenden gering sei.

Eine Tuberkulosestatistik Italiens lehrt, dass weder die Tuberkulose im Allgemeinen, noch die Tabes meseraica dem Milchkonsum proportional ist, dass vielmehr diese Krankheiten häufig dort in grösserer Zahl vorkommen, wo der Kuhmilchverbrauch sehr gering ist. Bemerkenswerth ist auch, dass in Rom die rigorose Aussonderung aller tuberkulöser Kühe die Häufigkeit der Tuberkulose unter den Einwohnern in keiner Weise beeinflusst hat.

Trotz dieser Resultate warnt Tanzig davor, die Gefahr, welche von tuberkulösen Kühen droht, zu gering zu achten; besonders in Betrieben mit einem geringen Viehbestande, wo die Milch von nur wenigen Kühen gemischt wird, hält er dieselbe für nicht gering. Doch möchte er von allzu rigorosen Massnahmen Abstand genommen wissen. Seiner Ansicht nach genügt eine aufmerksame Ueberwachung der Kuhställe durch Thierärzte und Ausscheidung der als tuberkulös befundenen Thiere, sowie das Abkochen der Milch vor dem Genuss.

Dr. Lentz-Berlin.

Die Anzeigepflicht bei Tuberkulose. Von Prof. C. Fränkel. Deutsche Medizinische Wochenschrift; 1902, Nr. 11.

Verfasser vermisst in der Kette der Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose ein ungemein wichtiges Glied: Die Anzeigepflicht. Zwar sind bisher stets Bedenken laut geworden, dass die aus der Anzeige hervorgehenden Weiterungen für die Kranken und die behandelnden Aerzte unter Umständen manche Unannehmlichkeiten bedingen, doch haben sich thatsächlich aus der mehr oder minder ausgedehnten Tuberkulose-Anzeigepflicht, wie sie in mehreren fremden Ländern (Nordamerika, Norwegen, Italien) und in einzelnen deutschen Bundesstaaten (Baden, Sachsen-Altenburg, Sachsen) bereits eingeführt ist, irgend welche Unzuträglichkeiten nicht ergeben. In Preussen haben Städte, Kreise, sogar ganze Regierungsbezirke die bestehende Lücke auf dem Verwaltungswege mit Hilfe von Polizeiverordnungen auszufüllen gesucht, die entweder auf Grund des berühmten §. 10, Titel 17, Teil II des allgemeinen Landrechts, oder aber der §. 143 und 144 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 erlassen worden sind. Indess sind jene polizeilichen Verordnungen ungesetzlich, da unsere obersten Gerichte zu wiederholten Malen entschieden haben, dass das Gebiet des Seuchenschutzes in Preussen durch das Regulativ vom Jahre 1835 eine erschöpfende und entgiltige Regelung erfahren habe (vergl. Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen Band XXVII, S. 280; Johow's Entscheidungen des Kammergerichts Band XVII, S. 465). Jenes Regulativ erwähnt aber die Tuberkulose nur insofern, als es bei Schwindsucht eine Reinigung bezw. Vernichtung der Kleidungsstücke und sonstigen Effekten vorsieht. Um nun den Zustand der Rechtsunsicherheit für so wichtige, sachlich als nothwendig erkannte Verordnungen zu beseitigen, ist ein besonderes Gesetz gegen die Tuberkulose oder die Aufnahme der betr. Verfügungen in allgemeinen Bestimmungen über das Gesundheitswesen anzustreben. Verfasser empfiehlt den letzteren Weg als den einfacheren, weil wir ohne Zweifel demnächst den Erlass eines

preussischen Seuchengesetzes zu erwarten haben, das nach §. 48 des Reichsseuchengesetzes dessen nothwendige Ergänzung bildet und die dort der landesgesetzlichen Regelung vorbehaltenen Maassnahmen zur Abwehr und Unterdrückung der im Reichsgesetz nicht berücksichtigten gemeingefährlichen Krankheiten umfassen soll.

Die Anzeigepflicht nur auf Tuberkulose-Todesfälle zu beschränken, dürfte sicherlich nicht genügen, da damit gerade die wichtigste Quelle der Infektion, der lebende Kranke, nicht inbegriffen würde; anderseits erscheint es ebenso wenig räthlich, etwa alle die letzteren ohne jede Ausnahme einzubeziehen, da die Durchführung solcher Massregeln auf sehr grosse Schwierigkeiten stossen würde. Der eigentliche Zweck wird auch vollkommen erreicht, wenn nur alle diejenigen Fälle herausgegriffen werden, in denen die Verhältnisse des Kranken eine offenbare Ansteckungsgefahr für seine Umgebung mit sich bringen. Ob und wann diese Voraussetzung sich erfüllt, wird im Wesentlichen von der Form und dem Entwicklungsgrade der Tuberkulose, von den Wohnungsverhältnissen und den Bedingungen des regelmässigen Aufenthaltes des Kranken und von dem Berufe des Erkrankten abhängig sein. Genauere Erläuterungen hierüber wären in besondere Ausführungsbestimmungen aufzunehmen, die jeder Zeit durch einfache Verfügungen dem augenblicklichen Stande der Wissenschaft angepasst werden können.

Die so auf gewisse Formen und Arten der Tuberkulose ausgedehnte Anzeigepflicht wird zunächst zu einer sachverständigen, genauen Prüfung der gesammten Verhältnisse, insbesondere der Wohnung, und zu einer ärztlichen Beobachtung des Falles führen müssen. Von dieser Seite müsste weiter eine eindringliche Belehrung und Warnung ergehen, welche den Kranken und seine Umgebung auf die vorhandene Gefahr und die Mittel hinweist, diese einzuschränken. Wo alle Rathschläge vergeblich sind, ist die Aufnahme des Patienten in ein Krankenhaus in's Auge zu fassen: Heimstätten oder Schwindsuchtsasyle, die durch geordnete Pflege und Wartung ausgezeichnet den Kranken zum Eintritt bestimmen, würden die Isolirung ermöglichen. Auch der Desinfektion der von Schwindsüchtigen verlassenen Behausungen ebnen sich erst mit Hilfe der Anzeigepflicht die Bahnen. Dr. Roepke-Lippspringe.

Die geschichtliche Entwicklung des Neugalenismus und die Lungentuberkulose im Lichte derselben. Von Kreisarzt Dr. Bachmann, Harburg a. E. Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 19—23.

Verf. ist Humoralpathologe strengster Observanz. Von diesem Standpunkte aus werden die hippokratisch-galenischen Grundanschauungen in ihren Vertretern und Gegnern bis auf unsere Zeit entwickelt, insbesondere die Dyes-Schubert'schen Theorien über den sich im Blut- und Drüsensystem abspielenden Stoffwechsel, die Mosso'schen Untersuchungen über die Degeneration der rothen Blutkörperchen und die Beobachtungen Aufrecht's über die ersten Lokalisationen der Lungenschwindsucht in den Blutgefässen der Lunge mehr oder weniger wörtlich angeführt und zu Gunsten humoralpathologischer Auffassung gedeutet. Um das Wesen von Krankheit überhaupt verstehen zu können, muss man nach Verf. von den Thatsachen des Stoffwechsel ausgehen: Solange sich Verbrauch und Ausscheidung der durch Nahrung und Athmung aufgenommenen Stoffe die Wege halten, sei der Organismus gesund; können hingegen die produzirten Abfallstoffe des Blutes durch das „Blutgefäss-Drüsensystem" nicht mehr bewältigt werden, so entstehe eine Krankheit, entweder durch Zersetzung der zurückgehaltenen Stoffwechselprodukte ohne Mitwirkung von Mikrobien — Selbstgiftbildung — oder unter Mitwirkung derselben — Infektion. Damit kommt Verf. zu dem Begriff der Konstitutionspathologie und, da die Konstitution des Individuums für ihn nichts anderes bedeutet als das „Temperamentum Galeni", zu dem Ausdruck „Neugalenismus, welcher die Vereinigung aller feststehenden Resultate der Anatomie, Physiologie, Chemie, Physik, besonders aber auch der Biologie, Entwicklungs- und Vererbungslehre und der Bakteriologie mit dem von allem phantastischen Beiwerk befreiten Kern des Galenismus bezeichnen soll. Im Lichte solchen Neugalenismus erscheint dem Verf. die Tuberkulose als eine Infektionskrankheit auf konstitutioneller Grundlage (diese Auffassung ist doch aber nicht neu! Ref.) und zu ihrer Bekämpfung neben der Vernichtung des Tuberkelbazillus in der Um-

gebung des Menschen ganz besonders die Verbesserung der fehlerhaften Konstitution nothwendig. Letzteres würde nicht nur am sichersten die Tuberkulose einschränken, sondern gleichzeitig die Grundursachen der meisten Krankheiten beseitigen, müsste allerdings schon beim Kinde, am besten noch bei der vorangehenden Generation — den Müttern der Tuberkulösen in ihren Mädchenjahren — begonnen werden. Weiterhin kann nach Verf. eine Bekämpfung der Tuberkulose vermittelst der Lungenheilstätten nur zu ganz unbedeutenden Erfolgen führen, während zur Heilung von bestehender Lungentuberkulose die natürliche Heilkraft unter Abhaltung schädlicher Reize von der Lungenschleimhaut und Heranziehung der Wasserbehandlung am meisten leistet (Heilstättenbehandlung! Ref.). Den Schlussthesen des Verf's.: „Die bisherigen populären Belehrungen, in Wort und Schrift, über das Wesen der Tuberkulose, ihre Verhütung und Heilung, konnten nur sehr geringen Nutzen stiften, da sie eben zum grössten Theil auf verkehrten Grundanschauungen über das Wesen der Krankheit beruhen; richtigere populäre Belehrungen haben leider solange keine Aussicht auf Erfolg, als sie nicht mit besser unterrichteten Aerzten rechnen können", darf man wohl wegen ihrer provozirenden Schärfe den anderen Satz der immerhin sehr interessanten und lesenswerthen Arbeit gegenüberstellen, dass nach des Verf's. Selbstbekenntniss „die von ihm gelehrten Anschauungen ohne Zweifel im Einzelnen noch auf vielfache Richtigstellung angewiesen sind".

Dr. Roepke-Lippspringe.

Tagesnachrichten.

Dem badischen Landtage ist eine Vorlage zugegangen, betreffend **Erhöhung des Diensteinkommens der Bezirksärzte durch Gewährung des ganzen Wohnungsgeldes.** In der Begründung dazu heisst es:

„Die aus der wissenschaftlichen Erforschung der Uebertragungsursachen gewisser Krankheiten sich ergebende Nothwendigkeit der Verschärfung der zur Verhütung der Verbreitung dieser Krankheiten zu treffenden gesundheitspolizeilichen Massnahmen führt naturgemäss zu einer gegen früher erheblich vermehrten Inanspruchnahme der staatlichen Sanitätsbeamten, so dass in der That, wie dies auch in einer Eingabe des staatsärztlichen Vereins geltend gemacht wurde, die Bezirksärzte, wenigstens der grösseren Bezirke des Landes, keineswegs mehr als nicht vollbeschäftigte Beamte angesehen werden können, wie denn auch ein grosser Theil derselben keine oder doch keine nennenswerthe Privatpraxis mehr zu versehen in der Lage ist. Vorwiegend im dienstlichen Interesse haben deshalb, wenigstens in den grösseren Bezirken, die Bezirksärzte ein Geschäfts- und ein Wartezimmer bereit zu stellen, wofür ihnen, wie anderen Beamten, die ihr Geschäftszimmer selbst stellen — z. B. Oberförster, Notare — billiger Weise eine Vergütung gewährt werden müsste. Da die Bezirksärzte zur Zeit nur das halbe Wohnungsgeld beziehen, schien es das Zweckmässigste, diese Vergütung auf die Hälfte des Wohnungsgeldes zu normiren und allen Bezirksärzten künftig das ganze Wohnungsgeld zu gewähren."

„Aehnlich wie bei den Bezirksärzten liegen die Verhältnisse bei den Strafanstaltsärzten und bei den technischen Referenten, so dass es angezeigt erschien, auch diesen Beamten künftig das ganze Wohnungsgeld zuzuwenden."

Personalien. Prof. Dr. Max Gruber-Wien hat die anfangs angenommene Berufung auf den Lehrstuhl der Hygiene in München als Nachfolger des verstorbenen Prof. Dr. Buchner abgelehnt.

Das internationale Zentralbureau zur Bekämpfung der Lungentuberkulose, das auf Anregung des Tuberkulose-Kongresses vom Deutschen Zentralkomitee für Lungenheilstätten in's Leben gerufen ist, wird die erste Konferenz seiner Mitglieder vom 22.—26. Oktober d. J. in Berlin abhalten. Die hervorragendsten Vertreter der Tuberkulosewissenschaft und -praxis, namentlich aus Frankreich, England, Russland, Amerika u. s. w. haben ihre Theilnahme an den Verhandlungen in Aussicht gestellt.

Auf der diesjährigen, am 27. und 28. August in Koblenz stattfindenden **Hauptversammlung des Deutschen Apotheker-Vereins** gelangen u. a. zur Verhandlung: Krankenkassenfrage; Verkehr mit Arzneimitteln ausserhalb der

Apotheken; Frage der pharmazeutischen Vor- und Ausbildung; Annahme von Apothekerlehrlingen; Apothekenmusterungen (dieselben sollen den pharmazeutischen Bevollmächtigten übertragen werden); ärztliches und thierärztliches Dispensirrecht; Vorbildung und Prüfung der dispensirenden Krankenschwestern und Brüder.

Die Pocken haben in London allerdings eine Abnahme erfahren, die Zahl der wöchentlich angemeldeten Erkrankungs- und Todesfälle ist aber immerhin noch eine erhebliche; sie betrug in den Wochen vom 6. Mai bis 19. Juli: 205 (45), 239 (37), 223 (37), 312 (38), 192 (29), 191 (29), 111 (24), 94 (17), 43 (13) und 51 (13). Bis zum 12. Juni waren im Ganzen 9098 Personen in London an Pocken erkrankt und 1536 davon gestorben.

Die Cholera hat im Orient und in einzelnen asiatischen Staaten wieder einen grösseren Umfang genommen, so dass eine Einschleppung nach Europa nicht nur droht, sondern angeblich schon in Neapel durch einen chinesischen Dampfer erfolgt sein soll. In Alexandrien wie in anderen Orten Aegyptens, besonders in Oberägypten, sind bereits mehrfach Cholerafälle vorgekommen (im Bezirk Assiah vom 15.—20. Juli: 154 (103), in Mucha: 210 (147), in Kairo vom 17.—26. Juli: 420 (341); desgleichen in Arabien (z. B. im Mai in Sabia: 200 (80), Medina: 21 Todesfälle, Yambo: 141 (207). Besonders verseucht ist aber die Mandschurei (in Inkou sind z. B. bis 4. Juli 643 Personen erkrankt und 477 gestorben, davon in der Zeit vom 27. Mai bis 4. Juli: 166 (139), in Charbin vom 1.—10. Juni: 573 (322). Ferner herrscht die Seuche besonders in den chinesischen Provinzen Amoy und Shanghai; vor Allem aber auf den Philippinen (Zahl der Erkrankungen und Todesfälle vom 1.—15. April: 784 (550), vom 16. bis 30. April: 1708 (1232), vom 1.—15. Mai: 1743 (1262), vom 16.—31. Mai: 1366 (934), davon in Manilla: 183 (149), 381 (300), 374 (300), 177 (152). Auch in Hongkong ist die Cholera etwas verbreitet; die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug in dreiwöchentlichen Zeiträumen vom 30. März bis 31. Mai: 80 (70), 94 (85), 109 (98).

Pest. Im Juni ist zwei Mal die Pest auf in Europa gelandeten Dampfern vorgekommen: auf dem in Dünkirchen und von da in die Themse einlaufenden Dampfer City of Perth (4 Erkrankungen unter der Mannschaft) und 2 Fälle auf den aus Brasilien in Genua angekommenen Dampfer Duca de Galliera. Ausserdem ist noch je ein Fall in Galata und Stambul Ende Juni vorgekommen.

In Indien ist die Seuche erheblich in der Abnahme begriffen. In den Wochen vom 26. April bis 20. Juni erkrankten bezw. starben an der Pest in der Präsidentschaft Bombay: 1845 (1531), 1295 (1096), 704 (650), 749 (605), 615 (485), 674 (504), 391 (286), 443 (298), davon in der Stadt Bombay: 470 (486), 417 (391), 311 (300), 200 (191), 169 (166), 124 (115), 76 (82), 51 (44); ferner in Karachi während derselben Zeit: 128 (108), 144 (122), 71 (69), 65 (53), 68 (59), 84 (69), 48 (22), 35 (19).

In Kalkutta sind während der Zeit vom 6. April bis 14. Juni an Pest gestorben: 603, 588, 577, 441, 280, 205, 132, 90 und 65 Personen.

In Hongkong sind vom 10.—31. Mai 116 Pesterkrankungen, davon 114 mit tödtlichem Verlaufe, angemeldet; in Formosa von Anfang des Jahres bis zum 22. Mai: 1322 mit 956 Todesfällen.

In Aegypten betrug die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle vom 9. Mai bis 20. Juli: 33 (20), 32 (21), 16 (10), 7 (2), 7 (1), 4 (1), 6 (5), 16 (10) und 6 (5), davon in Alexandrien: 1 (0), 7 (3), 4 (3), 0 (1), 1 (0), 3 (0), 4 (3), 7 (4) und 5 (4).

Ausserdem ist die Pest in Südarabien (Makalla) im April aufgetreten.

Im Kapland sind nur noch vereinzelte Fälle in Port Elisabeth (vom 19. April bis 14. Juni: 11 (6) vorgekommen.

In Madagaskar sind zu Majunga vom 19. Mai bis 14. Juni 85 Personen an der Pest gestorben; seitdem sind bis Ende Juni durchschnittlich 10—12 Pestfälle täglich vorgekommen.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei in Minden.

5. Jahrg. 1902.

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,
Herzogl. Bayer. Hofbuchhändler.
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.

Ein Fall von Selbst-Kastration.

Von Kreisarzt Dr. Solbrig-Templin.

Fälle von Selbst-Kastration dürften zu den grössten Seltenheiten gehören; wenigstens ist mir, soweit ich die mir augenblicklich zugängliche Literatur durchsehe, kein Fall bekannt, der dem von mir beobachteten analog wäre. Ich nehme dabei die bei der Sekte der Skopzen in Russland (nach v. Hofmann, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, VII. Aufl., S. 489) häufiger vorkommenden Fälle von Verstümmelung der männlichen Genitalien aus.

Der Fall, den ich kürzlich hier erlebt und den ich noch im Krankenhause in Behandlung habe, dürfte deshalb einer kurzen Besprechung werth sein.

In der Nacht vom 15./16. Juni erschien bei mir ein mir bis dahin unbekannter Mann mit der Angabe, er habe sich aus Versehen eine Stichverletzung des Hodensackes zugezogen; er blute so stark, dass er ärztliche Hülfe brauche. Die von mir sofort vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes:

Scrotum stark geschwollen, von der Grösse eines kleinen Kindskopfes, dunkelblau verfärbt, Penis unförmig geschwollen, ebenfalls dunkelblau gefärbt und glänzend aussehend; am hinteren Abschnitt des Scrotum eine querverlaufende ca. 4 cm lange, bis zu 2 cm klaffende glattrandige Wunde, die stark blutet. Bedeutender Blutverlust des 26 Jahre alten Mannes (bleiche Gesichtsfarbe, starkes Zittern und Schwanken, kein Zeichen von Trunkenheit).

Es wird sofort der Transport des von mir mit einem Nothverband versehenen Verletzten in das Krankenhaus bewerkstelligt. Hier zeigt sich, dass der Anzug, besonders Hosen, Hemd, Strümpfe stark mit Blut durchtränkt sind und das Blut bis in die Stiefel gesickert ist. Bei der Untersuchung der Wunde lässt sich der Zeigefinger in seiner ganzen Länge in die Wunde nach oben und zu beiden Seiten einführen.

Der Verletzte, bei vollem Bewusstsein, giebt an, er habe Nachmittags 4 Uhr sich einen Knopf an der Hose annähen wollen, beim Abschneiden des Zwirnfadens mit dem Taschenmesser sei letzteres abgewichen und ihm in den

Hodensack gefahren. Er habe sich allein in seiner Wohnung (auf einem kleinen Dorfe, ca. 4 km von Templin entfernt) befunden; wegen des starken, nicht aufhörenden Blutens sei er Abends gegen 10 Uhr zur Stadt gegangen, um einen Arzt aufzusuchen.

Die Wunde wird drainirt, theilweise vernäht. Am nächsten Tage und den folgenden tritt Fieber ein. Dasselbe lässt dann nach. Die Schwellung der Genitalien geht allmählich zurück, dafür bemerkte man am dritten Tage eine bedeutende Blutunterlaufung der Gegend der Symphyse, der Leistengegend und des Dammes.

Nach Abschwellung des Scrotum wird festgestellt, dass beide Hoden fehlen. Hierauf aufmerksam gemacht und zur Rede gestellt, dass eine zufällige Verletzung doch nicht denkbar sei, bleibt B. bei seiner Angabe, giebt aber zu, dass er vorher beide Hoden im Hodensack gehabt habe.

Auffallend ist das etwas stupide, mürrische Wesen des B. während der ganzen Zeit der Krankenhausbehandlung, ohne dass jedoch irgend welche geistige Abnormitäten festzustellen und Krämpfe aufgetreten waren.

Der weitere Wundverlauf war der: die Wundhöhle sezernirte ziemlich stark, verkleinerte sich langsam. Subjektives Wohlbefinden. Der Kranke liegt noch im Krankenhause und wird voraussichtlich in einigen Wochen geheilt sein.

Der Vater des Verletzten giebt an: er sei an dem fraglichen Tage abwesend und sein Sohn allein in der Wohnung gewesen. Als er — der Vater — Abends nach Haus gekommen, sei die Thür zur Stube des Sohnes verschlossen gewesen, so dass er gemeint habe, derselbe sei ausgegangen; bei näherem Hinsehen durch das Fenster habe er den Sohn im Zimmer wahrgenommen und denselben zum Oeffnen der Thür veranlasst. Hierbei seien ihm das blasse Gesicht des Sohnes und Blutspuren im Zimmer aufgefallen. Als Erklärung hierfür sei ihm mitgetheilt, der Sohn habe Nasenbluten gehabt. Abends um 10 Uhr erklärte ihm sein Sohn, er wolle in das Wirthshaus gehen und verliess derselbe das Haus. Da er nicht heimkam, forschte der Vater nach dem Verbleib des Sohnes nach und erfuhr, dass derselbe gar nicht das Wirthshaus aufgesucht habe (vielmehr war derselbe, was jedoch erst durch meine Mittheilung aufgeklärt wurde, zur Stadt zum Arzt gegangen).

Als ich dem Vater den Fall auseinandersetzte mit den mir seitens des Verletzten gemachten Angaben, weiss ersterer sich die Sache nicht zu erklären. Auf Befragen giebt er an, dass sein Sohn bis zum 14. Lebensjahre etwa an Krämpfen gelitten habe, seitdem frei davon und völlig gesund sei, niemals Spuren geistiger Störungen dargeboten habe, immer fleissig bei der Arbeit gewesen sei, nie getrunken und sich nie etwas aus den Mädchen gemacht habe (nicht zum Tanzen gegangen sei und dergl.). Soldat ist B. wegen mangelnden Brustmasses nicht geworden.

Wie ist der Fall zu erklären? Dass eine zufällige Verletzung nach Art des von dem Verletzten geschilderten Vorgangs absolut ausgeschlossen erscheint, bedarf m. E. keiner ausführlicheren Darlegung; spricht schon die Lage der Wunde (am hinteren Abschnitt des Scrotum) und die Tiefe derselben gegen eine durch das Abgleiten des Messers entstandene Verletzung, so ist die Komplikation in Gestalt der Kastration nur durch ein gewolltes Handeln zu erklären.

Es bestehen also 2 Möglichkeiten: entweder liegt Selbstverstümmelung vor oder das Einwirken einer dritten Person. Zunächst, als ich das Fehlen der Hoden noch nicht festgestellt hatte, erklärte ich mir die Sache so, dass vielleicht ein Nothzuchtsattentat seitens des Verletzten stattgehabt, die betreffende Person sich gewehrt und ihm die Verletzung beigebracht habe mit einem Messer. Diese Erklärung, die ja schon an sich nicht einwandsfrei ist, muss fallen, da es sich um eine Kastration handelt, die von einer einzelnen Person an einem nicht bewusstlosen Manne unmöglich auszuführen ist. — Ferner könnte man auf den Gedanken

kommen, dass — etwa aus Eifersucht oder Rache — ein Ueberfall auf den Verletzten stattgefunden habe und hierbei die schwere Verletzung demselben beigebracht sei. Hiergegen spricht zunächst die Angabe des B. selbst, der leugnet, dass ein Anderer ihm die Verletzung beigebracht habe; ein allzugrosser Werth wird aber auf die Angaben nicht zu legen sein, da es denkbar ist, dass B. die näheren Umstände des Falles zu verschweigen Ursache haben könnte.

Weit mehr fällt zur Entkräftung dieser Möglichkeit in's Gewicht, dass nicht das Geringste ermittelt worden ist — trotz eifriger Nachforschungen des Gendarmen —, was darauf schliessen lässt, dass irgend eine derartige Begebenheit, die doch nicht ohne Lärmen und Schreien vor sich gehen wird, stattgehabt hat. In einem kleinen Dorfe, am Sonntag Nachmittag, kann aber kaum etwas Derartiges vorkommen, ohne dass die Nachbaren u. s. w. etwas merkten.

Es bleibt meiner Ueberzeugung nach nur die eine Erklärung: B. hat sich selbst die Verletzung und Verstümmelung beigebracht. Warum er das gethan hat, ist nicht klar. Man kann kaum anders annehmen, als dass dies in einem Zustand vorübergehender geistiger Störung, oder in bewusstem Zustande zur Heilung von etwa arg betriebener Onanie geschehen ist. Für erstere Annahme liegt kein Anhalt vor, während Onanisten ja zuweilen zu barbarischen Mitteln greifen sollen, um sich von ihrem Laster zu befreien.

Jedenfalls dürfte der vorliegende Fall zu den Merkwürdigkeiten gehören! —

P. S. Nachträglich — während meiner Abwesenheit — hat der Verletzte zugegeben, dass er sich selbst kastrirt habe, und zwar will er dies aus Spielerei gethan haben. Die Wunde ist fast geschlossen (7 Wochen nach ihrer Entstehung).

Zur Aetiologie und Verbreitung des Kropfes.

Von Oberamtsarzt Dr. Stauss in Hechingen.

Seitens der Aushebungskommissionen hörte ich in früheren Jahren wiederholt klagen über den mangelhaften Ersatz aus meinem Nachbarbezirke H. wegen des häufigen Vorkommens von Kropfkranken daselbst. Nachdem mir dieser Bezirk mit der Ausführung des Kreisarztgesetzes zugetheilt worden war, fiel mir zuerst in einem im N.-Thale gelegenen Dorfe bei der Ortsbesichtigung auf, dass fast alle Personen, mit denen ich in Verkehr kam, an Kröpfen litten. Eine nähere Untersuchung ergab, dass ca. 10 % der Einwohner kropfkrank waren.

Wegen der grossen Wichtigkeit, welche diese Erkrankung in hygienischer und sozialer Beziehung hat, machte ich mir die Feststellung ihrer Verbreitung und die Erforschung ihrer Ursachen in meinem Bezirke zur Aufgabe, um dadurch Anhaltspunkte für ihre Bekämpfung zu finden.

Ich dehnte nun für's erste die Untersuchung über den ganzen Bezirk H. aus. Hierbei stellte sich heraus, dass noch ein Dorf

in Bezug auf Extensität und Intensität der Erkrankung annähernd dieselben Verhältnisse aufwies, wie das erstgenannte, in zwei weiteren Dörfern war die Krankheit ebenfalls stärker verbreitet, aber nicht so intensiv, in fünf Ortschaften ist sie wohl seltener, aber doch schon nicht mehr sporadisch, in den übrigen Ortschaften dagegen nur sporadisch. Idioten und Taubstumme waren in den Orten mit zahlreicheren Kropfkranken mehr wie in den anderen vorhanden.

Der Bezirk H. liegt in dem Terrassenland, das sich an den nördlichen Abfall des schwäbischen Jura anschliesst und im Westen vom Schwarzwald begrenzt wird. Der Jura hat eine durchschnittliche Höhe von 600 m, das Terrassenland wechselt zwischen einer Höhe von 500 m am Fusse des Jura und auf dem Plateau in seiner Mitte und 300 m am Fusse des Schwarzwaldes. Im Nordwesten ragt ein kleiner Theil des Bezirks in den Schwarzwald hinein. Dieses Stufenland hat Triasformation, die älteste Formation in Hohenzollern, die sich aus Buntsandstein, Keuper und Muschelkalk zusammensetzt.

In Bezug auf den Landschaftscharakter bietet das Keupergebiet eine reiche Abwechselung von Höhen und von Bächen durchflossenen Thälern. Die zweite Abtheilung der Trias, der Muschelkalk, hat Neigung zur Plateaubildung. Derselbe ist mit Lettenkohle bedeckt.

Auf diesen Ebenen haben sich tief in den Muschelkalk Flüsse eingenagt. Die Thäler sind schmal und tief, die Gehänge steil und schroff, oft ganz senkrecht. Die Wände der Thalkessel erreichen eine Höhe bis zu 200 m. In dem erstgenannten Kropfdorfe waren, um eine fahrbare Strasse auf die Ebene des westlichen Hanges zu bekommen, Kunstbauten nothwendig.

Die Kropforte liegen in allen drei Abtheilungen der Trias zerstreut, theils in den Thälern, theils an den Hängen, theils auf der Ebene und in Mulden derselben, die Hauptkropforte jedoch an Hängen und in Thälern, sowie im Gebiet des Muschelkalkes. Der Muschelkalk ist durchweg ein sehr harter Stein. Verschiedene Ortsnamen und Riede deuten auf frühere Sümpfe und reichliche Wasseransammlungen an der Oberfläche hin. Diese Namen sind aber heute nur noch ganz beschränkt zutreffend. Der Grundwasserstand ist sehr verschieden; er schwankt von ca. $^1/_2$ m bis zu ca. 12 m; in den Thälern und den Mulden des Plateaus ist er höher wie im oberen Theil der Hänge und den Ebenen des Plateaus. Wo der Grundwasserstand höher ist, besteht auch eine grössere Bodenfeuchtigkeit. Auch in Bezug auf Grundwasserstand und Bodenfeuchtigkeit bestehen in den einzelnen Kropforten die verschiedensten Verhältnisse; die tiefer gelegenen Ortschaften mit höherem Grundwasserstand und grösserer Bodenfeuchtigkeit und in diesen wieder die tiefer gelegenen Ortstheile sind jedoch entschieden mehr betroffen. Speziell stehen die beiden Hauptkropforte theilweise auf sehr nassem Grunde.

Die Bewohner des Bezirks treiben grösstentheils Landwirthschaft. In den beiden Hauptkropforten sind aber die jungen

Männer in der Landwirthschaft weniger thätig; in der einen Gemeinde sind sie das ganze Jahr hindurch in einer in der Nähe des Dorfes gelegenen Saline oder als Handwerker beschäftigt, in der anderen sind sie von Frühjahr bis Herbst als Bauhandwerker, Bahnarbeiter u. s. w. auswärts. Es muss demnach in diesen beiden Gemeinden die Haus- und Landwirthschaft grösstentheils von den Frauen und Kindern besorgt werden; dazu kommt noch, dass der landwirthschaftliche Betrieb durch die steilen Hänge sehr erschwert ist, da dieselben für Fuhrwerke nur sehr schwer zugänglich sind, so dass die Leute genöthigt sind, viel tragen und auf Karren schieben zu müssen. Wenn auch in den anderen, in Thälern und an steilen Hängen gelegenen Kropforten der landwirthschaftliche Betrieb durch die Hänge ebenfalls erschwert ist, so ist dieser doch nirgends zu einem so bedeutenden Theile den Frauen und Kindern überlassen.

Wenn man die einzelnen Kranken nach Alter, Beruf, Geschlecht und Herkunft betrachtet, so findet man vom 5. Lebensjahre aufwärts alle Altersklassen vertreten. Besonders häufig sind Angehörige von Wirthsfamilien befallen; es sind aber die verschiedenartigsten Berufe vertreten, auch solche, die mit nur geringen körperlichen Anstrengungen verbunden sind. Die weit überwiegende Mehrzahl der Kranken sind Frauen, die theils geboren haben, theils nicht. In dem zweiten Hauptkropfort sind fast die Hälfte der Kropfkranken zugezogene Frauen; nach den angestellten Ermittelungen scheint nur ein kleinerer Theil davon die Krankheit mitgebracht zu haben.

In Bezug auf soziale und hygienische Verhältnisse der Kranken sind zwar gute und schlechte vertreten, indess die schlechten überwiegend. Der Umstand, dass in den beiden Hauptkropforten die Haus- und Landwirthschaft grossentheils den Frauen und Kindern überlassen ist, hat natürlich ungünstige Rückwirkungen auf die private und öffentliche Reinlichkeit, namentlich ist dies in ersterer Gemeinde der Fall. Diese Gemeinde ist arm; auch der hauptsächlich betroffene Ortstheil der anderen Gemeinde ist mehr das Armenviertel des Dorfes.

In allen der noch jetzt betroffenen Gemeinden ist nach der übereinstimmenden Ansicht vieler älterer Personen die Krankheit vor einigen Jahrzehnten weit häufiger gewesen wie heute, so dass einzelne Gemeinden, in denen z. Z. Kröpfe nur noch in geringerer Zahl und Stärke vorhanden sind, im Volksmund von früher her noch gebräuchliche, darauf bezügliche Spitznamen haben.

Weiterhin habe ich die Nachforschungen auch auf meinen Stammbezirk ausgedehnt. Dabei hat sich ergeben, dass Kropfkranke in zwei im mittleren und unteren St.-Thale, also im Verlaufe der St. durch das Vorland der schwäbischen Alb gelegenen Gemeinden, wie dies auch meinen persönlichen Erfahrungen entsprach, zwar nur sporadisch, aber doch schon etwas häufiger vorkommen. Beide Gemeinden haben noch vor einigen Jahrzehnten eine grössere Anzahl Kropfkranker gehabt; die eine dieser Gemeinden hat auch eine auffallend hohe Anzahl von Taubstummen.

Im übrigen Bezirk kommen Kropfkranke nur vereinzelt vor, doch anscheinend in den Thälern mehr wie auf den Ebenen und Höhen.

Dieser Bezirk liegt an und auf der schwäbischen Alb, gehört also geologisch zum Juragebiet, mit Ausnahme des vorhin genannten im unteren St.-Thale gelegenen Kropfdorfe und eines zweiten im E.-Thale gelegenen Dorfe, die beide in der Trias liegen und zwar auf Keuper und Muschelkalk. Der Grundwasserstand ist in diesem Bezirk, abgesehen von den beiden in der Trias gelegenen Dörfern im Allgemeinen tiefer, die Bodenfeuchtigkeit und der Wasserreichthum im Ganzen geringer. Nur das obere St.-Thal ist tief eingeschnitten; die Bevölkerung desselben treibt aber vorwiegend Industrie und Handel. Im Uebrigen liegen die Ortschaften mit ihren Feldmarken mehr eben.

Betreffs der sog. Inzucht besteht zwischen den Ortschaften der beiden Bezirke kein Unterschied, sie verhalten sich in dieser Beziehung wie die Dörfer überall; auch kann nicht gesagt werden, dass darin in den letzten Jahrzehnten grössere Veränderungen eingetreten wären.

Ich suchte demnächst die Krankheit in den einzelnen Ortschaften zu begrenzen, zuerst auf Familien. Dabei hat sich ergeben, dass man mit Recht von Kropffamilien sprechen kann. In fast $^2/_3$ der ermittelten Fälle waren weitere Familienmitglieder an Kropf erkrankt. In vielen Fällen ist dies mehrere Generationen hindurch festzustellen; dies ist für die Dörfer mit zahlreicheren wie mit vereinzelten Fällen zutreffend. Aus diesen Ermittelungen ist auch ersichtlich, wie die Krankheit in einer Anzahl von Ortschaften von Generation zu Generation zurückgeht, indem immer weniger Familienmitglieder von ihr befallen werden. Mit der Begrenzung der Krankheit auf Familien ergiebt sich die Begrenzung auf bestimmte Häuser von selbst, da diese zumeist seit einer Reihe von Generationen im Besitze derselben Familie sind. Die an Hänge angebauten und tiefer gelegenen Ortstheile scheinen von der Krankheit bevorzugt zu sein vor den mehr eben gelegenen; diese Erscheinung kehrt wenigstens häufiger wieder.

Die Ermittelungen in Bezug auf die Wasserversorgung als Ursache der Krankheit ergaben Folgendes: Das erste Hauptkropfdorf bezieht sein Trinkwasser aus zwei Quellgebieten, mehr als ein Drittel des Dorfes von einer aus dem nach Westen gekehrten Hange entspringenden Quelle, die aus einem trockenen Gelände kommt und in einem Pumpbrunnen nur theilweise und sehr mangelhaft gefasst ist. Das Wasser der übrigen Brunnen stammt aus einer Quelle, die in sumpfigen Wiesen auf dem Plateau des nach Osten gekehrten Hanges entspringt und ebenfalls nur mangelhaft gefasst ist; sie wird durch eine eiserne Röhrenleitung, die durch einen Fluss hindurchgeht, in's Dorf geleitet. Im Versorgungsgebiet dieser Quelle wohnen sämmtliche Kranke mit Ausnahme von drei, die im Versorgungsgebiet der anderen Quelle wohnen; diese 3 sind aber nicht in diesem Ortstheil aufgewachsen, sondern erst als Erwachsene in Folge Heirath u. s. w. hingezogen und haben nachgewiesenermassen ihre Kröpfe in

dem anderen Ortstheil bekommen, so dass also der eine Ortstheil, der über $^1/_3$ des Dorfes ausmacht, thatsächlich vollkommen frei ist. Beide Quellen kommen aus Muschelkalkgebiet; das kropffreie Wasser gilt als besser.

Das zweite Hauptkropfdorf bezieht sein Trinkwasser annähernd zur Hälfte aus mehreren im Dorfe selbst entspringenden Quellen, die sehr mangelhaft gefasst sind. Das Trinkwasser der anderen Hälfte des Dorfes stammt aus einer Quelle, die ungefähr 2 km vom Dorfe entfernt entspringt und durch eiserne Röhren in's Dorf geleitet wird. Diese Quelle ist seit ca. 15 Jahren gefasst; vor dieser Zeit bezog auch dieser Dorftheil sein Trinkwasser aus den anderen Quellen. Heute wohnen in diesem Dorftheil, der also fast die Hälfte des Dorfes ausmacht, nur zwei Kranke, von denen die eine erst erwachsen zugezogen ist und ihren Kropf aus dem anderen Ortstheil mitgebracht hat, während die andere, eine ältere Frau, in dem Ortstheil zeitlebens gewohnt hat, aber ihren Kropf schon hatte, als dieser Ortstheil die neue Wasserversorgung bekam. In dem anderen Ortstheil wohnen besonders viele Kranke im Versorgungsgebiet einer Quelle, die hinter einem Hause gefasst ist und deren Leitung unter dem betreffenden Hause hindurch durch einen grossen Theil des Dorfes geht. Die Quellen im Dorfe kommen zum Theil aus trockenem Muschelkalke, zum Theil aus sumpfigem Keupergebiet, die kropffreie aus Keupergebiet; letzteres Wasser gilt als besser.

In zwei anderen Dörfern wohnen, bezw. wohnten die Kranken ebenfalls im Versorgungsgebiet je einer Quelle. Die eine kommt aus trockenem Keupergebiet mitten aus Gemüsegärten, die andere aus einem sumpfigen Muschelkalkgebiet.

In dem Dorfe R. beziehen zwei in zwei nebeneinander liegenden Häusern wohnende Familien ihr Trinkwasser aus einem gemeinsamen Schöpfbrunnen. Vor mehreren Jahrzehnten war in der einen Familie die Mutter und mehrere Töchter, in der anderen eine Tochter und ein Pflegesohn kropfkrank. Die beiden Familien waren nicht mit einander verwandt. Heute wohnen die Kranken, die noch am Leben sind, über das ganze Dorf zerstreut. Die heute in den beiden Häusern wohnenden Familien sind gesund. Der Brunnen liegt in trockenem Keupergebiet. Wir haben also hierbei die Erscheinung, dass sporadische Fälle endemischer Natur sind.

In H. wohnten vor mehreren Jahrzehnten, namentlich in dem an einem steilen Hang angebauten und in dem tiefer gelegenen Theil eine grössere Anzahl Kropfkranker, die alle zum Versorgungsgebiet einer Quelle gehören; ca. 10 ältere kropfkranke Personen aus dem Versorgungsgebiet dieser Quelle sind heute noch am Leben. Aus demselben Quellgebiet bezieht eine benachbarte mehr eben gelegene Gemeinde ebenfalls ihr Trinkwasser, aber erst nachdem das Quellwasser durch Versickern in einem Tuffsandgelände eine natürliche Filtration durchgemacht hat. In dieser Gemeinde ist, soweit menschliche Erinnerung reicht, unter den Einwohnern niemals ein Kropfkranker gewesen. Die Quellen kommen aus dem weissen Jura.

In mehreren anderen Gemeinden beschränkt sich die Krankheit ebenfalls in auffallender Weise auf Versorgungsgebiete bestimmter Quellbezirke, indess hat es mir bis jetzt an Gelegenheit gefehlt, genauere Feststellungen zu machen.

Ich habe nun das Wasser der verschiedenen Quellen der beiden Hauptkropforte auf seine Härtegrade untersucht. Die Untersuchung ergab, dass das Wasser der Kropfquelle des ersteren Hauptkropfortes quantitativ und titrimetrisch bestimmt eine Gesammthärte von 10,19° hat, das der kropffreien Quelle von 11,82°. In dem anderen Hauptkropfort hat das Wasser der kropffreien Quelle eine Gesammthärte von 6°, das einer starken Kropfquelle 4,9°. Die Härtegrade sind lediglich bedingt durch den Gehalt an CaO; Magnesia enthalten sie nicht in Spuren. Das Wasser der aus dem weissen Jura kommenden Quellen hat in H. eine Gesammthärte von 11,2°, in der Nachbargemeinde von H. von 11,6°. Dieses Wasser enthält im Liter 2—3 mg Magnesia. Alle die untersuchten Wasser erweisen sich so gut wie frei von Ammoniak und salpetriger Säure. Chlor und Schwefelsäure enthalten sie in den zulässigen Grenzen. Organische Substanzen enthält das eine Kropfwasser fast gar nicht, das andere wohl etwas, aber nicht erheblich; hingegen enthält das Wasser des kropffreien Pumpbrunnens des ersten Hauptkropfdorfes zahlreiche suspendirte organische Körper. Beide Kropfwässer sind geruchlos, klar und farblos; das eine ohne nennenswerthen Gehalt an organischen Substanzen blieb auch nach tagelangem Stehen in Zimmertemperatur klar und farblos, während das andere sich leicht trübte und absetzte. Nach der chemischen Untersuchung, die sorgfältig und wiederholt gemacht wurde, müssen beide Wasser als zulässige Trinkwasser erklärt werden.

Die chemisch untersuchten Wasser habe ich auch mikroskopisch untersucht. Das mit organischen Substanzen verunreinigte Kropfwasser zeigte einen starken Gehalt an Stäbchen und Kokken, mehr wie das andere mit organischen Substanzen stärker verunreinigte kropffreie Wasser, in dem anderen Kropfwasser fanden sich eine Anzahl Stäbchen. In den übrigen untersuchten Wassern konnte ich keine Keime finden. Die Untersuchungen wurden sowohl mit frischem Wasser, wie mit dem Bodenrückstand der abgesetzten Wasser gemacht. Es wurden gefärbte Ausstriche abgedampft und unabgedampft durchmustert. Weitere bakteriologische Untersuchungen habe ich noch nicht gemacht.

Wenn diese Untersuchung auch nur eine unvollständige ist, so berechtigt sie doch zu dem Schlusse, dass das Kropfwasser sich von dem übrigen durch seinen grösseren Keimgehalt unterscheidet.

Um schliesslich noch die Beziehungen der ermittelten Fälle von Taubstummheit und Idiotismus zur Kropfkrankheit zu erörtern, so kann im Allgemeinen gesagt werden, dass solche in den jetzigen und früheren stärkeren Kropforten häufiger sind wie in den übrigen. Nachweisbar aus Kropffamilien stammen sie in einem früheren stärkeren Kropforte, einem der heutigen stärkeren

Kropforte und noch zwei anderen Dörfern; im Versorgungsgebiet von Kropfbrunnen wohnen sie oder stammen wenigstens aus denselben, in den beiden heutigen stärkeren Kropfdörfern und noch einem anderen Dorfe. Zum Theil sind sie selbst mit Kröpfen behaftet. Erwähnenswerth ist ein Fall, in dem ein kropfkrankes Mädchen aus einem starken Kropfdorfe in ein völlig kropffreies Dorf sich verheirathete und dort mehrere Jahre später einen Idioten gebar.

Auch die wenigen Fälle von Basedow'scher Krankheit, die ich während meiner ärztlichen Thätigkeit hier gesehen, stammen aus Kropfdörfern. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass diese Krankheiten mit einander sehr nahe verwandt sind.

Wir haben es also mit der Thatsache zu thun, dass in einer Anzahl von Kropfdörfern die Kropfkranken im Versorgungsgebiet von bestimmten Quellen wohnen, während andere vollkommen frei sind. Dies berechtigt zu der Annahme, dass das Wasser dieser Quellen in ursächlicher Beziehung zu der Krankheit stehen muss. Das verdächtige Trinkwasser unterscheidet sich von dem anderen durch einen grösseren Keimgehalt. Man darf also weiter annehmen, dass die kropfbildende Eigenschaft des verdächtigen Wassers durch Bakterien bedingt ist. Die verdächtigen Quellen entspringen auch alle in keineswegs einwandfreiem Gelände, in Gemüsegärten, sumpfigen Wiesenfeldern und der Umgebung von Wohnstätten. Sie entbehren alle einer dichten Fassung und zum Theil auch einer dichten Leitung. Eine Verunreinigung des Wassers ist also von vornherein sehr wahrscheinlich. Merkwürdig ist die Erscheinung, dass die verdächtigen Wasser chemisch fast einwandsfrei erscheinen, während man doch auch eine chemische Verunreinigung erwarten sollte. Es sind zwei Möglichkeiten in's Auge zu fassen, einmal, dass die Ursache in an sich unschuldigen Ansiedelungen von Algen liegen kann, die ihrerseits wieder eine Ansiedelungsstätte für Bakterien bieten, sodann die Beeinträchtigung der filtrirenden Kraft des Bodens in der Umgebung der Wasserbecken in sumpfigem Gelände und in der Nähe von Wohnstätten.

Wie ich an dieser Stelle hinzufügen will, ist in den Dörfern, in denen früher der Kropf häufiger und intensiver war wie heute, die Wasserversorgung zumeist nur durch bessere Fassung und Leitung, zum Theil auch durch Drainage der Quellgebiete verändert, während die Quellen noch die gleichen sind; nur zum kleineren Theil werden auch andere Quellen benutzt.

Durch den Genuss dieses Wassers wird eine Krankheit erzeugt, die ganz den Charakter einer chronischen Infektionskrankheit und echten Volkskrankheit hat. Die Krankheit zeigt grosse Schwankungen im Auftreten. Wir haben mit einer Disposition zu rechnen, wie aus dem Einfluss der Erblichkeit ersichtlich ist, die zumeist jedenfalls nur auf einer Vererbung der Disposition beruht. Insbesondere scheint der bergige Landschaftscharakter prädisponirend zu wirken. Die Krankeit scheint einer erblichen Uebertragung fähig zu sein, auch nach Auswanderung aus dem endemischen Gebiete. Aus dem Umstande, dass unter den Er-

krankten der einen Gemeinde so viele Zugezogene sich befinden, ist auch auf einen gewissen Grad von erworbener Immunität der Ureinwohner gegen die Erkrankung zu schliessen. In dem befallenen Gebiet kennt zwar die Krankheit keinen Unterschied der Person, indess werden doch die hygienisch und sozial schlechter Gestellten anscheinend mehr befallen.

Die Krankheit hat mit einer anderen Infektionskrankheit, der Malaria, unverkennbare Aehnlichkeit; beide treten endemisch auf und haben Beziehungen zum Wasser, in beiden erkranken für den Bluthaushalt wichtige Drüsen; auch der Kretinismus und die Malariakachexie haben gemeinsame Züge.

Aus dieser Erkenntniss der Genese des Kropfes in hiesiger Gegend ergeben sich die Mittel zu seiner Bekämpfung von selbst: Versorgung mit gutem Trinkwasser werden ihn beseitigen. Die Erfahrungen in verschiedenen Ortschaften zeigen, dass in einzelnen Fällen allein schon durch bessere Fassung und Leitung, durch Entsumpfung der Quellgebiete und durch Filtration Kropfwasser seine kropfbildende Eigenschaft verlieren kann. Verliert das Wasser hierdurch diese Eigenschaft nicht, so müssen die betreffenden Quellen aufgegeben werden. Es bleibt noch zu untersuchen, welche von den Quellen auch heute noch kropferzeugend sind. Als solche erscheint mir nur die eine Quelle des ersteren Hauptkropfdorfes. In diesem Dorfe sind auch ganz kleine Kinder von der Erkrankung befallen, bei denen die Entstehung und Entwicklung der Krankheit der jüngsten Vergangenheit und der Gegenwart angehören muss.

Bei der geplanten und demnächst zur Ausführung kommenden Bonitirung der Gemarkung wird auch das Gebiet dieser Kropfquelle drainirt werden. Es kann dies den Erfolg haben, dass der Kropf aus dem Dorfe verschwindet.

Wenn wir noch kurz das Hauptergebniss der Untersuchung zusammenfassen, so ist dies Folgendes:

1. Die Kropfkrankheit ist in einer Anzahl von Dörfern bedingt durch das Wasser bestimmter Quellen.
2. Das Wasser der Kropfquellen zeichnet sich vor kropffreiem Wasser durch einen stärkeren Keimgehalt aus.
3. Die kropfbildende Eigenschaft des Wassers scheint durch Bakterien bedingt zu sein.
4. Dem entspricht auch die Krankheit, die durchaus den Charakter einer chronischen Infektionskrankheit hat.
5. Die Bekämpfung des Kropfes in diesen Dörfern hat demnach zu geschehen durch Versorgung mit besserem Trinkwasser.
6. Diese Bekämpfung richtet sich sehr wahrscheinlich zugleich auch gegen die dem Kropfe sehr nahe verwandte kretinistische Entartung, die Taubstummheit und die Basedow'sche Erkrankung in diesen Ortschaften.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über den I. Fortbildungskursus für Medizinalbeamte vom 29. April bis 26. Mai 1902 in Berlin,

erstattet von Kreisarzt Dr. Meder-Cöln (Stadt).

Es nahmen an dem I. Fortbildungskursus 24 Kreisärzte aus allen Provinzen der Monarchie Theil.

Den Theilnehmern war schon von ihren Regierungen aus folgender Arbeitsplan zugegangen, welcher in gleicher Weise auch für den zweiten Kursus vom 3.—20. Juni Gültigkeit haben sollte.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonnabend
9—10	Hygiene	Hygiene	Gerichtliche Medizin	Hygiene	Hygiene	Gerichtliche Medizin
10—11						
11—12						
12— 1						
1— 2						
2— 3	Psychiatrie Abth. I.	Psychiatrie Abth. I.	Mediz.-Verwalt.	Psychiatrie Abth. I.	Psychiatrie Abth. I.	Mediz.-Verwalt.
3— 4						
4— 5	Psychiatrie Abth. II.	Psychiatrie Abth. II.		Psychiatrie Abth. II.	Psychiatrie Abth. II.	
5—5¾						

Während die übrigen Stunden für alle 24 Theilnehmer gemeinsam waren, hatte man in der Psychiatrie zwei Abtheilungen gebildet, von denen die erste von H. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Jolly in der Charité, die zweite von H. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Moeli in der städtischen Irrenanstalt Herzberge bei Lichtenberg übernommen worden war.

Die Vorträge über Hygiene fanden im Neubau des Instituts für Infektionskrankheiten in Moabit, Föhrerstrasse, statt und zwar in Vertretung des H. Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Koch durch die H. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Dönitz, Prof. Dr. Kolle, Prof. Dr. Frosch und Prof. Dr. Proskauer Diejenigen über Medizinal-Verwaltung im Sitzungssaale der Medizinal-Abtheilung, Behrenstrasse 61 I, durch die vier vortragenden Räthe der Abtheilung. Der gerichtlich-medizinische Kursus wurde im Institut für Staatsarzneikunde, Hannoversche Strasse, durch H. Prof. Dr. Strassmann und dessen Assistenten H. Dr. Arthur Schulz, abgehalten.

Am 29. Mai, Vormittags 9 Uhr, begrüsste H. Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Schmidtmann im Auditorium des Instituts für Infektionskrankheiten die Kursustheilnehmer im Auftrage des Herrn Ministers, wobei er die Wichtigkeit der jetzt zum ersten Male eingerichteten Fortbildungskurse hervorhob und die zuversichtliche Hoffnung aussprach, dass diese Kurse sich zu einer dauernden Einrichtung gestalten würden, so dass alle Kreisärzte in gewissen Zeiträumen Gelegenheit finden würden, sich mit den neuesten Fortschritten der für sie wichtigsten Disziplinen vertraut zu machen. Ob die nächsten Kurse immer in Berlin stattfinden würden, sei allerdings fraglich, jedenfalls habe es die Medizinalverwaltung für zweckmässig gehalten, die ersten Kurse nach Berlin einzuberufen, um wegen etwaiger Aenderungen in der Organisation derselben etc. sich selbst ein Urtheil nach dem Ergebniss dieser beiden ersten Kurse bilden zu können.

Eine Vorstellung der Kursustheilnehmer vor dem H. Ministerialdirektor, Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. Förster, welche auf den 3. Mai, Nachm. 3 Uhr, festgesetzt war, konnte leider wegen dienstlicher Behinderung des Herrn Ministerialdirektors nicht stattfinden.

Was nun die einzelnen Kurse betrifft, so kann es natürlich nicht die Aufgabe dieses Berichtes sein, über den ganzen Vortragsstoff hier ausführlich zu referiren; derselbe muss sich vielmehr auf eine allgemeine Inhaltsangabe beschränken und kann nur einzelne besonders wichtige Punkte ausführlicher behandeln. In der

Hygiene

gab H. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Dönitz zunächst einen einleitenden allge-

meinen Ueberblick über die Leistungen und neuesten Fortschritte der Bakteriologie, sowie über ihre Bedeutung für die Erkennung und Bekämpfung der Infektionskrankheiten; dann wurde in die Detailbesprechung der einzelnen Infektionskrankheiten und ihrer Erreger, soweit bakteriologisch bekannt, eingegangen, wobei H. Prof. Dr. Kolle, der auch die praktischen Uebungen grösstentheils leitete, die Hauptarbeit zufiel. Soweit bei den bakteriologischen Themata nichts Anderes bemerkt ist, war H. Prof. Dr. Kolle Vortragender.

Nach einander wurden betrachtet: Tuberkulose, Malaria mit Demonstration von Präparaten mittelst des Projektionsapparats (Geh. Med.-Rath Dr. Dönitz), Typhus, mit Besprechung der neuesten epidemiologischen Ergebnisse (letztere durch H. Prof. Dr. Frosch), Cholera, Pest, Diphtherie, Dysenterie Lepra.

Bei der Tuberkulose wurde die Wichtigkeit der neuesten Koch'schen Feststellungen, dass Perlsucht und Menschentuberkulose ätiologisch nicht identisch seien, besonders hervorgehoben, zugleich aber bemerkt, dass deshalb keineswegs schon allein wegen der Möglichkeit der Typhus-, Scharlach- und Brechdurchfall-Uebertragung, auf eine Sterilisirung bezw. Pasteurisirung der Milch, besonders in den Sammelmolkereien, verzichtet werden könne.

Bezüglich des Nachweises der Urogenitaltuberkulose lässt H. Prof. Dr. Kolle den Bazillenbeweis nur dann gelten, wenn

1) es sich um mit dem Katheter entleerten Harn handelt bei Leuten, die vorher nicht häufiger kathetrisirt sind (wegen Verwechslung mit etwa von aussen in die Harnwege hineingelangten anderweitigen säurefesten Keimen, spez. Smegmabazillen);
2) im Präparat die Tuberkelbazillen allein ohne Beimischung von Saprophyten vorhanden sind;
3) die Tuberkelbazillen die typische Zöpfchenformen bilden und sich eine grosse Zahl derselben auch in Eiterzellen eingeschlossen findet.

Beim Thierexperiment muss Vorsorge getroffen werden, dass in den zu verimpfenden Urin nicht Tuberkelbazillen aus dem Sputum des Kranken (durch mit Sputum verunreinigte Uringefässe u. s. w.) gelangen können, wenn anders der positive Ausfall beweisend sein soll.

Zur Entnahme von Blut aus der Fingerspitze bei Malaria (Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Dönitz) wird im Institut eine sterilisirte Stahlfeder benutzt, deren eine Spitze abgebrochen und deren andere dreikantig geschliffen ist. Das auf dem Deckglas in dünner Schrift angetrocknete Blut wird schnell durch Hin- und Herbewegen lufttrocken gemacht, dann zur Fixation für 20—30 Sek. in ein Gemisch von Alkohol und Aether āā gebracht. Die Färbung erfolgt kurze Zeit in einer verdünnten alkalischen Methylenblau- oder Boraxmethylenblaulösung, bis das Präparat einen bläulich-grauen Farbenton bekommt (ganz blau darf es nicht sein), Abspülen in Wasser, Trocknenlassen, Auflegen mit Canadabalsam auf den Objektträger. Diese einfache Färbung genügt vollauf zur Stellung der Malariadiagnose.

Das Chinin wird zweckmässig in Dosen von 1,0 gegeben, am besten 6 bis 8 Stunden vor dem vermuthlichen Anfall. Man giebt dann 3 Tage nacheinander je 1 gr, setzt 3 Tage aus, dann wieder 3 Tage je 1,0 u. s. w. 3 Monate fort. Täglich $^1/_2$ gr zu geben, reicht zur Heilung nicht aus. Eine solch' kleine Gabe erhält die Leute nur „marschfähig", heilt aber die Krankheit nicht aus. Nach Aussetzen erfolgt bald wieder ein Anfall. Giebt man dann 1 gr, so tritt sehr leicht Schwarzwasserfieber ein, indem die durch die andauernden kleinen Chiningaben und durch die Malaria geschädigten zahlreichen rothen Blutkörperchen in Folge der grossen Chiningabe mit einem Male in grossen Mengen zu Grunde gehen. Das Chinin wird am besten in Wasser gelöst gegeben. Die Lösung gelingt am ehesten, wenn man 1,0 Chinin in 10,0 lauwarmen Wassers löst, soweit es geht, dann unter Zusatz von einigen Tropfen Salzsäure den Rest löst.

Die mit dem Projektionsapparat demonstrirten Photogramme gaben ein anschauliches Bild über die Entwicklung der einzelnen Malariaerreger im menschlichen Blut und in der Mücke, z. Th. ergänzt durch Bilder von der Vogelmalaria.

Zum Nachweis der Typhusbazillen wurde besonders der Drigalski-

sche Lakmusagar mit Milchzucker empfohlen[1]), der für das Wachsthum des Typhusbacillus besonders günstig ist und das säurebildende Bact. coli gleich an der röthlichen Verfärbung des Nährbodens in der Umgebung der Kolonien erkennen lässt. Durch einen Zusatz von Krystallviolett im Verhältniss 1 : 100 000 wird die Entwicklung der Luftkeime hintangehalten. Der Nährboden wird in Platten (Petri-Schalen) gegossen, eine Spur Stuhlgang mit der Platinöse auf die Platte gebracht und mit einem rechtwinklig abgebogenen Glasstab auf die Platte aufgerieben. Mit demselben Glasstab wird noch eine zweite und dann noch eine dritte Platte infizirt. Ist der Stuhlgang fest, so muss man denselben vorher durch Zusatz von physiologischer Kochsalzlösung homogenisiren. Oder man kann auch eine Oese Stuhlgang in 4 Tropfen Bouillon vertheilen und dann mit je 1 Tropfen eine Platte beschicken, wobei eine noch gleichmässigere Vertheilung erhalten wird. Die Platten kommen in den Brutschrank und ermöglichen dann schon nach 18 Stunden die Diagnose.

H. Prof. Dr. Frosch sprach über die Epidemiologie des Typhus unter besonderer Berücksichtigung einiger bemerkenswerther Epidemien (in Lüneburg: Infektion der Wasserleitung, in Berlin: Gefrieren der offenen Filter in Stralau, in Gelsenkirchen: Einleiten von unfiltrirtem Ruhrwasser). Dies waren alles explosionsartig ausbrechende Epidemien, die immer auf Wasser oder Milch als Infektionsquelle hinweisen. Bezüglich der Milch sei erwähnt, dass nicht nur in den Sammelmolkereien — wie bes. auch im Bezirk Aachen beobachtet —, sondern auch in den Kleinhandlungen, hier meist durch Typhusrekonvaleszenten, leicht eine Infektion der Milch und dadurch eine Typhusepidemie entstehen kann.

Versuche im Institut haben ergeben, dass z. B. im Bier die Typhusbazillen sich einige Zeit lebend erhalten können, in saurem verdünnten Bier, wie es z. B. um Berlin herum getrunken wird, bis zu 2 Tagen. Vielleicht kommt auch Gemüse (Salat u. s. w.) in Betracht. Auf den Charlottenburger Rieselfeldern sollen jedenfalls die Arbeiter öfters an Typhus erkranken. Bei Erdarbeiten kommen wohl weniger das Herausbefördern von in der Tiefe des Erdbodens ruhenden Typhuskeimen als Ursache der sich zuweilen anschliessenden Epidemien in Betracht, als vielmehr Einschleppung durch die von allen Seiten zusammenströmenden Arbeiter, die dann öfters in Kantinen oder sonst in wenig hygienischer Weise dichtgedrängt untergebracht sind, wo leicht eine Ausstreuung von Typhuskeimen erfolgen kann.

Lange Zeit in Folge der Pettenkofer'schen Typhustheorie unterschätzt, sei neuerdings die Wichtigkeit der Kontaktinfektion für die Epidemiologie des Typhus immer mehr erkannt worden. Gerade durch die Kontaktintektion in erster Linie komme es, dass der Typhus an manchen Orten immer in einzelnen Fällen fortglimme. Selbst in Krankenhäusern seien Kontaktinfektionen beim Krankenpflegepersonal nicht selten.

Bezüglich der Bekämpfung des Typhus muss vor Allem eine strengere Meldepflicht erlangt werden. Wie die jetzigen Nachforschungen im Reg.-Bez. Trier ergaben, ist stets nur ein kleiner Bruchtheil der Fälle gemeldet worden. Es muss unbedingt verlangt werden, dass auch die verdächtigen und leichten Fälle zur behördlichen Kenntniss gebracht werden, da gerade die leichten ambulanten Fälle die Krankheit weit verbreiten können. Die Desinfektion der Abgänge muss schon im Krankenzimmer erfolgen und zwar so lange, bis die Geschwüre verschorft sind. Auch der Auswurf und der Urin kann Bazillen enthalten und ist daher gleichfalls zu desinfiziren (übrigens desinfizirten Laktophenin und Urotropin, innerlich gereicht, den Urin sehr gut). Auch der Eiter der Spätabszesse ist bazillenhaltig und daher unschädlich zu machen. Will man genau vorgehen, so muss man auch die anscheinend gesunden Angehörigen auf Bazillengehalt der Stuhlgänge untersuchen, da sich mehrfach bei scheinbar ganz gesunden Leuten in der Umgebung von Typhuskranken aus dem Stuhl Typhusbazillen isoliren liessen. Bei verdächtigen Krankheitsfällen ist Blut zur Anstellung der Widal'schen Reaktion zu entnehmen. Durch diese Probe kann event. auch noch festgestellt werden, ob ein als Zwischenträger angeschuldigter, bereits abgelaufener, verdächtiger Krankheitsfall Typhus war oder nicht.

[1]) S. Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten; 1903, Bd. 39, H. 2.

Auch bei der Cholera (Prof. Dr. Kolle) sind neben schweren Fällen alle Abstufungen bis zu ganz leichten Durchfällen ohne Störung des Allgemeinbefindens möglich; selbst im Stuhlgang anscheinend normaler Menschen hat man in den Epidemien echte Choleravibrionen gefunden. Man sieht, auch bei der Bekämpfung der Cholera reicht die klinische Diagnose nicht aus, sie muss durch die bakteriologische Untersuchung der Stuhlgänge und event. auch der agglutinirenden Wirkung des Blutserums ergänzt werden.

Bei der bakteriologischen Diagnose der Pest wurde auf die Wichtigkeit des Befunds von Polfärbung und von Involutionsformen hingewiesen, die in gewissem Sinne für Pestbakterien charakteristisch sind. Es handelt sich thatsächlich um Involutionsformen, denn im Blute Pestkranker sind diese nicht vorhanden, sondern diplokokkenartige Jugendformen. Da auch eine Kapsel vorhanden ist, besteht in diesem Stadium zuweilen Aehnlichkeit mit Pneumokokken, doch entfärben sich die Pestbazillen nach Gram. Erst später tritt an den Bazillen durch Protoplasmaretraktion die Polfärbung zu Tage. Ihr Wachsthumsoptimum liegt bei 25—30° C. Die Nährböden dürfen nicht zu sehr alkalisch sein. Aber auch bei niederen Temperaturen wachsen die Pestbazillen noch gut, so dass man dieselben z. B. aus Bakterienmengen isoliren kann, indem man die Kulturen in den Eisschrank stellt.

Charakteristisch für die Pest ist es auch, dass sich in der Regel 2 Kolonienformen, kleine und grosse Kolonien, finden. Gelatine verflüssigen sie nicht, Bouillon trüben sie wenig, indem sie für gewöhnlich wie Streptokokken zu Boden sinken. Die Pestbazillen sind unbeweglich und relativ hinfällig gegen Desinfektionsmittel, vor Allem auch gegen Austrocknung.

Auch bei der Pest kommen leichte Fälle vor, die nur bakteriologisch festzustellen sind. Buboneninhalt erhält man am besten durch Inzision. Man kann auch das Blut aus der Vena mediana entnehmen, doch muss man dasselbe sofort auf flüssige Nährböden (Bouillon) übertragen und so verdünnen wegen der bakteriziden Wirkung des konzentrirten Blutserums. Bei Lungenpest sind die Bazillen in grosser Menge im Auswurf, den man zur Entfernung der Mundbakterien vorher waschen muss. Die Serumdiagnostik der Pest ist eine unsichere, meist agglutinirt das Pestserum nicht. Die Bazillen sind selbst nach der Heilung noch lange im Eiter und Mund; Fäces und Urin sind eigentlich wenig wichtig, da sie so gut wie nie bazillenhaltig sind. Immerhin sind auch sie, ebenso wie das Erbrochene, der Sicherheit wegen zu desinfiziren.

Bei Besprechung der Epidemiologie wurde auf die Wichtigkeit der Ratten als Zwischenträger hingewiesen, durch die manche lange unklar gebliebene Eigenthümlichkeiten der bisherigen Epidemien verständlich geworden sind.

Die Schutzimpfung durch abgetödtete Bakterien gewährt einen erheblichen Schutz, doch ist derselbe kein absoluter und hält nur etwa 1 Jahr vor. Die Wirkung des Pestheilserums ist nicht ganz sicher.

Auch die Erreger der Diphtherie, die Diphtheriebazillen, sind durch Bildung eigenthümlich unregelmässiger Formen, Kolbenformen, ausgezeichnet, sowie durch Körnchenbildung im Innern an den Enden der Bazillen (Babès-Ernst'sche Körperchen). Charakteristisch für Diphtherie ist ferner, dass sich die Bazillen, namentlich in Ausstrichpräparaten von Tonsillen, oft pallisadenartig lagern, hier und da auch rosettenartig. Sie wachsen auf allen Nährböden, welche natives thierisches Eiweiss enthalten. Einen derartigen guten Nährboden erhält man z. B. aus 3 Theilen Hühnerweiss und 1 Theil frischer, vorher aufgekochter Milch. Dieses Gemisch wird an 3 Tagen bei 100° C. sterilisirt, am besten im Trockenschrank. Dasselbe gerinnt fest; Diphtheriebazillen wachsen darauf schneller als Streptokokken u. s. w. in Form von grossen, ziemlich erhabenen Knöpfen von weisser Farbe.

Die Diphtheriebazillen sind gegen die gewöhnlichen Desinfektionsmittel wenig resistent, ebenso gegen Licht, doch vertragen sie die natürliche Austrocknung gut; bei Lichtabschluss fand man solche an Bauspielsteinchen angetrocknete Bazillen noch nach Monaten virulent, ebenso in Kellerwohnungen.

Zur Thierinfektion benutzt man Meerschweinchen, denen man subkutan am Bauche ½—1 ccm einer 1tägigen üppigen Bouillonkultur auf 100 gr Körpergewicht einspritzt. Es bildet sich dann an der Injektionsstelle ein sulzig-haemorrhagisches Infiltrat und event. dto. Oedem an dem ganzen Bauche, auch Exsudate in serösen Höhlen und Vergrösserung der Nebennieren. Die Bazillen

finden sich nur an der Injektionsstelle; das Thier stirbt mehr in Folge von Intoxikation, als Infektion, ähnlich wie beim Menschen, wo die Bazillen auch von dem lokalen Herde aus ihre Giftstoffe in den Körper senden, in das Blut selber aber nicht eindringen. Kommt das Thier durch, so kann auch der Tod später noch durch nervöse Lähmungen erfolgen.

Ueber die Art des von den Diphtheriebazillen abgesonderten Giftes, über Herstellung und Prüfung des Diphtherieheilserums verbreitete sich der Vortragende eingehender und schloss später noch einen Vortrag über den Begriff der Immunität u. s. w. nach dem heutigen Stande der Wissenschaft (nach den grundlegenden Arbeiten von Ehrlich) an.

Zur Entnahme von Material behufs bakteriologischer Untersuchung auf Diphtheriebazillen benutzt man am besten einen vorn an einem dicken Draht befestigten Wattetupfer, welcher sich in einem Reagensröhrchen, mit dem anderen Drahtende in einem das Röhrchen festschliessenden Kork befestigt, befindet und hierin sterilisirt worden ist. Mit dem Tupfer wischt man über den Belag, noch besser entnimmt man eine Spur Belag mit einer Pinzette vom Rande der Membran. Man macht ein mikroskopisches Präparat und färbt nach Roux (Dahliaviolett und Methylgrün). Manchmal kann man schon daraus eine ziemlich sichere Diagnose stellen, indem man, besonders in den ersten Tagen des Prozesses, fast eine Reinkultur von Diphtheriebazillen findet, die in typischer Pallisadenanordnung liegen. Später ist die Diagnose schwieriger, indem die Diphtheriebazillen mehr in der Tiefe liegen, die Staphylokokken, Streptokokken und Fäulnisserreger mehr oberflächlich. Sodann streicht man den Tupfer oder die Membran recht sorgfältig auf Serumplatten aus. Auch aus dem Rachen Gesunder in der Umgebung von Diphtheriekranken lassen sich mehrfach Diphtheriebazillen isoliren.

Wesentlich erschwert wird jedoch die bakteriologische Diphtheriediagnose dadurch, dass es noch sog. Pseudodiphtheriebazillen giebt, welche morphologisch und kulturell, wenn auch etwas abweichend, so doch sehr ähnlich den Diphtheriebazillen sind und auch für Meerschweinchen eine gewisse Pathogenität besitzen, dagegen für den Menschen offenbar nicht pathogen sind. Ihr Verhältniss zu dem die Diphtherie erregenden Löffler'schen Bacillus ist noch nicht geklärt; Prof. Dr. Kolle hält sie schliesslich doch für modifizirte echte Diphtheriebazillen. Er sieht die bakteriologische Diagnose Diphtherie als gesichert an, wenn

1) im Ausstrichpräparat von den Tonsillen sich die Bazillen typisch und fast in Reinkultur finden,
2) die Platte übersäet ist mit Diphtheriekulturen, mögen auch die Bazillen nicht die ganz typischen Formen haben, spez. auch die Babès'schen Körperchen fehlen.

Diagnostizirt man auf diesem Wege vielleicht auch einmal einen Fall zu viel, und isolirt ihn dementsprechend, so schadet dies sicher weniger, als wenn man einen Fall von nicht typischer, aber doch echter Diphtherie nicht als solchen erkennt und herumlaufen lässt, so dass dieser die Krankheit weithin verbreitet. Man kann auch auf Agglutination prüfen, doch muss man ein hochagglutinirendes Serum herstellen; das gebräuchliche Diphtherieheilserum ist dazu nicht zu gebrauchen.

Wichtig ist, dass es chronische Fälle von echter Nasendiphtherie giebt, sog. Rhinitis fibrinosa, bei welcher förmliche Ausgüsse der Nasenhöhle ausgestossen werden, und bei der die Bazillen wenig Giftwirkung entfalten. Diese Erkrankungsfälle können, da sie kaum Allgemeinsymptome machen, leicht eine grosse Verbreitung der Diphtherie veranlassen.

Die Dysenterie, die man schon eine Zeit lang für einen überwundenen Standpunkt hielt, hat neuerdings doch wieder in Ostpreussen und im Ruhrgebiet zeitweise eine nicht unerhebliche Verbreitung erlangt, so dass man mit ihr epidemiologisch wieder rechnen muss. Als Erreger dieser bei uns aufgetretenen Form wird allgemein ein Bacillus angesehen, dessen Spezifität Shiga zuerst bei der japanischen Ruhr dadurch nachwies, dass diese Bazillen von dem Blute Ruhrkranker agglutinirt werden. Einen ähnlichen Bacillus, dessen Identität mit dem Shiga'schen aber noch nicht über allen Zweifel erhaben ist, fand Flexner bei Ruhrkranken in Manilla und Kruse im Ruhrgebiet.

Der Bacillus ist unbeweglich, coli- und typhusähnlich in seiner Gestalt,

schwer zu identifiziren; er wächst auf den gewöhnlichen Nährböden, auch auf dem Drigalski'schen Lakmusagar mit Milchzucker.

Die Agglutinationsprobe mit Dysenterieblutserum hat gewisse Schwierigkeiten bei den unbeweglichen Bazillen, auch ist oft die Agglutinationskraft des Ruhrserums nur gering oder gar nicht ausgeprägt. Deshalb ist die Agglutinationsprobe diagnostisch nicht so brauchbar wie bei Typhus. Die Bazillen sollen sich sehr reichlich und konstant im Stuhle finden, aber weder im Urin, noch in Sputum oder Blut.

Die Versuche einer aktiven Immunisirung durch Injektion abgetödteter Bazillen — der Giftstoff scheint (Shiga) in den Bazillen zu sitzen — haben praktisch noch keine Bedeutung erlangt. Das von Shiga hergestellte antitoxische Serum soll bei therapeutischen Versuchen am Menschen günstig gewirkt haben, indem die Ruhrmortalität um ein Drittel zurückging, doch scheint dasselbe nicht im Stande zu sein, dass Entstehen der chronischen Ruhrprozesse im Dickdarm hintanzuhalten, also gerade gegenüber der schwersten Folge der Ruhrerkrankung zu versagen.

Nicht so allgemeines Interesse hat die nur auf einzelne Bezirke des Ostens beschränkte Lepra. Ihren Erreger, den Leprabacillus, der ebenfalls zur Gruppe der säurefesten Bazillen gehört, hat man bekanntlich noch nicht züchten oder auf Thiere übertragen können, doch ist seine aetiologische Rolle insofern nicht zweifelhaft, als er sich nur bei Leprösen und bei diesen mehr oder weniger in allen Organen findet. Epidemiologisch wichtig ist der Befund von Bazillen im Nasenschleim, auch bei latenten Fällen. Ziemlich konstant finden sich bei allen Leprafällen Geschwüre auf der Nasenscheidewand, die manche als den Primäraffekt der Lepra ansehen. Jedenfalls sind diese Geschwüre aber epidemiologisch wichtig, indem von ihnen aus die Bazillen leicht in die Umgebung gelangen können.

Die mikroskopische Diagnose ermöglicht sich in Präparaten von Nasenschleim oder noch besser durch Abstriche von Schleimhauttheilen, wo Krusten, geröthete Stellen oder weisse Fleckchen sind. Die Färbung ist bekanntlich dieselbe, wie die der Tuberkelbazillen; die Bazillen liegen oft pallisadenförmig angeordnet. Die bisher angeblich hergestellten Leprasera sind wirkungslos.

Bei der Leprabekämpfung kommt allein die Isolirung in Betracht, event. in besonderen Leprosorien.

In dem praktischen bakteriologisch-mikroskopischen Kursus (Prof. Dr. Kolle) wurden nacheinander die verschiedenen gebräuchlichen Färbemethoden an den wichtigsten Krankheitserregern geübt.

Die Gram'sche Färbung wird im Institut anstatt mit der leicht zersetzlichen Anilinwassergentianaviolettlösung mit einem Phenolgentianaviolettgemisch von folgender Zusammensetzung ausgeführt: 10 ccm gesättigte alkoholische (95—97% Alkohol) Gentianaviolettlösung und 100 ccm 1% Phenollösung. In diesem Gemisch wird durchschnittlich 2—3 Minuten gefärbt. Nach jedesmaligem Abspülen kommt das Präparat für 1 Minute in Jodjodkalilösung, dann in eine Mischung von 1 Theil Aceton und 3 Theile Alkohol, in der es so lange hin und her bewegt wird, bis keine Farbwolken mehr aufsteigen, dann Nachfärben mit verdünnter Bismarckbraunlösung u. s. w. Die Methode eignet sich wegen der Haltbarkeit der Lösungen auch besonders für den Medizinalbeamten, der die Lösungen selten braucht und daher dieselben nicht immer frisch bereitet zur Hand hat, was bei Benutzung von Anilinwassergentianaviolett stets nothwendig war.

Als Methylenblaustammlösung dient folgende: 5,0 Methylenblau medicinale Höchst, 1,0 Soda, 300,0 Aq. destillata.

Zur Tuberkelbazillenfärbung wird die Ziehl'sche Lösung (Fuchsin 1,0 und Alkohol absol. 10,0 in der Wärme 100 ccm 5% Aq. carbolisata gelöst) verwandt (5 Minuten unter leichtem Erwärmen einwirken lassen), Abspülen. Differenzirung mit stets frisch bereiteter 20% Salpetersäurelösung, Abspülen in 60% Alkohol und Nachfärben mit wässeriger Methylenblaulösung. Bei der Schnittfärbung wird Säure und Alkohol zusammengenommen als 5% Salpetersäure- oder Schwefelsäure- oder Essigsäure-Alkohol.

Es wurden ferner gefärbt Gonokokken, Typhusbazillen, Staphylo- und Streptokokken, Pest (mit alkal. Methylenblau); auch künstliche Bakteriengemische nach Gram, Milzbrand mit Methylenblau und Gram, Cholera mit Karbolfuchsin, endlich Diphtherie nach Löffler, Neisser und Roux.

Demonstrirt wurden sodann Kulturen von den verschiedenen oben genannten Erregern, ferner mit Tuberkulose, mit Milzbrand und Pest infizirte Thiere. Es wurde weiter die Pfeiffer'sche spezifische Reaktion beim Meerschweinchen vorgeführt, auch fand sich Gelegenheit zum Plattengiessen und Ueberimpfen von Kulturen.

Besichtigt wurde endlich das Institut, speziell auch das Pestlaboratorium und die Wuthstation. Mit H. Prof. Dr. Proskauer wurden besichtigt: eine kleine Schweder'sche Kläranlage in Gross-Lichterfelde, die Enteisenungsanlage im zoologischen Garten (in geschlossenen stehenden Zylindern, welche mit in Zinnoxyd getränkten Holzspähne gefüllt sind), sodann das Berliner Wasserwerk am Tegeler See und die Kläranlage von Reinickendorf nach dem Kohlebreiverfahren am Tegeler See. Auf dem Tegeler Wasserwerk hatten wir Gelegenheit, die Neueinrichtung der Sandschicht an einem der grossen Sandfilter zu sehen, ferner an dem Grundwasserwerk die Enteisenung des aus 60 m Tiefe erbohrten, stark eisenhaltigen Grundwassers durch Herablaufenlassen über ein System von Holzlatten und nachheriges Zurückhalten des ausgefällten Eisens in Schnellfiltern. Sehr stark war dabei an diesem Wasser der Schwefelwasserstoffgeruch wahrnehmbar, der diesen eisenhaltigen, aus solchen Tiefen stammenden Wässern eigen ist. Der H_2S ist ein Produkt der Reduktionsvorgänge in den tiefen Erdschichten und daher ganz unbedenklich.

Wegen der zunehmenden Verunreinigung des Tegeler Sees durch die Abwässer von Reinickendorf und Tegel, von denen sich namentlich letzteres stark anbaut, soll allmählich ganz zur Grundwassergewinnung übergegangen werden.

Vorher schon hatte H. Prof. Dr. Proskauer die Wasserversorgung und Abwässerreinigung zum Gegenstand eines ausführlichen Vortrages gemacht. Zur Entfernung von Keimen aus Oberflächenwasser ist in der letzten Zeit das Ozonisirungsverfahren ausgebildet worden, das eine vollkommene Keimfreiheit des Wassers herbeiführt und auch ökonomisch nicht zu theuer zu scheint. Diesen wesentlichen Fortschritt hat man erreicht durch Konstruktion geeigneter Ozonisatoren (Siemens & Halske), die in Folge dunkler elektrischer Entladungen in der durchstreifenden Luft bis zu 50—60 % des Sauerstoffs in Ozon umwandeln. Die Luft wird vorher getrocknet, bei grosser Hitze noch gekühlt. Die ozonisirte Luft strömt dann dem in einem Kiesthurm mit feiner Packung herabrieselnden, vorher durch Schnellfilter von den suspendirten Bestandtheilen gereinigten Wasser entgegen. Der Preis stellt sich einstweilen auf 5 Pf. pro cbm. Versuche in grösserem Stile, die vermuthlich ökonomisch noch ein besseres Ergebniss liefern werden, sind im Gange. Jedenfalls hat sich das Verfahren bis jetzt bewährt.

Ausführlicher wurden noch die Sandfiltration und die verschiedenen Enteisenungsmethoden besprochen, weiter die chemische Wasseruntersuchung, die zwar an Bedeutung verloren, aber immer noch über die Abstammung und den Charakter des erbohrten Wassers einen sehr brauchbaren Aufschluss geben kann. So spreche das Vorhandensein von Schwefelwasserstoff und viel organischer Substanz, meist auch noch Eisen, bei in der norddeutschen Tiefebene aus grossen Tiefen erbohrten Wässern dafür, dass diese Produkte durch Auslaugung von Torf u. s. w. in's Wasser gelangt sind und daher die organische Substanz und Schwefelwasserstoff hygienisch unbedenklich sind. So lässt ferner das Vorhandensein von Huminsäuren und SH_2, selbst wenn jedes Eisen noch fehlt, zuweilen ahnen, dass früher oder später, wie das oft beobachtet wurde, in dem Wasser Eisen auftreten wird, da die genannten 3 Stoffe in diesen Gegenden in der Regel zusammen vorkommen.

Prof. Dr. Proskauer sprach später noch über Desinfektion, speziell mit Formalin, in der er jedoch wegen ihrer nur oberflächen Wirkung keinen besonderen hygienischen Fortschritt sieht, über Wassersterilisation, Dampfdesinfektionsapparate, Müllbeseitigung, Heizung und Ventilation.

Auf dem Gebiete der

Medizinalverwaltung

behandelte H. Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Pistor das Gebiet der Nahrungsmittelpolizei und des Arzneihandels innerhalb und ausserhalb der Apotheken. Derselbe besprach das Nahrungsmittelgesetz mit den im Anschluss an dasselbe erlassenen Gesetzen und Bestimmungen und machte einige vertrauliche Mittheilungen über die vermuthliche Gestaltung der Ausführungsbestimmungen zum Fleischschaugesetz. Beim Kapitel Arzneiwaarenhandel wurde besonders die

eben in Kraft getretene Apothekenbetriebsordnung vom 18. Febr. 1902 eingehender behandelt. Am 4. Mai gab uns H. Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Pistor Gelegenheit, das Nahrungsmittel-Untersuchungsamt beim Königl. Polizeipräsidium zu besichtigen mit seiner grossartigen Ausstattung mit allen Apparaten und einer sehr schönen Sammlung von Proben von verfälschten Gegenständen.

H. Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Schmidtmann sprach über das Kreisarztgesetz und gab einen historischen Ueberblick über die Entwicklung des preussischen Medizinalwesens, sodann verbreitete sich derselbe eingehender über die Zwecke der neu gegründeten Königlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerreinigung, sowie über den Umfang und das Resultat der bisherigen Thätigkeit des Instituts.

Daran anschliessend fand eine eingehende Besichtigung der Anstalt statt, die des Interessanten und Lehrreichen genug bot.

H. Geh. Ober-Med.-Rath Prof. Dr. Kirchner behandelte die Bekämpfung der Infektionskrankheiten. Derselbe wandte sich zunächst gegen die Auffassung, als ob das Regulativ vom 8. August 1835 unter Ziff. 2 Abschn. II nur den Flecktyphus gemeint habe. Dies sei aus dem Grunde unrichtig, weil man erst in den dreissiger Jahren des vorigen Jahrhunderts den Flecktyphus vom Unterleibstyphus zu unterscheiden gelernt habe und erst viel später (Griesinger) denjenigen zwischen Unterleibstyphus und Rückfallfieber. Das Wort Typhus des Regulativs umfasse also alle diese drei Krankheiten.

Zum Reichsseuchengesetz übergehend, hob er hervor, wie richtig es sei, dass dies Gesetz auch die Anzeigepflicht aller verdächtigen Fälle ausspreche. Er wünschte bei dieser Gelegenheit Auskunft, ob die Anzeigeformulare für Infektionskrankheiten in Form von Postkarten oder von Briefen zweckmässiger seien. Aus der Versammlung wurde die besondere Beliebtheit der Karten hervorgehoben, allerdings auch anerkannt, dass es manchmal Fälle geben könne, bei denen dem Arzt eine Geheimhaltung in seinem oder noch öfters des Patienten Interesse erwünscht sei. Es sei daher zweckmässig, wie im Reg.-Bez. Düsseldorf, auch noch aversionirte Briefumschläge zu liefern, in welchen die Karten event. eingesandt werden könnten.

Geh. Rath Kirchner warnte davor, etwa auf Grund der im §. 9 des Reichsseuchengesetzes gegebenen Befugniss zu weit zu gehen. Namentlich bei Cholera und Pest brauche man nicht Alles rigoros zu vernichten, was infizirt sei, z. B. durch Ratten mit Pest infizirtes Getreide oder andere Waaren, da die Erfahrung gelehrt habe, dass im angetrockneten Zustande die Erreger dieser beiden Krankheiten längstens in 8—14 Tagen zu Grunde gehen.

Bei dem Kapitel Schutzmassregeln machte der Vortragende betr. Pockenausbruch darauf aufmerksam, dass durch das Reichsseuchengesetz die Zwangsimpfung beim Ausbruch der Pocken (§. 55 des Regulativs) nicht aufgehoben worden ist, wie in der Begründung zu §. 48 des Reichsseuchengesetzes ausdrücklich hervorgehoben ist.

Zur Bekämpfung der Lepra ist ausser dem Bau eines Leprahauses auch die Beobachtung Ansteckungsverdächtiger, alle Vierteljahr durch den Kreisarzt, eingeführt.

Die im Jahre 1892 zur Bekämpfung der Cholera erlassenen eingreifenden Massregeln seien aufgehoben worden, nur für den Seeverkehr finde noch ärztliche Ueberwachung und etwaige Quarantaine statt. Quarantäneanstalten für den Schiffsverkehr sind vorhanden in Memel, Neufahrwasser, Swinemünde, Forsbrook, Cuxhaven, Bremerhaven und Emden. Jede derartige Anstalt hat:

1) einen bequemen Pier zum Anlegen der Schiffe, wo dieselben desinfizirt werden können;
2) Räume für Kranke, für Krankheitsverdächtige, für jede Art gesondert;
3) eine Desinfektionsanstalt mit gut ausgebildeten Desinfektoren;
   (Es ist ein Raum vorhanden, wo das Personal des infizirten Schiffs sich auskleidet, daneben ein Doucheraum mit Kabine für jeden Einzelnen. Während dieser Säuberung werden die Kleider u. s. w. desinfizirt und gelangen dann im Ankleideraum wieder zur Abgabe an die Besitzer.)
4) ein Verwaltungsgebäude mit Küche für 60—80 Personen, Waschanstalt, Arztwohnung, Schwesternwohnungen u. s. w.;

5) Ein Leichenhaus mit bakteriologischem Laboratorium, alles rattendicht, mit allen zur Verhütung der Weiterverbreitung nothwendigen Vorsichtsmassregeln;
6) Einen Beerdigungsplatz.

Ein regelmässiger Hafenarztdienst besteht nur in Hamburg. Die erste Untersuchung findet in Cuxhaven, wo ein Assistent des Hafenarztes stationirt ist, statt, dann im Hamburger Hafen selbst, wo der Hafenarzt, ein zweiter Assistent und 4 Gesundheitsaufseher die Kontrolle der Schiffe bei der Ankunft und während des Aufenthaltes ausüben. In den preussischen Häfen findet eine regelmässige Kontrolle durch Unterbeamte statt, die im Bedarfsfalle einen als Hafenarzt designirten Arzt zuziehen.

Gleichfalls zur Abwehr der Seucheneinschleppung sind von den grossen Schifffahrtsgesellschaften Auswandererkontrollstationen eingerichtet worden. Dieselben haben sich für die Rhedereien schon deshalb als nothwendig herausgestellt, weil die Amerikaner jeden Kranken, selbst mit Granulose, unweigerlich zurückschicken. Derartige Kontrollstationen sind an der Ostgrenze des Reichs in Bajohren, in Eydtkuhnen, in Prostken bei Lyck, in Otloczin bei Thorn, ferner in Illowo, in Insterburg und in Posen. Alle sind gut eingerichtet, sie enthalten: 1. ein Bureau der Schifffahrtsgesellschaft, 2. einen Wartesaal, 3. eine grosse Desinfektionsanstalt, wie in den Seequarantaineanstalten, für Männer und Frauen getrennt, ferner Baracken für Kranke und Verdächtige.

Auch in Ruhleben bei Spandau besteht eine solche mit einem kleinen Krankenhaus. Die Auswanderer werden nur in geschlossenen Wagen bis in die Stationen in Hamburg und Bremen transportirt.

Besonders wegen Verschleppung der Granulose gefährlich sind auch die Sachsengänger. Es ist versucht worden, die Landwirthschaftskammern für die Errichtung dreier Kontrollstationen an der Grenze zu interessiren, da der kranke Arbeiter schliesslich dem Landwirth zur Last fällt; der Versuch ist aber bis jetzt ein vergeblicher gewesen.

Geh. Med.-Rath Dr. Dietrich sprach über **Krankenanstalten, Kurpfuscherei, Geheimmittelschwindel und Hebammenwesen.** Sodann folgte eine Besichtigung des städtischen Krankenhauses am Friedrichshain mit seinen grossartigen Anlagen unter Leitung des Direktors, welche bis 8 Uhr Abends währte. Die Ausdauer wurde durch einen von liebenswürdiger Hand gereichten Imbiss belohnt, der die abgespannten Kursustheilnehmer wieder erfrischte.

Gerichtlich-medizinischer Fortbildungs-Kursus im Institut für Staatsarzneikunde.[1])

Das Programm sollte umfassen eine kursorische Uebersicht über: I. Vergiftungen, II. Traumatische Todesursachen, III. Kindesmord, IV. Geschlechtliche Verhältnisse. Dazu sollten einzelne Abschnitte der Sektionstechnik, sowie die mikroskopischen, spektroskopischen und die neueren biologischen Untersuchungsmethoden kommen.

Die Vorträge bekamen dadurch noch einen ganz besonderen praktischen Werth, dass dieselben durch eine ganz grossartige und mannigfaltige Auswahl von Präparaten, Abbildungen, Moulagen u. s. w. aus der reichen Sammlung des Instituts illustrirt wurden.

Von einigem Werth für die Herren Kollegen wird wohl die im Institut gebräuchliche Vorschrift zum Konserviren frischer Präparate in natürlichen Farben sein, weshalb ich dieselbe hier ausführlich folgen lasse:

Frisch abgespült kommt das Präparat in Lösung I, bestehend aus: Aq. font. 4000, Formalin pur. 800, Kal. acet. 85, Kal. nitr. 45. Hierin bleibt es je nach Grösse bis zur völligen Entfärbung. Je schneller Entfärbung eintritt, desto schöner und natürlicher später die Farbe. Entfärbung kann beschleunigt werden durch Einschnitte. Dann legt man das Präparat in Lösung II: 80% Alkohol. Hierin treten die natürlichen Farben wieder hervor, und zwar bei verschiedenen Präparaten in verschieden langer Zeit, meist in 4—5 Stunden. Man kann durch Reinigen, Bürsten, Schaben der Schnittfläche nachhelfen.

---

[1]) Da ich selbst nur hie und da einige kurze Bemerkungen aufgeschrieben hatte, hat mir H. Med.-Rath Dr. Freyer-Stettin seine ausführlichen Notizen in dankenswerther Weise zur Verfügung gestellt, die ich stellenweise wörtlich wiedergegeben habe.

Nachdem die natürlichen Farben leuchtend wiedergekehrt sind, kommt das Präparat in Lösung III, bestehend aus: Aq. dest. 9000, Glyzerin 3000 und Kal. acet. 2000. Hierin bleibt das Präparat zur definitiven Aufbewahrung.

Die „natürliche Farbe" ist nicht Hämoglobin, sondern Hämatin und zwar alkalisches Hämatin. Durch Zusatz von Formalin zu Blut wird saures Hämatin gebildet. Durch Zusatz von Alkohol und Kali aceticum erfolgt dann die Bildung von alkal. Hämatin. Die „Transparenz" der Präparate wird hervorgebracht durch Formalin (Formalin oder Formol = 40 % wässerige Formaldehydlösung), besonders aber durch Glyzerin.[1])

I. Vergiftungen.

1) Arsenige Säure. Hier wurde beim Nachweis des Giftes noch speziell der biologischen Methode mittelst Penicillium brevicaule gedacht (Entwickelung von Arsenwasserstoff). Diese Methode sei sehr empfindlich und auch durchaus zuverlässig. Zu erwähnen ist auch noch folgender Nachweis: Zu etwa gleichen Theilen mit Cyankalium im Glührörchen erhitzt, liefern die Arsenverbindungen dadurch, dass sich metallisches As an den kälteren Theilen des Röhrchens niederschlägt, einen glänzenden Spiegel. $As_2O_3 + 3\,CNK = 3\,CNOK$ (cyansaures K) $+ 2\,As$. Ein Glührörchen — am besten aus Na-Glas, ungefähr 10 cm lang und mit einer lichten Weite von 5—6 mm —wird aus einem Glasrohr durch Hineinhalten eines Endes in eine Bunsenflamme leicht hergestellt.
2) Phosphor. Für den chemischen Nachweis ist es von Wichtigkeit, dass auch Darminhalt, namentlich aus dem Dickdarm aufbewahrt wird, ebenso die Drüsenorgane in möglichst grossen Mengen und möglichst jedes Organ für sich.

   Eine sehr bequeme Vorprobe ist die nach Scheeren: Man erwärmt die zu untersuchende Masse in einem mit einem Korken verschlossenen Kolben; in dem Korke sind 2 Filtrirpapierstreifen eingeklemmt, von denen der eine mit Silbersalzlösung (Arg. nitr.), der andere mit Bleisalzlösung (Plumb. acet.) getränkt ist. Wird der erste nicht geschwärzt, so ist kein P. vorhanden; wird er geschwärzt, so sind weitere Untersuchungen auf P. anzustellen. (Schwärzung kann auch bei Abwesenheit von P. durch andere Stoffe, z. B. H_2S oder Ameisensäure auftreten; die Gegenwart von H_2S giebt sich durch gleichzeitige Schwärzung des mit Bleisalz getränkten Streifens zu erkennen).
3) Kali chloricum: In den herumgereichten Präparaten war die Farbe ganz wunderbar schön erhalten.
4) Kohlenoxydgas: Dieses Gift ist schon nach wenigen Stunden aus dem zirkulirenden Blute entschwunden und nicht mehr nachweisbar.

   CO-Nachweis im Blut:

   a) Nach Kunkel werden gleiche Theile einer 3proz. Tanninlösung und einer auf das 5fache verdünnten Blutlösung vermischt. Gewöhnliches Blut wird schmutzig-bräunlich, CO-Blut bleibt hellroth. Farbenunterschied wird erst nach einiger Zeit deutlich.
   b) Nach Katayama wird eine geringe Menge Blut (etwa 5 Tropfen) in ein zu $^3/_4$ mit Wasser gefülltes Reagensglas gegeben, nach leichtem Umschütteln eine etwa ebenso grosse Menge gelbes Schwefelammon, alsdann verdünnte Essigsäure bis zur schwachsauren Reaktion (Farbenumschlag!). Nach sanften Umschütteln zeigt CO haltiges Blut eine schön rosarothe Farbe, während normales Blut grünlich wird.
5) Cyankali: Eine Vorprobe auf Anwesenheit von Blausäure ist die Schönbein'sche mittelst getrockneten Guajakkupferpapiers: Ein Streifen Filtrirpapier wird zunächst mit alkoholischer Guajakharzlösung, nach dem Trocknen dann mit einer schwachen Kupfersulfatlösung (etwa 1 ‰) getränkt. — Das Papier färbt sich durch Einwirkung der Blausäuredämpfe

---

[1]) Das Zentralnervensystem (Gehirn, Rückenmark, periphere Nerven) wird zu mikroskopischer Untersuchung in 10 % Formalin gehärtet. Von der Hirnrinde ist je ein Stück aus verschiedenen Gegenden gleich in 96 % Alkohol zu legen, ebenso ein Stück aus der Hals- und Lendenanschwellung des Rückenmarks; nach 24 Stunden: in absoluten Alkohol, um auch die Strukturveränderungen der Ganglienzellen mit Nissl-Färbung nachweisen zu können.

blau. Es empfiehlt sich, die Reaktion im zugedeckten Gefäss (Schädelkapsel) anzustellen. Bei negativem Ausfall ist die Anwesenheit von Blausäure nicht anzunehmen. (Ein positiver Ausfall kann auch durch andere Körper, z. B. Cl, Br, Ozon, NH_3 und seine flüchtigen Salze hervorgerufen werden.)

6) Aetzgifte: Säuren; Laugen.
7) Organische Säuren, zugleich mit allgemeinen Vergiftungserscheinungen neben den lokalen Aetzungen:
   a) Oxalsäure. Dieselbe lagert sich auch in den Duodenal-Zotten ab, jedoch nicht in der gewöhnlichen Briefcouvertform, sondern mehr als amorphe, abgebrochene Gebilde.
   b) Karbolsäure. Die tödtliche Dosis ist 10,0—15,0, doch sind auch schon Todesfälle nach 8,5, bei Säuglingen schon nach 0,2 bis 0,3 g beobachtet.
8) Lysol.
9) Sublimat.
10) Kupferverbindungen kommen wohl niemals für tödtliche Vergiftungen in Betracht.
11) Natriumsulfit (Präservesalz) ist in Mengen von 0,5 g schon geeignet, schädlich zu wirken, daher ist es nicht so harmlos, wie von manchen Seiten es hingestellt worden ist.
12) Alkaloide, spez. Strychnyn- und Morphium-Nachweis.

Strychnin: Löst man Strychnin in einem Uhrschälchen in wenig konzentrirter Schwefelsäure auf und setzt ein Stückchen von einem Kaliumbichromatkrystall hinzu, so hinterlässt dieses, wenn man es mit einem Glasstabe hin und her bewegt, intensiv blau bis violett gefärbte Streifen. (Die Farbe verschwindet nach kurzer Zeit; sie geht alsdann in Roth und schliesslich in ein schmutziges Grün über). Eine sehr empfindliche und auch charakteristische Strychninprobe.

Morphium.

   a) Eine möglichst neutrale und nicht zu verdünnte Lösung eines Morphiumsalzes färbt sich mit 1 oder 2 Tropfen Eisenchlorid schön blau; eine sehr charakteristische Reaktion (kein anderes Alkaloid verhält sich gleich), erfordert aber ziemlich viel Substanz.
   b) Nachweis mit Marquis' Reagens (2 Tropfen der käuflichen Formaldehydlösung gemischt mit 3 ccm Schwefelsäure; frisch dargestellt): Bei Zusatz eines Morphinsalzes in Substanz zu diesem Reagens — etwa 5 Tropfen in Uhrschälchen, auf weisser Unterlage — löst sich das Salz mit zuerst pfirsichrother, dann violetter Farbe (kalt). Beim Erwärmen oder längerem Stehen wird das Ganze grauschwarz. Scharfe Reaktion.

II. Traumatische Todesursachen.

1) Schnittwunden. Bei Halsschnittwunden spricht die Tiefe der Wunde keineswegs für Mord, da selbst Schnitte durch die Luftröhre und die beiderseitigen Gefässe bei zweifellosem Selbstmord beobachtet sind. Als Grundsatz kann man etwa aufstellen, dass der Selbstmörder den Hals zu entblössen pflegt, ehe er den Schnitt macht.
2) Bei Stichwunden ist die Elastizität und Spaltrichtung der Haut zu berücksichtigen.
3. Schusswunden. Verbrennungserscheinungen an den Härchen der Haut lassen sich mikroskopisch feststellen. Beim Revolver reicht die Flammenwirkung etwa bis 15 cm von der Mündung. Bis zu 20 cm Entfernung bilden sich im Haarschaft noch Vakuolen, bis zu 50 cm Entfernung findet man Pulvereinsprenkelung. Beim rauchschwachen Pulver entsteht nur schwache Einsprenkelung, die mehr grau aussieht.
4) Stumpfe Gewalteinwirkung. Gerade an den Haaren kann man oft feststellen, ob es sich um eine stumpfe oder eine scharfe Gewalt gehandelt hat.
5) Erstickungstod, Erhängen, Erdrosseln, Erwürgung, Ertrinkungstod, Wasserleiche, Fettwachsbildung (im Fett frühestens nach 6 Wochen, in der Muskulatur frühestens nach 2 Monaten

beobachtet); Tod in verdünnter Luft gleichfalls ein Erstickungstod in Folge von Luftembolie.

6) Tod durch Verbrennung und elektrische Entladungen (Blitzschlag).

III. Kindesmord.

Nach neueren Untersuchungen stellen die grünen Körper im Kindspech nicht eigentlich Gallenfarbstoffkonkremente dar, sondern Zellen, theils von der Darmschleimhaut, theils von der mit Fruchtwasser verschluckten Vernix caseosa, welche mit Gallenfarbstoff durchtränkt sind.

Durchschnittlich bis zum 4. Lebenstage ist Mekonium nachweisbar, ganz selten ist es bis zum 16. Tage beobachtet worden. Zuerst wird der sogen. Mekoniumpfropf, aus Schleim und Mekonium bestehend, entleert, daher ist dieser bei todtgeborenen Früchten nicht mehr anzutreffen.

Zur Bestimmung des Kindesalters kommen ferner in Betracht: die Obliteration der fötalen Wege, auch der Befund am Nabel (bis 14 Tage Trichterwunde, Verheilung erst gegen Ende der 3. Woche), die Kopfgeschwulst (noch nach 6 Wochen sichtbar), der Milchgehalt der Brüste der Neugeborenen (nicht vor dem 3. Tage, aber auch bei Todtgeborenen), der Knochenkern, die Pupillar-Membran (Färbung mit Eosin).

Lebensproben, Sturzgeburt, Kopfverletzungen, gewaltsame Erstickung, Verletzungen durch Selbsthülfe.

IV. Sexuelle Verhältnisse.

Zeugungsunfähigkeit jetzt nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch kein Ehescheidungsgrund mehr, vielleicht aber doch, wenn eine schwere Verletzung der ehelichen Pflichten oder eine arglistige Täuschung anzunehmen ist.

Die Geschlechtsbestimmung bei Missbildungen ist oft sehr schwierig. Bei Hypospadie ist an der Eichel eine Delle, an der Klitoris nicht.

Attentate auf die Sittlichkeit.

a) Blutabgang aus den Genitalien.

b) Eiterabgang (Gonorrhoe kann auch ohne geschlechtliche Berührung akquirirt sein).

c) Hymenverletzungen. Bei Kindern unter 12 Jahren kommt es überhaupt nicht zu Hymenverletzungen. Charakteristischer Sitz: hinten median, öfters 2 divergirende Risse, auch 2 nach hinten und je 1 seitlich. Die Risse gehen durch die ganze Wand des Hymens mit deutlichem Abstehen der Ränder, also unter Bildung einer deutlichen Lücke bis in den Grund (Haberda).

Zweifelhafte Schwangerschaft. Abtreibung. Medikamentöse-mechanische Mittel.

Von der

Sektionstechnik

wurden demonstrirt:

1) Eröffnung der Rückenmarkshöhle mittelst Rachiotoms (Doppelsäge) und Nachhelfen mit zweispitzigem Meissel.

2) Eröffnung der Stirn- und gleichzeitig der anderen Nebenhöhlen der Nase mittelst eines sagitallen Sägeschnitts durch die Mitte des Schädels.

3) Eröffnung der Paukenhöhle durch Abmeisselung der oberen Decke von der Schädelbasis aus (beim Neugeborenen zur Bestimmung des Luftgehalts unter Wasser!)

4) Sektionstechnik beim Neugeborenen.

a) Herausnahme der Halsorgane zugleich mit dem Unterkiefer (horizontaler Aeste).

b) Magendarmprobe.

Chemische, mikroskopische, spektroskopische und biologische Methoden.

1) Die oben erwähnten chemischen Proben wurden vorgeführt.

2) Mikroskopisch:

a) Blut-Nachweis — an frischem — an angetrocknetem Blute verschiedener Thiere, auch auf rostigem Eisen.

Reagentien:

α) Hoffmann-Pacini'sche Flüssigkeit (Aq. dest. 300,0, Glyzerin 100,0, Na Cl 2,0 und Sublimat 1,0).
β) Roussin'sche Flüssigkeit (Glyzerin 3 Theile, konz. Schwefelsäure 1 Theil).
Darstellung der Teichmann'schen Häminkrystalle.
b) Mekonium-Nachweis: Cholestearinkrystalle und grünliche kugelige Mekoniumkörperchen.
c) Fruchtschleim: Färbung mit Fuchsin, wobei die Epidermiszellen sich roth färben.
d) Wollhäärchen: marklos, fein, spitz zulaufend.
e) Haare — unversehrte — ausgerissene — verbrannte — abgeschnittene — abgequetschte.
f) Sperma: Spermaflecken, Vorprobe durch Darstellung der Spermakrystalle, — mikroskopischer Nachweis der Samenfäden in der Mazerationsflüssigkeit der Flecken.

3) Spektroskopisch.
a) Blut überhaupt,
b) Kohlenoxydblut,
c) Fäulnissblut (Sulfhaemoglobinspektrum),
d) Aus trockenen Blutspuren:
Spektrum des saueren — des alkalischen Haematins,
" " Haemochromogens,
" " Cyanhaematins,
" " Cyanhaemochromogens,
" " sauren Haematoporphyrins.

Ist der Blutfleck auf organischer Substanz gewesen und stark verkohlt, so ist die Lösung erst zu filtriren und alkalisch zu machen. Man erhält dann das Spektrum des alkalischen Haematoporphyrins.

4) Biologische Reaktion: Die Stammsera werden erhalten von Kaninchen, die mit dem Blute des Menschen oder von verschiedenen Thieren injizirt worden sind. Die Stammsera werden dann zu den Verdünnungen der zu erforschenden Blutlösung in einem bestimmten Verhältniss hinzugesetzt.

In dem psychiatrischen Kursus von Geh. Rath Prof. Dr. Moeli fanden zwei umfangreiche Vorträge in dem Gebäude des Kultusministeriums, davon der erste als Einleitung zum Kursus statt, die übrigen in der Irrenanstalt Herzberge mit daran anschliessenden Krankenvorstellungen.

Die typischen einfachen Seelenstörungen wurden als bekannt nur gestreift. Eine ausführliche Besprechung erfuhren die Zustände von Geistesschwäche, die degenerativen Psychosen, die Dämmer- und Verwirrtheitszustände verschiedenster Ursache, da dieselben gerichtsärztlich von grosser Bedeutung sein könnten.

Bei den degenerativen Psychosen besteht oft keine stärkere Gedächtniss- oder Denkschwäche. Daher wird es häufig schwer, Laien davon zu überzeugen, dass trotzdem eine Geistesstörung vorliegt. Eigenthümlich ist den degenerativen Psychosen die starke Betonung gewisser persönlicher Empfindungen, eine Vordrängung des eigenen Ichs, wobei sich dann manchmal gewisse Berührungspunkte mit Hysterie finden können. Häufig finden sich auch Zwangsvorstellungen und Abnormitäten auf dem sexuellen Gebiete mit einer ausgeprägten Triebartigkeit, mit einer gewissen begleitenden Angst und Beklemmung, die sich erst löst, wenn der Drang, der zuweilen in ganz harmlosen Fingerbewegungen bestehen kann, befriedigt ist; an dem begleitenden Angstgefühl erkennt man auch, dass es sich um eine pathologische sexuelle Abnormität handelt.

Interessant waren auch die Ausführungen über den Alkoholismus, die Dementia praecox, die Katatonie, welch' letztere M. nur für einen Symptomenkomplex, nicht für eine besondere Form von Geisteskrankheit hält, und die chronische Paranoia. Bezüglich letzterer verwirft M. die Wernicke'sche Eintheilung nach dem Inhalt der Ideen in: 1) Autopsychosen, 2) Allopsychosen und 3) Somatopsychosen, da schon für gewöhnlich eine Mischung vorhanden ist, meist Wahnideen über das eigene Ich und zugleich auch solche über die Umgebung bestehen, also eine Autoallopsychose vorliegt.

Jede Paranoia geht aus einer Veränderung der eigenen Persönlichkeit hervor, sofort verbunden mit Bildung daran anknüpfender und in Folge dessen

natürlich falscher Vorstellungskreise. Dagegen ist es falsch, die Paranoia etwa als eine Erkrankung der Vorstellungen zu definiren. Im Allgemeinen neigt der Paranoiker nicht zu kriminellen Handlungen, höchstens unter der Einwirkung eines akuten Schubs von Halluzinationen. Die Wahnvorstellungen wechseln, vor Allem auch in der Intensität; sie können anscheinend ganz latent, unter die Oberfläche versunken sein, dann aber gelegentlich wieder auftauchen. Die sogen. Gefängnisspsychosen sind fast nur Exazerbationen einer solchen schon lange in dem Manne steckenden latenten Paranoia. Findet daher der Gerichtsarzt bei dem Inhaftirten deutliche Wahnideen, so muss er doch noch prüfen, ob auch zur Zeit der That die Wahnideen bestanden haben und zwar in einer Intensität, welche die Zurechnungsfähigkeit ausgeschlossen hat, was nicht immer der Fall zu sein braucht. Die Dementia praecox ist auch als ein Ausgangspunkt einer Paranoia aufzufassen, welche in den Jugendjahren auftritt. Sinnestäuschungen und Verwirrtheitszustände, welche in der Jugend sich einstellen, vor dem 20. Lebensjahre, haben daher wegen dieser Eventualität eine schlechte Prognose.

Von speziell gerichtsärztlichem Interesse waren die Ausführungen über Geschäftsfähigkeit, Vormundschaft, Pflegschaft und Ehescheidung bei Geisteskranken.

Endlich wurden am Schlusse mit dem Projektionsapparat mikroskopische Gehirn- und Rückenmarkspräparate demonstrirt.

Am letzten Tage hatten beide Abtheilungen getauscht, so dass unser Kursus bei Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Jolly in der Charité sich einfand (Krankenvorstellungen auf der Nervenabtheilung und Besichtigung der ganzen Anstalt).

Hiermit möchte ich das Referat beenden. Ich bin mir wohl bewusst, dass dasselbe trotz seiner Länge nicht im Stande ist, einen klaren Gesammtüberblick über den Inhalt des Fortbildungskurses zu geben. Durch mein elektives Vorgehen und durch das breitere Herausarbeiten einzelner Theile des Lehrstoffs musste das Gesammtbild des Kursusinhaltes verändert werden. Allein selbst auf die Gefahr einer allzu subjektiven Auswahl und Darstellung hin, habe ich es für im Sinne der meisten Kollegen erwünschter gehalten, bei denjenigen Punkten, welche mir von allgemeinem Interesse schienen, etwas länger zu verweilen. Jedenfalls ergiebt sich aus diesem Ueberblick, wie reichhaltig der Inhalt des Fortbildungskurses war, vielleicht sogar etwas zu reichhaltig, da man wohl manchmal den Wunsch hatte, sich mit dem einen oder anderen Gegenstand etwas eingehender und länger zu beschäftigen, was bei der Mannigfaltigkeit und dem steten Wechsel der Disziplinen nicht gestattet war.

Der an und für sich nicht gerade sehr besetzte Stundenplan erfuhr aber auch dadurch noch eine erhebliche Erweiterung, dass auf dem Wege von dem einen zu dem anderen Fache nicht unerhebliche Entfernungen zurückzulegen waren. So betrug die Fahrzeit mit der elektrischen Bahn nach dem Institut für Infektionskrankheiten, selbst von den am günstigsten, in der Nähe des Oranienburger Thor gelegenen Wohnungen aus, eine volle halbe Stunde, von der Mitte der Stadt nach der Irrenanstalt Herzberge sogar ca. 1 Stunde, so dass an 4 Tagen der Woche die Theilnehmer des psychiatrischen Kurses II (Moeli) allein 3 Stunden auf der elektrischen Bahn zu fahren hatten. Da ausserdem der bakteriologische Kursus, namentlich wenn praktisch gearbeitet wurde, selten vor 1 Uhr, öfters erst um 1½ Uhr zu Ende war, so kamen an diesen 4 Tagen allein 9 Stunden, nur durch eine kurze Mittagspause unterbrochener Beschäftigung heraus.

Besprechungen.

Dr. Th. Becker: Einführung in die Psychiatrie. Mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. 3. vermehrte und veränderte Auflage. Leipzig 1902. Verlag von Georg Thieme. Kl. 8°; 166 S. Preis: 3 Mark.

Die neue Auflage hat eine wesentliche Erweiterung und entsprechend den im letzten Jahrzehnt erreichten mannigfachen Klärungen in der Auffassung psychischer Erkrankungen wesentliche Aenderungen erfahren. Sein Inhalt

zeichnet in kurzer Form mit besonderer Heraushebung der Differentialdiagnostischen Momente das Bild der häufigeren Formen und Erscheinungsweisen des Irreseins. Aerzten und Psychikatskandidaten wird das Buch die Erinnerung an das in grossen Lehrbüchern Gelernte auffrischen, und die Erinnerung an komplizirte klinische Fälle und deren Analyse wecken; Studirende zum Studium grösserer Werke anregen. Dr. Rump-Recklinghausen.

Dr. Herm. Pfister, Privatdozent und I. Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik in Freiburg i./Br.: **Strafrechtlich psychiatrische Gutachten als Beiträge zur gerichtlichen Psychiatrie für Juristen und Aerzte.** Stuttgart 1902. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°; 371 S. Preis: 9 Mark.

Die Gutachten behandeln geistige Erkrankungen möglichst verschiedener Art. Durch die Ausführungen der Gutachten sowohl, wie durch einzelne der Anmerkungen sind darin genügend — auch für Laien — die Gesichtspunkte hervorgehoben, welche für die klinisch psychiatrische und auch die forensisch psychiatrische Diagnose geistiger Erkrankung im Allgemeinen und in einzelnen Kategorien von Seelenstörungen von besonderem Belang sind.

Ohne Schwierigkeit wird sich auch der Untersuchungsrichter über die für den Sachverständigen wichtigen Punkte jedes Falles aus dem Dargebotenen orientiren können und dadurch eine rechtzeitige genügende amtliche Feststellung für die psychiatrische Beurtheilung eines Falles ermöglichen, ohne das Hülfsmittel einer zeitraubenden und kostspieligen klinischen Beobachtung des Angeklagten.

Nach des Verfassers Absicht sollen die Gutachten auch den Laien darüber aufklären, dass nicht jeder Verbrecher, der einen Psychiater überantwortet ist, geisteskrank ist, und sollen es dem Juristen ermöglichen, den Anschauungen des Sachverständigen gerecht zu werden. Für den zukünftigen Richter, den ja heutzutage fast gerade so viel Neuropathen und Geisteskranke, wie Gesunde vor die Schranken geführt werden, ist es gewiss werthvoll, von der Existenz, den Merkmalen solcher Krankheiten theoretisch und praktisch etwas mehr kennen zu lernen, von der grossen Tragweite mancher Seelenstörungen, von dem Vorhandensein und dem Wesen von Grenzfällen zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit etc. wenigstens andeutungsweise richtige Vorstellungen zu haben. Noch mehr würde dies erreicht werden, wenn jeder Richter wenigstens einmal in seiner Studienzeit forensische Psychiatrie gehört haben würde.

Den Aerzten, speziell den Gerichtsärzten, werden die Obergutachten, von denen besonders die Fälle wie Epilepsie, Alkoholismus und Morphinismus auch klinisch psychiatrisch nicht ohne Interesse sind, eine Unterstützung bei der eigenen forensischen Thätigkeit bieten. Nicht blos infofern, als gerade die erwähnten Fälle verschiedentlich interessante Punkte hervorkehren, deren Bedeutung nicht immer genügend erkannt wird, sondern auch, weil allgemeine Lehren und einzelne Fingerzeige bezüglich Abfassung von Gutachten verschiedener Art sich besonders für diejenigen aus dieser Sammlung werden schöpfen lassen, welche nicht speziell psychiatrisch vorgebildet sind und von denen doch Gutachten über zweifelhafte Geisteszustände von Amtswegen gefordert werden. Dr. Rump-Recklinghausen.

Dr. A. Gastpar in Stuttgart: **Die Behandlung Geisteskranker vor ihrer Aufnahme in die Irrenanstalt (mit besonderer Berücksichtigung der amtlichen Fürsorge).** Stuttgart 1902. Verlag von Ferdinand Enke. Preis 2,40 M.

Es wird heute allgemein anerkannt, dass eine frühzeitige Irrenanstaltsbehandlung Geisteskranker die Aussichten auf Heilung bedeutend verbessert. Diese früh einsetzende Behandlung scheitert in einem grossen Theil der Fälle an der allgemein herrschenden Anstaltsüberfüllung, die z. B. in Württemberg nach Verfassers Feststellung nur 61 % der nachgesuchten Aufnahmen ermöglichte. Ein nicht geringer Theil Geisteskranker kommt überhaupt nicht in die Anstalten und bedarf der Ueberwachung ausserhalb derselben; hierher gehören gewisse Psychopathische und Degenerirte, ferner ungeheilt oder gebessert entlassene Kranke. Bei der grossen Bedeutung, die eine geistige Störung für die Rechtslage des Kranken hat, sind die gesetzlichen Vorschriften vielfach

mangelhaft und, bei dem Fehlen eines Reichsirrengesetzes, höchst verschiedenartig. Dass ein behördliches Eingreifen im Interesse der Unterbringung eines Kranken nur bei ernsten Störungen der öffentlichen Ordnung stattfindet, ist eine viel zu weit gehende Beschränkung der amtlichen Thätigkeit auf diesem wichtigen Gebiete. Nothwendig erscheint dem Verfasser eine bessere Ausbildung der Aerzte in der Psychiatrie; unter dieser Voraussetzung würde eine sachgemässe erste Pflege im allgemeinen Krankenhause möglich sein, statt des jetzt noch vielfach üblichen Einsperrens in eine Tobzelle. Besonders in ländlichen Verhältnissen ist die erste Fürsorge meist recht ungenügend. Die schwierige und strittige Frage der Ueberwachung Geisteskranker in der Familie und in Anstalten wird zum Schluss etwas summarisch abgehandelt. Sehr verdienstvoll ist dagegen die der Abhandlung beigegebene Zusammenstellung der gegenwärtig vorhandenen städtischen Irrenasyle und Anstalten. Aus derselben ist zu entnehmen, dass leider noch in vielen grossen Städten die allerprimitivsten Einrichtungen für die erste Pflege Geisteskranker besteht.

Dr. Pollitz-Münster.

---

von Kraft-Ebing in Graz: **Psychosis menstrualis.** Eine klinisch-forensische Studie. Stuttgart 1902. Verlag von Ferdinand Enke. Preis 3 M.

In der Einleitung giebt der Verfasser eine Uebersicht über die bisherige Bearbeitung seines Themas, das, wie es scheint, bei den Autoren nur eine verhältnismässig geringes Interesse erweckt hat. Er unterscheidet eine primordiale menstruelle Psychose (menstruelle Entwickelungspsychose), die bei körperlich zurückgebliebenen Mädchen im Beginn der Pubertätsentwickelung auftritt und in einer Reihe, an die Ovulation gebundener Anfälle von Depression und psychomotorischer Hemmung verläuft. Mit Beendigung der Pubertätsentwicklung sistiren die Anfälle. Die Häufigkeit der einzelnen Attaquen betrug in den 9 Beobachtungen des Verfassers durchschnittlich 4—5, stieg jedoch einmal auf 18. Krafft-Ebing betont besonders die Wichtigkeit dieses Krankheitsbildes für die allgemeine ärztliche Praxis. Als zweite Form wird die Ovulationspsychose aufgeführt. Sie ist an den Vorgang der Ovulation gebunden und scheint unter den verschiedensten klinischen Bildern zu verlaufen, bald in einmaligem Anfall (?), bald als rezidivirende und periodische Ovulationspsychose. Bemerkenswerth ist, dass die Psychose auch noch im Klimakterium auftritt, falls noch Ovulation (ohne menses) stattfindet. Die dritte Form bildet die epochale Menstruationspsychose, die sich als typische zirkuläre Psychose darstellt, indem die manische Phase in der prämenstruellen Zeit beginnt, während die depressive Phase im Intermenstruum einsetzt. Diese Fälle, deren Prognose wenig günstig ist, sind nicht häufig. Der Verfasser schliesst seinen klinischen Ausführungen eine Reihe forensischer Beobachtungen über Verbrechen während einer Menstrualpsychose an. Er verlangt eine weitgehende Berücksichtigung der stets abnorm beeinflussten Psyche des Weibes während der Menstruationsvorganges, auch wenn keine Psychose nachweisbar ist. Schwachsinnige sind während der Menstruation für Affektverbrechen als unzurechnungsfähig zu erklären. Stets sollte bei Koincidenz von Menses und Verbrechen eine psychiatrische Exploration angeordnet werden.

Dr. Pollitz-Münster.

Dr. W. Prausnitz, o. ö. Professor der Hygiene, Vorstand des hygienischen Instituts der Universität und der staatlichen Untersuchungsanstalt für Lebensmittel in Graz: **Grundzüge der Hygiene** unter Berücksichtigung der Gesetzgebung des Deutschen Reichs und Oesterreichs. 6. Auflage. Gr. 8°. 231 Abbildungen. 545 Seiten. J. F. Lehmann's Verlag. München 1902. Preis: 8 Mark.

Hygiene aus einem Buche allein zu „lernen", ist nicht möglich, sagt der Verfasser, und so soll auch das vorliegende Lehrbuch nur das in den Vorlesungen und Kursen Gehörte, Gesehene oder Ausgeführte wieder in's Gedächtniss zurückrufen oder ergänzen. Und das wird das Buch in seiner knappen, klaren Fassung in hervorragender Weise leisten können; es wird Studirenden, Aerzten, Architekten, Ingenieuren und Verwaltungsbeamten, für die es bestimmt ist, gleich nützlich sein.

Das Buch umfasst das gesammte Gebiet der Hygiene; die einzelnen Kapitel sind mit gleicher Sorgfalt bearbeitet. Nach einer kurzen Einleitung

über die Organisation des öffentlichen Sanitätswesens werden zunächst die Mikroorganismen und die Methoden zur Untersuchung derselben behandelt. Einen nahezu ebenso grossen Raum nimmt das Kapitel Luft ein. Auf etwa 30 Seiten werden weiterhin Kleidung, Bäder und Boden besprochen. Etwas ausführlicher wird dann wieder auf Wasser eingegangen, auch der Beurtheilung einer Wasserversorgung wird mit einigen Worten gedacht. Dann folgen Wohnung, Heizung, Ventilation und Beleuchtung. Bei letzterer sind auch neuere Methoden zur Bestimmung der Helligkeit mittelst des Cohn'schen Lichtprüfers und mittelst lichtempfindlicher Papiere angeführt. Die folgenden Kapitel bilden Abfallstoffe, Leichenbestattung, Krankenhäuser, Schulhygiene und Ernährung; die Kinderernährung ist dabei ebenfalls zu ihrem Recht gekommen. Die Infektionskrankheiten sind einzeln unter Berücksichtigung der neuesten Forschungen, beispielsweise hinsichtlich der Malaria, besprochen; auch der Immunitätslehre ist in ihren Grundzügen Erwähnung gethan. Den Schluss bilden die Gewerbehygiene und die speziellen Gewerbekrankheiten. Die in grosser Zahl dem Texte beigegebenen Abbildungen sind schematisch gehalten und dadurch besonders instruktiv. Zum besonderen Vortheil gereichen dem Buche die Literaturangaben, die es Jedem ermöglichen, die einschlägigen Werke eingehender zu studiren, und die Berücksichtigung wichtiger, die Hygiene betreffender Gesetze und Verordnungen, die in ähnlichen Lehrbüchern meist fehlen und insbesondere für die Medizinalbeamten von Interesse sind.

Wenn man von dem Lehrbuche nicht mehr verlangt, als eine absichtlich kurze Darstellung des angegebenen umfangreichen Gebietes der Hygiene auf 545 Seiten überhaupt zu bieten im Stande ist, so wird das Buch in den Kreisen, an die es sich wendet, sich einer wohlverdienten Beliebtheit zu erfreuen haben. Dafür spricht auch schon das Erscheinen der bereits 6. Auflage in noch nicht 11 Jahren.

Dr. Kister-Hamburg.

Dr. Hensgen, Med.-Rath und Kreisarzt in Siegen: **Leitfaden für Desinfektoren.** Anleitung zur Vernichtung u. Beseitigung der Ansteckungsstoffe. Berlin 1901. Verlag von R. Schoetz. Gr. 12°, 172 Seiten. Preis: 1,50 Mark.

Das Schriftchen ist bestimmt, im Reg.-Bez. Arnsberg als amtliches Lehrbuch für Desinfektoren und Gesundheitsaufseher (beiderlei Geschlechts) zu dienen, welche sich nach den Vorschriften desselben genau zu richten haben. Es giebt zunächst eine Uebersicht über die ansteckenden Krankheiten beim Menschen und deren Erreger, sowie über die Eingangsstellen in den menschlichen Körper, dann über die Desinfektion im Allgemeinen und im Speziellen, wobei insbesondere die Formalindesinfektion genauer beschrieben und die Anweisung zur Desinfektion von Wohnräumen mittelst Med.-Rath Dr. Springfeld's Formalinketten im Reg.-Bez. Arnsberg ausführlich mitgetheilt wird.

Da in genanntem Bezirk mit dem Amte eines Desinfektors dasjenige eines Gesundheitsaufsehers verbunden ist,[1]) welcher zwar vornehmlich den Kreisarzt in der Seuchenbekämpfung zu unterstützen hat, dem aber auch die Kontrole über sanitäre Einrichtungen von Wohnungen, Schulen, Brunnen, Wasserläufen und Wasserleitungen dauernd übertragen werden kann (mit Einschluss von Entnahme von Wasserproben, Anlage von Gelatine-Platten-Kulturen, Zählung von Keimen), so sind, diesen weitgehenden Funktionen entsprechend, die erforderlichen Instruktionen beigegeben und eine Anzahl von Regierungs-Verfügungen betreffs Typhus, Diphtherie, Scharlach, Wohnungen mit mehrfachen Familien, Kost- und Quartiergängerwesen, und endlich auch die Desinfektionsanweisung bei Pest vom 30. Juni 1900 im Wortlaut abgedruckt.

Beigefügt sind vortreffliche und instruktive Abbildungen einer Dampfdesinfektionsanlage, des Breslauer Formalin-Desinfektionsapparates, der Springfeld'schen Kugelkette und der Dr. Hellmann'schen Desinfektionstrommel für Eisenbahnwagen.

Wenngleich der Leitfaden speziell für die eigenartigen Verhältnisse im Reg.-Bez. Arnsberg verfasst ist, so wird er doch auch anderswo gute Dienste leisten, wo, wie in grossen Städten und dichtbevölkerten industriellen Gebieten, eine Vereinigung von Desinfektor und Gesundheitsaufseher erwünscht erscheint;

---

[1]) Siehe die „Ordnung für Desinfektoren und Gesundheitsaufseher" vom 6. Mai 1901; Beilage zu Nr. 13 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1901, S. 165.

und wenn auch das Büchlein für den einfachen Desinfektor (besonders auf dem Lande und in kleineren Städten) manches Entbehrliche enthält, so wird doch auch dieser seinen Zweck durch ihn auf's Beste erreichen.

Dr. Offenberg-Osnabrück.

Dr. Ueberholz, Kreisarzt in Witlich: **Anleitung für den Unterricht zur Ausbildung von Desinfektoren.** Im amtlichen Auftrage verfasst. Trier 1901. Verlag von Sonnenburg. 27 Seiten. Preis: 25 Pfg.

Ein vortreffliches Schriftchen, welches auf 27 Seiten in 58 Fragen und Antworten alles für Desinfektoren Wissensnöthige enthält: einen kurzen Ueberblick über ansteckende Krankheiten und deren Abhängigkeit von Spaltpilzen und die Ausführung der Desinfektion im Allgemeinen und im Einzelnen. Von der Anwendung von Sublimat und Karbolsäure ist wegen der starken Giftigkeit abgesehen, was nur gebilligt werden kann; ist doch selbst in der Desinfektionsanweisung für Pest das Sublimat nicht erwähnt. Betreffs der Benutzung des Formalins finden sowohl der Flügge'sche Apparat, als auch die Springfeld'schen Formalin-Ketten Berücksichtigung.

Rühmend ist hervorzuheben die einfache und leicht verständliche Ausdrucksweise.

Das Büchlein verdient als Hülfsmittel für die Anlernung und in der Praxis von Desinfektoren warme Empfehlung und vielseitige Verbreitung.

Dr. Offenberg-Osnabrück.

Dr. Fritz Kirstein: Leitfaden für Desinfektoren in Frage und Antwort. Berlin 1901. Verlag von Jul. Springer. 41 S. Taschenbuchformat. Preis: 1,20 Mark.

Verfasser hat als Assistent am hygienischen Institut in Giessen gelegentlich eines Kursus für Desinfektoren den Mangel eines den neueren Desinfektionsverfahren entsprechenden Leitfadens empfunden. Diesem Umstande verdankt der vorstehende Leitfaden seine Entstehung. Der allgemeine Theil handelt von den nöthigen Grundbegriffen. Im Hauptheil werden die gebräuchlichen Desinfektionsmittel, Hitze und chemische Stoffe (Formaldehyd, Sublimat, Kaliseife, Kresolseife, Karbolsäure, Chlorkalk, Aetzkalk und deren weitere Zu-Zubereitung) angeführt. Daran reiht sich die Erläuterung der Anwendung der Desinfektionsmittel, und zwar sind nach dem Vorgange von Flügge 3 Gruppen ansteckender Krankheiten unterschieden: A. Diphtherie, Scharlach, Masern, Influenza, Keuchhusten; B. Lungenschwindsucht, Wundrose, Kindbettfieber, Pocken, Flecktyphus, Pest, Aussatz; C. Unterleibstyphus, Ruhr, Cholera. Der Inhalt ist in 195 Fragen und Antworten geschieden, für jede der 3 Krankheitsgruppen sind besondere Anlagen beigefügt. Zur Verdampfung des Formalins ist der Breslauer Apparat vorgeschrieben.

Die Desinfektionsanweisungen sind recht genau und vollständige, doch ist zu wenig Rücksicht auf die Desinfektion der Krankheit genommen. Bei der Ausbildung von Desinfektoren, welche sich mehr und mehr erforderlich macht, wird der Leitfaden dem ausbildenden Arzte wie den Desinfektoren gute Dienste leisten.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Dr. Otto Hess, Oberarzt der medizinischen Klinik zu Marburg: **Der Formaldehyd.** Seine Darstellung, Eigenschaften und seine Verwendung als Konservirungs-, therapeutisches und Desinfektionsmittel mit besonderer Berücksichtigung der Wohnungsdesinfektion. Mit 11 Abbildungen. 2. Auflage. Marburg 1901. Elwert'sche Verlagsbuchhandlung. Gr. 8°, 128 S.

Das vorliegende Buch enthält im I. Theil die in der Inauguraldissertation des Verfassers vom Jahre 1898 gegebene Uebersicht über die Formaldehydliteratur in ergänzter Form, sowie die im Jahre 1897 angestellten eigenen Versuche desselben mit dem Trillat'schen Autoklaven, während der II. Theil eine kurze Orientirung über die weiteren Fortschritte in der Verwendung des Formaldehyds bei der Wohnungsdesinfektion in den letzten 3 Jahren liefert.

In der Einleitung wird die chemische Zusammensetzung des Formaldehyd (Methylaldehyd), seine Entstehung durch Oxydation des Methylalkohols und seine Ueberführung in Ameisensäure durch oxydirende Mittel besprochen, während der I. Theil von dem Formaldehyd als Konservirungs- und Härtungs-

mittel, als therapeutisches und Desinfektionsmittel handelt. Formaldehyd verhindert bekanntlich vermöge seiner antiseptischen Eigenschaften das Eindringen von Fäulnisskeimen; er macht die Gewebe hart und lederartig, ohne ihre feinere Struktur zu zerstören. Da er aber Geschmack und Aussehen von Fleisch, Fischen, Milch, Wein u. s. w. verändert, so hat er als Konservirungsmittel von Nahrungsmitteln keine Anerkennung gefunden. Dagegen ist er recht brauchbar zur Konservirung von Pflanzen, anatomischen und mikroskopischen Präparaten, Leichen, sowie zur Härtung. Sein Werth als therapeutisches Mittel kann hier unerörtert bleiben.

Als Desinfektionsmittel hat Formaldehyd gerade in den letzten Jahren eine ausserordentliche Verbreitung gefunden. In Lösung wirkt er auf Fäulnissbakterien und pathogene Mikroorganismen einen starken entwickelungshemmenden Einfluss aus (schon bei 1 : 100 000). Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verfasser jedoch zu dem Ergebniss, dass die eigentlich desinfizirende Kraft der Formaldehydlösung bedeutend überschätzt worden ist. Mit Vortheil ist die Lösung nach seiner Ansicht nur zu verwenden zur Behandlung der Nachtstühle, zur Sterilisirung von Katgut, dagegen kann von der Desinfektion der Hände keine Rede sein (aber mittelst Lysoform. d. Ref). Zum Aufwischen von Krankenzimmern wird Holzin empfohlen. Kleidungsstücke und Ledersachen werden, ohne ruinirt zu werden, durch Eintauchen in eine 1 proz. Formaldehydlösung in 24 Stunden von Typhus, Cholera, Staphyl. befreit. Auch in Bezug auf die Verwendung des Formaldehyds in gasförmigem Zustande verdient der Formaldehyd nicht den Ruf eines Ideal-Desinficiens; denn bei dem durch Verdunsten erzeugten Formaldehydgase ist namentlich die ungleichmässige Mischung mit der Luft und die Bildung von Polymerisationsprodukten und Methylal nachtheilig, während die allerdings bessere Wirkung bewegter Formaldehyddämpfe und des Formaldehydsprays durch das Entstehen von Flecken auf den Gegenständen und durch einen an den Wänden fest anhaftenden Geruch beeinträchtigt wird.

Verfasser schildert die zur Erzeugung von Formaldehydgas benutzten verschiedenen Apparate, bezeichnet mit Recht die Lampen von Tollens, von Trillat, von Krell und Barthel, modifizirt von Dieudonné und Pfuhl, für eine Zimmerdesinfektion als völlig unzureichend, während sich nach seinen Versuchen als besonders wirksam erwiesen hat: der „Autoclave formogène de Trillat", in dem das Formochloral (40% F.) unter Zusatz von 4—5% Chlorcalcium und unter einem Druck von 3—4 Atmosphären verdampft wird. Mit ihm kann man beliebig grosse Räume wirksam desinfiziren, d. h. selbst die widerstandsfähigsten Sporen in denselben abtödten. Die Desinfektion ist jedoch nur eine Oberflächen- oder höchstens geringe Tiefendesinfektion.

Im II. Theil giebt Hess einen Ueberblick über die moderne Wohnungsdesinfektion mittels Formaldehyd, und bespricht ausser den eben erwähnten Trillat'schen Apparat den kombinirten Aeskulap Schering, den Spray-Apparat von Praussnitz, den Spray-Apparat „Colonia" von Czaplewski, den Breslauer Apparat von Flügge, den Apparat von Walther-Schlossmann und Lingner zur Verdampfung von Glykoformal, sowie den nach jeder Wohnungsdesinfektion zur Anwendung zu bringenden Ammoniakverstäuber.

Das Werk ist für jeden, der sich eingehender mit dem Studium des Formaldehyds beschäftigen will, unentbehrlich, aber auch allen Medizinalbeamten und Aerzten, welche sich mit der Desinfizirung durch Formaldehyd vertraut machen wollen, kann die das gesammte Gebiet zusammenfassende Schrift warm empfohlen werden. Sehr werthvoll zur Orientirung sind die zahlreichen Abbildungen und das bereits 428 Nummern aufweisende Literaturverzeichniss.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Prof. Dr. E. v. Leyden: Verhütung der Tuberkulose. 1. Heft der Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Volkshygiene, herausgegeben von Dr. K. Beerwald. Verlag von R. Oldenburg, München und Berlin. Preis: 30 Pfg.; in grösseren Partien billiger.

Dem vom Geheimrath v. L. im Bürgersaal des Rathhauses zu Berlin gehaltenen Vortrage sind als Leitsätze vorangestellt: I. Last Euch nicht von Tuberkulosekranken anhusten oder auf den Mund küssen! II. Spukt niemals auf den Fussboden! III. Haltet Euch peinlich sauber an Händen, Kleidern und

Wäsche! IV. Die Tuberkulose ist eine Wohnungskrankheit; in jede Wohnung muss daher reichlich Licht und Luft eintreten! V. Nährt Euch verständig und härtet Euren Körper ab! Der Vortrag selbst ist ein weiterer Beweis für das Streben des um die Bekämpfung der Tuberkulose unermüdlich und erfolgreich thätigen Klinikers, die breitesten Volkskreise mit jenen Fortschritten zu durchdringen, die medizinische Forschung und Praxis zur Verhütung der Tuberkulose und zur Führung einer gesundheitsgemässen Lebensweise als massgebend haben erkennen lassen. Das Schriftchen, mit einem Titelbild aus der Hand des bekannten Berliner Malers Max Liebermann und Textfiguren ausgestattet, schildert Eingangs in knapper, allgemein verständlicher Form das Wesen, die Ausbreitung und Heilbarkeit der Tuberkulose, sowie die zur Erzielung der letzteren hervorgetretenen Bestrebungen des letzten Jahrzehntes, um dann in erschöpfender, anziehender Weise die Wege der Uebertragung und die Mittel zur Verhütung und Beseitigung der Ansteckungsgefahr zu behandeln. Möge die v. Leyden'sche Arbeit in alle Kreise unseres Volkes dringen und hier den humanitären Zweck erfüllen, den der Deutsche Verein für Volkshygiene mit seinen Veröffentlichungen erstrebt: in Bezug auf die Tuberkulose sowohl die Furcht, als den Leichtsinn in den Laienkreisen auf das richtige Mass zurückzuführen, in Bezug auf die Volksgesundheitspflege Verständniss und Besserung zu schaffen.

Dr. Roepke-Lippspringe.

Prof. Dr. Walther, Lehrer der Hebammen-Lehranstalt in Giessen: **Die Krankheiten der Frauen.** In übersichtlicher Darstellung für Hebammen. 35 Seiten. Berlin 1902. Verlag von Elwin Staude. Gr. 8°; 36 Seiten. Preis: 2 Mark.

Walther, der durch verschiedene Artikel in der Hebammen-Zeitung, besonders durch die Grundzüge des Geburtsmechanismus uns bekannt ist, geht davon aus, dass mit Recht die Unterweisung in der Geburtshülfe in den Vordergrund gestellt wird, dass es aber nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht des Lehrers ist, die Hebammen auch über die wichtigsten Frauenkrankheiten oder wenigstens über deren Symptome zu belehren, schon damit sie die Frauen früher, als es bis jetzt geschieht, an den Arzt verweisen können. Die Frauen wenden sich nun einmal, besonders auf dem Lande, zunächst an die Hebammen, und diese können viel Unheil anrichten, wenn sie selber nicht unterrichtet oder gar mit mittelalterlichen Anschauungen behaftet sind. Dabei will er aber nur das berücksichtigen, was zum Verständniss und zur Erkenntniss nothwendig ist, um die Hebammen nicht zu verwirren oder zu Uebergriffen in ärztliche Rechte zu verleiten. Dieses Programm führt er auch durch.

Der Inhalt zergliedert sich in: Störungen der Periode; unregelmässige Blutungen ausserhalb der Periode, anschliessend Geburt und Fehlgeburt; andere Störungen im Anschluss an Geburt und Fehlgeburt; regelmässiger und krankhafter Ausfluss; unregelmässige Blutungen, besonders solche in und nach den Wechseljahren; kurze Uebersicht über die bei Frauen vorkommenden Geschwülste.

Der Text ist klar und verständlich und wird durch 12 gute Abbildungen unterstützt. Die wichtigsten Punkte werden scharf hervorgehoben und stets besonders eindringlich auf die rechtzeitige Zuziehung eines Arztes hingewiesen, und zwar alles unter Bezugnahme auf die einschlägigen Paragraphen des Preussischen Hebammenlehrbuchs. Das Büchelchen kann den Hebammen nur empfohlen werden.

Dr. Blokusewski-Daun.

Dr. George Meyer-Berlin: **Zur Organisation des Rettungswesens.** Abdruck aus dem Klin. Jahrbuch. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1901. Gr. 8°, 40 Seiten.

Der auf dem genannten Gebiete bekannte Verfasser[1]) giebt in dem vorliegenden Heft einen zusammenfassenden Ueberblick über die historische Entwickelung und die Verhältnisse des Rettungswesens zum Theil nach seinen eigenen Beobachtungen, um daraus Schlussfolgerungen und Vorschläge für dessen weitere Ausgestaltung in Deutschland und Berlin aufzustellen. Die erste organisirte Rettungsanstalt in Amsterdam (1767) wurde das Muster für Einrichtung vieler anderer gleichartiger Veranstaltungen in Holland und im Auslande. Die Schrift behandelt die Londoner Einrichtungen, Royal Humane

Society, St. John Ambulance Association, Hospital Association Ambulance, Volunteer Medical Staff Corps, die Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft, mit der Wasserwehr und Feuerwehr verbunden ist, die freiwillige Rettungsgesellschaft in Budapest, die Rettungsabtheilung der freiwilligen Feuerwehr in Graz, die Ambulanzen der Stadt Paris, das Rettungswesen in den Vereinigten Staaten von Nordamerika, die Polizeiwachen, Feuerwehren, Rettungsvorrichtungen für Ertrinkende, die Sanitätswachen, Unfallstationen, die Rettungsgesellschaft in Berlin, die Rettungsgesellschaft der Wassersportvereine von Berlin und Umgegend, das Rettungswesen in Stettin, Breslau, Altona, Hannover, Königsberg, Frankfurt a. M., München, Köln, Hamburg, Nürnberg, Danzig, Leipzig und Dresden.

Aus den Darstellungen ergiebt sich, dass in den Grossstädten recht verschiedene Einrichtungen für Leistung erster Hülfe bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen bestehen. Sie sind zum Theil von den Behörden ausgegangen, mit den Krankenhäusern, der Feuerwehr, der Polizei verbunden, oder von privaten Vereinigungen, vom Rothen Kreuz, den Berufsgenossenschaften, Samaritervereinen, Rettungsgesellschaften, und nach verschiedenen Grundsätzen einrichtet. Die in dem Deutschen Samariterbund (1895) vereinigten Samariterbestrebungen wurden auf dem Aerztetag in Freiburg (1900) ebenso wie die Schlusssätze des dortigen Berichterstatters anerkannt. Diese, welche den in vorliegender Arbeit entwickelten entsprechen und bei der Berliner Rettungsgesellschaft bereits erfüllt sind, lauten in Kürze folgendermassen:

Die Ausübung der ersten Hülfe bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen steht den Aerzten zu. Auf dem Lande und in kleineren Städten ist die Hinzuziehung des Laienelements zulässig. Doch sollen die Samariter (Laien) sich darauf beschränken, dem Verletzten alles fernzuhalten, was ihm schaden kann, und ihn möglichst schnell ärztlicher Versorgung übergeben. Die in grossen Städten zu treffenden Einrichtungen (Rettungswesen, Unfallstationen, Sanitätswachen) sollen von den städtischen Verwaltungen unterhalten oder finanziell sicher gestellt werden. Sie entsprechen nur dann gleichmässig den Interessen des Publikums wie der Aerzte, wenn sie 1) bezüglich ihrer Einrichtung und ihres Betriebes einer ärztlichen Anleitung unterstehen, 2) wenn auf der Wache oder am Unfalls- (Erkrankungs-) Orte die Hülfe von Aerzten geleistet wird, 3) wenn sie sich darauf beschränken, nur die erste und nur einmalige Hülfe zu leisten, 4. wenn die Theilnahme sämmtlichen bereiten Aerzten gestattet wird, 5) wenn sie über geeignete Transportmittel verfügen um Verletzte oder Schwerkranke möglichst schnell in ihre Wohnung oder in ein Krankenhaus zu schaffen, 6) wenn keinerlei Nebenzwecke verfolgt werden, 7) wenn Unbemittelten die Hülfe unentgeltlich, sonstigen Patienten nach den üblichen Taxsätzen geleistet wird.

Verfasser behandelt dann noch die Einrichtungen des Rothen Kreuzes (Meldestellen), die Vereinbarung der Berufsgenossenschaften mit dem Rothen Kreuz, die Nothwendigkeit der telephonischen Vereinigung aller Krankenhäuser mit einer Zentrale (Unfallmeldewesen, Feuermelder), den Transport ansteckender Kranker; er hebt mit Recht hervor, dass der Unterricht in der ersten Hülfe durch Aerzte nicht zur Förderung, sondern zur Bekämpfung der Kurpfuscherei dient, denn in diesen Kursen lernt der Laie die Autorität und die Kenntnisse des Aerztes schätzen.

Die sehr interessante Schrift kann Jedem, der sich über das Rettungswesen unterrichten will, warm empfohlen werden.

(In einer am 26. März 1902 im Kultusministerium abgehaltenen Versammlung wurden die vorgelegten Leitsätze und Grundzüge für die Organisation des Rettungswesens angenommen und hierauf ein Vorstand gewählt, bestehend aus v. Bergmann, Kirchner, E. Jacob, G. Meyer, Rotter).

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Gewerbearchiv für das Deutsche Reich. Sammlung der zur Reichsgewerbeordnung ergehenden Abänderungsgesetze und Ausführungsbestimmungen, der gerichtlichen und verwaltungsgerichtlichen Entscheidungen der Gerichtshöfe des

[1]) Das Samariter- und Rettungswesen im Deutschen Reiche; I. Theil 1897, II. Theil 1900.

Reichs und der Bundesstaaten, sowie der wichtigsten, namentlich interpretatorischen Erlasse und Verfügungen der Zentralbehörden. Unter ständiger Mitwirkung von Dr. von Strauss und Torney, Senatspräsident des Königl. Preuss. Oberverwaltungsgerichts, und Havenstein, Kammergerichtsrath, herausgegeben von Kurt von Rohrscheidt, Regierungsrath in Merseburg. Subskriptionspreis pro Jahrgang (4 Hefte): 12 M. Verlag von Franz Vahlen, Berlin W., Mohrenstrasse 13/14.

Wie der Titel des neuen Unternehmens besagt, will das „Gewerbearchiv für das Deutsche Reich" alles Material vereinigen, das für die Ausführung und Auslegung der Gewerbeordnung von Bedeutung ist. Die betreffenden Entscheidungen und Erlasse sind nach den in Betracht kommenden Paragraphen des Gesetzes geordnet. Die Namen der Mitarbeiter und des Herausgebers bürgen dafür, dass hier eine zweckmässige und brauchbare Sammlung geboten wird.

Die Zeitschrift strebt die möglichste Vollständigkeit an und will versuchen, auch ungedrucktes Material in ihren Rahmen aufzunehmen, sowie ergehende Abänderungsgesetze, wichtigere Ausführungsbestimmungen und die wichtigsten Nebengesetze der Gewerbeordnung, so weit angängig, zu berücksichtigen. Sie soll auf diese Weise einen fortlaufenden Kommentar der Gewerbeordnung im weitesten Sinne bilden. Zum Beweise dafür, dass das „Gewerbearchiv" auch den Medizinalbeamten gute Dienste leisten wird, folgen aus dem reichen Inhalte der drei ersten Hefte die sanitäts- und medizinalpolizeilich wichtigsten Entscheidungen, Erlasse pp. nach den Ueberschriften und den einzelnen Paragraphen.

Zu §. 1 der G. O.: E. d. Preuss. O. V. G. vom 2. Dezember 1901, betr. Einschreiten der Polizei gegen gefährliche Gewerbebetriebe; — E. d. Preuss. Kamm. G. vom 12. Dezember 1900, betr. Ankündigung von Präservativs; — E. d. Reichsversicherungsamts vom 6. November 1900, betr. die Versicherungspflicht einer Leichenfrau; — Königl. Sächs. Min.-Ver. vom 3. Juni 1901, betr. Beseitigung von Thierkadavern.

Zu §. 6 der G. O.: E. d. O. L. G. Dresden vom 8. November 1900, betr. Binden als Arzneimittel; — E. d. O. L. G. Dresden vom 12. Juli 1900, betr. Schweiz. Alpenkräuter-Pastillen im Grosshandel; — Kaiserl. Ver. vom 22. November 1901, betr. Verkehr mit Arzneimitteln; — E. d. L. G. Altenburg, vom 20. Febrar 1900, betr. Verpflichtungen der Kurpfuscher; — E. d. Preuss. Kamm. G. vom 16. Dezember 1901, betr. Geheimmittel; — E. d. Preuss. Kamm. G. vom 14. August 1901, betr. Grosshandel mit Arzneimitteln; — E. d. Preuss. Kamm. G. vom 8. August 1901, betr. Begriff der Heilmittel; — E. d. Preuss. O. V. G. vom 25. Juni 1901, betr. Erziehung von Kindern gegen Entgeld; — Entscheidungen, betr. den Verkehr mit Arzneimitteln.

Zu §. 12 d. G. O.: E. d. V. G. f. Karlsruhe vom 12. November 1901, betr. Einschr. gegen Beamte als Kurpfuscher.

Zu §. 23 d. G. O.: E. d. Preuss. O. V. G. vom 11. Januar 1901, betr Schlachthofordnung und Schächtschnitt.

Zu §. 24 d. G. O.: Preuss. Min. Erl. vom 10. Januar 1902, betr. Krankheitserscheinungen bei Kesselreinigung.

Zu §. 26 d. G. O.: E. d. R. G. vom 29. November 1900, betr. nachtheilige Einwirkungen gewerblicher Anlagen.

Zu §. 29 d. G. O.: Sächs. Bek. v. 13. März 1901, betr. Anmeldepflicht der Aerzte und Zahnärzte; — Ver. d. Sächs. Min. d. Innern vom 9. April 1901, betr. Ankündigungen der Kurpfuscher; — E. d. O. L. G. München vom 3. Juni 1899, betr. Apothekenbetrieb ohne Approbation.

Zu §. 30 d. G. O.: Preuss. M. E. vom 16. September 1901, betr. Aufnahme von Ausländern in Irrenanstalten; — E. d. V. G. Braunschweig vom 24. April 1901, betr. Aufhebung einer Konzession im Aufsichtswege; — E. d. Preuss. O. V. G. vom 19. November 1901, betr. Nichtigkeit einer Krankenanstalts-Konzession; — E. d. Preuss. O. V. G. vom 30. September 1901, betr. Anforderungen bei Konzession einer Krankenanstalt; — Preuss. M. E. vom 25. Februar 1902, betr. Privatanstalten für Idioten.

Zu §. 33 d. G. O.: Preuss. M. E. vom 10. Juli 1901, betr. bleihaltige Beschläge der Trinkgefässe; — E. d. O. L. G. Dresden vom 23. Mai 1901, betr. Verkauf von Branntwein zu Heilzwecken; — E. d. Bayer. V. G. H. vom 16. Oktober 1901, betr. Handel mit Branntwein zu Heilzwecken; — Preuss. M. E. vom 10. Januar 1902, betr. Ventilation in Restaurationsräumen.

Zu §. 34, 38 d. G. O.: Preuss. M. E. vom 16. Oktober 1901, betr. Handel mit Giften; — E. d. Preuss. O. V. G. vom 3. Juni 1901, betr. Zurücknahme der Genehmigung zum Handel mit Giften. Dr. Dietrich-Berlin.

Preussisches Volksschularchiv. Zeitschrift für Rechtsprechung und Verwaltung auf dem Volksschulgebiete. Sammlung der ergehenden Gesetze und Ausführungsbestimmungen, der gerichtlichen und verwaltungsgerichtlichen Entscheidungen, sowie der wichtigsten Ministerialerlasse und Verfügungen der Provinzialbehörden. Herausgegeben von Kurt von Rohrscheidt, Regierungsrat, Mitglied der Kgl. Regierung, Abtheilung für Kirchen- und Schulwesen, in Merseburg. Berlin W., Verlag von Franz Vahlen, Mohrenstr. 13/14. Subskriptionspreis pro Jahrgang (4 Hefte) 5 M.

Der durch seine Arbeiten auf dem Gebiete des Gewerberechts in den weitesten Kreisen bekannt gewordene Herausgeber bezweckt mit dem „Preussischen Volksschularchiv" ebenso wie mit dem von ihm herausgegebenen „Gewerbearchiv" einem lang gefühlten Bedürfniss abzuhelfen, indem er das gesammte Material, welches Rechtsprechung und Verwaltung auf dem Gebiete der Preussischen Volksschule bietet, in fortlaufenden Heften und nach Materien geordnet sammelt und dem Kreise der Interessenten darbietet. Jedes Heft wird ausserdem durch einen oder mehrere Aufsätze aus sachkundiger Feder über besonders wichtige Rechtsfragen eingeleitet.

Für den Schularzt und Kreisarzt sind besonders bemerkenswerth die Abschnitte VII, XI, XIII und XIV. Sie enthalten im ersten Hefte folgende Einzelheiten:

Zu VII Schulzucht: Verf. d. Reg. in Frankfurt a. O. vom 4. März 1901, betr. körperliche Züchtigungen.

Zu XI Schulbauverwaltung: Verf. d. Reg. in Minden vom 23. August 1901, betr. Einreichung von Bauplänen durch die Hand des Kreisarztes; — Verf. d. Reg. in Gumbinnen vom 6. Dezember 1901, betr. Beseitigung kleiner Schäden an Schulgebäuden; — Verf. d. Reg. in Frankfurt a. O. vom 28. September 1901, betr. Reinigung von Schulklassen; — Verf. d. Reg. in Cassel vom 13. November 1901, betr. Reinigung der Schulzimmer.

Zu XIII Schulhygiene: Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901; — Verf. d. Reg. in Cöln vom 1. Oktober 1901, betr. Schulbesichtigung durch die Kreisärzte; — Verf. d. Reg. in Cassel vom 20. März 1901, betr. Betheiligung von Lehrern und Schülern an Leichenbegängnissen; — Verf. d. Reg. in Minden vom 8. Mai 1901, betr. Gefährlichkeit der Schultinte; — Verf. d. Reg. in Magdeburg vom 19. März 1901, betr. ansteckende Krankheiten im Schulhause.

Zu XIV Vermischtes und Aussergewöhnliches: Normalien für neue Schulhäuser im Kanton Bern vom 1. Februar 1901.

Dr. Dietrich-Berlin.

Tagesnachrichten.

74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad vom 21.—27. September d. J.

Allgemeine Tagesordnung: Sonntag, den 21. September, Vormittags 10 Uhr: Sitzung des Vorstandes der Gesellschaft im Kurhaus, 11 Uhr: Sitzung des wissenschaftlichen Ausschusses im Kurhaus. 12 Uhr. Sitzungen des Vorstandes der naturwissenschaftlichen und der medizinischen Hauptgruppe mit den Einführenden und Schriftführern der naturwissenschaftlichen bezw. medizinischen Abtheilungen Nachmittags 1/2 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 Stadtpark. Abends 8 1/2 Uhr: Promenaden-Konzert im Schützenhaus.

Montag, den 22. September, Morgens 10 Uhr: Erste allgemeine Versammlung im grossen Saale des Schützenhauses. 1. Begrüssungsansprachen. 2. Vorträge der Herren F. Hofmeister-Strassburg: Ueber den Bau des Eiweissmolekuls; M. Weber-Amsterdam: Der Malayische Archipel und die Geschichte seiner Vorwelt; A. Voller-Hamburg: Grundlagen und Methoden der elek-

trischen Wellentelegraphie (sogen. drahtlose Telegraphie). Nachmittags: Abtheilungs-Sitzungen. Abends 7 Uhr: Festvorstellung im Theater und Orpheum (Schützenhaus).

Dienstag, den 23. September, Morgens 8 Uhr: Frühstück auf der Alten Wiese, gegeben von den dortigen Hausbesitzern. Vor- und Nachmittags: Abtheilungs-Sitzungen. Abends 6 Uhr: Festessen im Stadtpark.

Mittwoch, den 24. September, Morgens 8½ Uhr: Geschäftssitzung der Gesellschaftsmitglieder im grossen Saal des Schützenhauses. Morgens 10 Uhr: Gesammtsitzung beider Hauptgruppen im grossen Saale des Schützenhauses. Vorträge: E. Suess-Wien: Ueber das Wasser der heissen Quellen; W. Meyerhoffer-Berlin: die chemisch-physikalische Beschaffenheit der Heilquellen; J. Ruff-Karlsbad: David Becher, der Karlsbader Hippokrates (1725 bis 1792). Nachmittags: Abtheilungs-Sitzungen. Abends 5 Uhr: Festessen, gegeben von der Stadt Karsbad. Abends 7 Uhr: Festliche Beleuchtung der Stadt.

Donnerstag, den 25. September, Morgens 9 Uhr: Gemeinschaftliche Sitzung der medizinischen Hauptgruppe im grossen Saale des Schützenhauses. Verhandlungsthema: Physiologische Albuminurie. Referenten: v. Leube-Würzburg, Dreser-Elberfeld. Nachmittags: Abtheilungs-Sitzungen. Abends 7½ Uhr: Festréunion im Kurhaus.

Freitag, den 26. September, Morgens 10 Uhr: Zweite allgemeine Versammlung im grossen Saale des Schützenhauses. 1. Vorträge der Herren Frh. A. v. Eiselsberg-Wien: Die Bedeutung der Schilddrüse für den Haushalt der Natur; R. v. Wettstein-Wien: Der Neo-Lamarckismus und O. v. Miller-München: die Naturkräfte im Dienste der Elektrotechnik. 2. Schluss-Ansprachen. Nachmittags: Erforderlichen Falls noch Abtheilungs-Sitzungen. Ausflüge. (Giesshübl-Sauerbrunn.) Abends 9 Uhr: Abschiedskommers im Stadtpark.

Sonnabend, den 27. September: Fahrt nach Teplitz, Aussig (Naturforscher), Franzensbad, Marienbad (Aerzte).

Gemeinschaftliche Sitzungen einzelner Abtheilungen der medizinischen Hauptgruppe. Ganghofner-Prag und Richter-Wien: Plötzliche Todesfälle im Kindesalter; v. Kahlden-Freiburg i. B.: Pyaemie und Septicaemie; Fischel-Prag: Ueber den gegenwärtigen Stand der experimentellen Teratologie.

Gerichtliche Medizin (25. Abth.) Einführende: K. k. Oberbezirksarzt Dr. Ritter v. Hochberger (Karlsbad), Dr. Bayer (Karlsbad), Prof. Dr. Dittrich (Prag). Schriftführer: Dr. v. Rüling (Karlsbad), Dr. Beckert (Prag). Sitzungslokal: II. Volksschule, Egerstrasse, Zimmer Nr. 8. — Vorträge: 1. Dittrich (Prag): Ueber Verletzungen und Tod durch Ueberfahrenwerden vom forensischen Standpunkte. 2. Ipsen (Insbruck): Pankreasblutung in ihrer Beziehung zum Tode Neugeborener. 3. Kratter (Graz): Ueber den Werth der biologischen Reaktion zur Unterscheidung von Thier- und Menschenblut. Nach Untersuchungen von Dr. Okamoto aus Tokio. 4. Liniger (Bonn): Bauchbrüche und Unfall. 5. Richter (Wien): a) Ueber plötzliche Todesfälle bei Kindern. b) Neuere Methoden des forensischen Blutnachweises. 6. Schäffer (Bingen a./Rh.): Zur Pathologie der posttraumatischen Rückenmarkserkrankungen.

Hygiene, einschliesslich Bakteriologie und Tropenhygiene (26. Abth.) Einführende: Dr. Breitenstein (Karlsbad, Prof. Dr. Hueppe (Prag). Schriftführer: Dr. Oestreicher (Karlsbad), Doc. Dr. Bail (Prag). Sitzungslokal: II. Volksschule, Zimmer Nr. 9, II. Stock. — Vorträge: 1. Hovorka von Zderas (Teslic, Bosnien): Ueber Impfung gegen Malaria mit dem Kuhn'schen Serums in Bosnien. 2. Kuhn (Berlin): Ueber den Verlauf der Malaria ohne Chininbehandlung. 3. Langer (Prag): Uebertragung pathogener Bakterien durch niedere Thiere, bedingt durch deren Entwicklungsgeschichte. 4. Levy (Strassburg i./Els.) Ueber Strahlenpilze. 5. Lode (Innsbruck): Thema vorbehalten. 6. Rotter (München): Ueber Antial, ein Volks- und Ersatzgetränk für Alkohol. 7. Schrank (Wien): Schaffung eines internationalen Gesetzes gegen die Ausbreitung der venerischen Krankheiten. 8. Sarason (Berlin): Ein neuer Bautypus für Krankenhäuser, speziell Lungenheilstätten. 9. Schürmayer (Hannover): Reiz und Gegenreiz und die

Infektion. 10. Spaet (Bamberg): Die Lebensgefährdung in der Stadt und auf dem Lande. 11. Voigt (Hamburg): Mischinfektionen. 12. Weyl (Berlin): Fortschritte der Strassenhygiene.

Die V. Versammlung des Vorstandes Deutscher Bahnärzte findet am Donnerstag den 18. und Freitag den 19. September 1902 in München statt.

Tagesordnung: Mittwoch, den 17. September, 8 Uhr Abends: Begrüssungsabend (mit Damen) im Hôtel „Rother Hahn" Karlsplatz 12.

Donnerstag, den 18. September, 2 Uhr Nachmittags: Allgemeine Sitzung (im Hôtel „Bayrischer Hof" Promenadenplatz 19). 1. Eröffnung der Versammlung: geschäftliche Mittheilungen. — 2. Rückblick auf die jährlichen Bestrebungen der Eisenbahnhygiene. — 3. Praktische Prüfung des Farbensinnes mit den beim Eisenbahnbetriebe gebräuchlichen Signallichtern. Referent: Prof. Dr. Everbusch (München). — 4. Die Erkrankungs-, Invaliditäts- und Sterblichkeitsverhältnisse der bayrischen Eisenbahnbediensteten. Referent: Dr. Zeitlmann (München. — 5. Entwurf eines einheitlichen Formulars für die Untersuchung des Personals in Bezug auf körperliche Tauglichkeit sammt Instruktion für den untersuchenden Bahnarzt. Referent: Hofrath Dr. Stich (Nürnberg). — 7. Der Alkoholmissbrauch bei dem niederen Eisenbahnpersonal und dessen Verhütung. Referent: Dr. Raab (Nürnberg). — 8. Die Rettungseinrichtungen bei den verschiedenen deutschen Eisenbahnverwaltungen. Referenten: Dr. Beck (Mengen, Württemberg), Dr. Blume Philippsburg, Baden), Hofrath Dr. Baetz (München), Dr. Gilbert (Dresden). 7 Uhr Abends: Gemeinsames Festessen (im Hôtel „Bayrischer Hof", Promenadenplatz 19 (Gedeck ohne Wein 5 Mark).

Freitag, den 19. September, 9 Uhr Vormittags: Fortsetzung der Verhandlungen, falls dieselben am Tage vorher nicht zu Ende geführt werden konnten. Nach Schluss der Sitzung: Besichtigungen.

Das Anmeldebureau befindet sich vom 18. September, Vormittags von 9—11 Uhr im Sitzungssaale des Zentralbahnhofes (Nordbau, Eingang Arnulfstrasse, rechts vom Hauptportale), später im Sitzunglokal.

Etwaige Anfragen bittet man an den Schriftführer Herrn Dr. Dischinger, München, Landsbergerstrasse 108, zu richten.

Zur Theilnahme an der Versammlung genügt für die Mitglieder die Vorzeigung ihrer Mitgliedskarte.

XVI. Internationaler medizinischer Kongress in Madrid vom 23.—30. April 1903. Nach dem vorläufigen Programm sind auf die Tagesordnung gestellt in der XV. Abth. für Hygiene, Epidemiologie und medizinische Wissenschaft: 1. Nothwendigkeit der Bestimmung des prophylaktischen Werthes der Desinfektion und Kriterien der allgemein angewendeten Verfahren. 2. Praktische individuelle und allgemeine Mittel zur Verhinderung der Ausbreitung der Dysenterie (Referent: Larra y Cerezo). 3. Errichtung von Gesundheitswachen an den Landgrenzen (Referenten: Andrés und Pagliani-Turin. 4. Nützlichkeit intertuberkulöser Dispensatorien als Mittel der Vermehrung der Widerstandsfähigkeit der unteren Klassen (Referenten: Perô u. Sclavo-Siena). 5. Die Hygiene und die Abflüsse (Referenten: Novo u. Bentivegna-Rom).

XVI. Abtheilung für gerichtliche Medizin und Toxikologie. 1. Rechtliche Bedeutung von Wunden nach Ursache, Lage und Charakter (Referent: Perrando-Sassari. 2. Gerichtlich-medizinischer Begriff der Deformität (Referent: Mantse). 3. Unterscheidungskraft und frühzeitige Kriminalität (Referenten: Fuentes u. Tamassia-Padua). 4. Fähigkeit und Verantwortlichkeit der Degenerirten (Referenten: Martinez u. Severi-Padua). 5. Ueber Lokalisation der Gifte (Referent: Mariscul).

Vom 1. bis 7. September d. J. findet in Antwerpen ein internationaler Kongress für Irrenfürsorge unter dem Vorsitz des belgischen Herrn Justizministers statt, auf dem folgende Fragen zur Erörterung gelangen: 1. Welche Grundlagen und welchen Werth hat die gegenwärtige häusliche und Anstaltspflege der Irren in wissenschaftlicher, humanitärer und finan-

zieller Beziehung? 2. Welche Geisteskranken gehören in die häusliche Pflege und welche in Anstalten? 3. Auf welchen wissenschaftlichen und ökonomischen Grundzügen ist die Organisation der landwirthschaftlichen Irrenkolonien und die der Anstalten aufzubauen? Welcher sind die Gründe, die zur Errichtung von Irrenkolonien nöthigen und wie führt man eine derartige Errichtung durch? Vorträge können in deutscher Sprache gehalten werden. Für die deutschen Theilnehmer des Kongresses ist geplant, in Düsseldorf einen Treffpunkt zu veranstalten und von dort gemeinsam nach Antwerpen zu fahren.

In Hamburg ist für die Zeit vom 2.—10. Mai 1903 eine allgemeine Ausstellung für hygienische Milchversorgung in Aussicht genommen.

Nach dem jetzt zur Versendung gelangten Programm ist der Zweck der unter Mitwirkung des Deutschen Milchwirthschaftlichen Vereins stattfindenden Ausstellung: die Gewinnung der Milch und die Milchversorgung der Städte, der Armee und der Kriegs- und Handelsmarine, sowie grösserer selbstständiger Anstalten (Krankenhäuser, Irrenanstalten etc.) vom wirthschaftlichen, technischen, wissenschaftlichen und hygienischen Standpunkte aus in ihren verschiedenen Formen und mit allen dabei in Betracht kommenden Hülfsmitteln zur Darstellung zu bringen. Das geplante Gesammtbild soll anregend und belehrend in den Kreisen der Produzenten und Händler, sowie orientirend bei den Konsumenten und ihren Vertretungen wirken und umfassen:

A. Abtheilung für Milchgewinnung. 1. Ausstellung von Milchkühen anerkannter Rassen in beschränkter Anzahl. 2. Stalleinrichtung und Stallgeräthe. 3. Gesundheitspflege und Ernährungshygiene des Milchviehes. 4. Technik des Melkens, Probemelkungen und Leistungsprüfungen. 5. Behandlung der Milch im Stalle und auf der Weide. 6. Melk- und Stallpersonal (Kleidung, gesundheitliche Ueberwachung desselben).

B. Abtheilung für thierärztliche Kontrolle der Milchviehbestände und der Milch. 1. Gesetzgebung. 2. Verfahren bei Seuchenausbrüchen (mit Demonstrationen). 3. Krankheiten des Milchviehes. 4. Spezielle Krankheiten des Euters. 5. Schädliche Futterpflanzen und ungeeignetes Trinkwasser. 6. Ausscheidung von Arzneistoffen durch die Milch. 7. Sanitätsmilchwirthschaften. 8. Stalldesinfektion (Desinfektionsmittel und Apparate).

C. Abtheilung für Milchgeräthe und -Apparate. 1. Zufuhr der Milch zur Stadt auf Land- und Wasserwegen sowie auf der Eisenbahn, und Vertheilung der Milch in der Stadt. 2. Reinigen, Zentrifugiren, Kühlen, Pasteurisiren, Sterilisiren und Konzentriren der Milch. 3. Einrichtung zum Messen und Wägen der Milch. 4. Flaschenreinigungsapparate. 5. Füllmaschinen, Abflussapparate und Verschlüsse.

D. Abtheilung für Behandlung und Vertrieb der Milch, dargestellt in vollständigen Einrichtungen des Klein- und Grossbetriebes.

E. Abtheilung für Milchgesetzgebung und deren Handhabung. 1. Milchgesetzgebung, einschliesslich der Verordnungen, Erlass und dgl., sowie Rechtsprechung. 2. Polizeiliche Ueberwachung des Milchverkehrs (Entnahme, Vorprüfung, Aufbewahrung, Versendung von Proben). 3. Chemische und bakteriologische Untersuchung der Milch. a. Musterlaboratorium im Betrieb. b. Instrumente und Laboratoriumsgeräthe.

F. Wissenschaftliche Abtheilung. 1. Unterrichtsmittel und sonstige wissenschaftliche Demonstrationsobjekte. 2. Wissenschaftliche Instrumente und Laboratoriumsgeräthe. 3. Litteratur sowie statistische und graphische Darstellungen.

G. Abteilung für Milchpräparate. 1. Dauerpräparate und Konserven, insbesondere für Zwecke der Armee und Marine. 2. Säuglingsmilch. 3. Milch für therapeutische Zwecke. 4. Andere aus Milch hergestellte Nahrungsmittel und Präparate.

H. Abtheilung für Vorrichtungen und Apparate zur Behandlung der Milch im Haushalt.

Mit der Ausstellung wird ein Vortragszyklus über fachwissenschaftliche und volkswirthschaftliche Fragen verbunden werden.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei in Minden.

15. Jahrg. 1902.

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,
Herzogl. Bayer. Hofbuchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

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

Nr. 17. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats | 1. Septbr.

Noch einmal „staatlich geprüfte Heilgehülfen".

Von Geh. Med.-Rath Dr. Granier, Kreisarzt in Berlin.

Herr Kreisarzt Dr. Reimann-Neumünster und Herr Dr. Jacobsohn-Berlin haben den Runderlass des Herrn Ministers vom 8. März 1902, betreffs Vorbildung und Prüfung der Heilgehülfen und Massöre, einer Kritik unterzogen, welche einer Gegenkritik bedarf. Ich fühle mich zu dieser berechtigt, weil ich seit Jahren hier die Vorbereitungskurse für die Prüfung geleitet habe, und weil auf meine Anregung hin die Ermittelung der Prüfungsvorschriften in den einzelnen Regierungsbezirken und die Herstellung einer Uebereinstimmung dieser Vorschriften in die Wege geleitet worden ist.

Herr Kreisarzt Dr. Reimann lässt kaum ein gutes Haar an dem Runderlass. Nach seiner Ansicht bezweckt 1. der Runderlass weiter nichts, als dem seit 30 Jahren in raschem Rückgang befindlichen nützlichen Institut der approbirten Heilgehülfen wieder aufzuhelfen; 2. eine besondere Berufsklasse staatlich geprüften Sanitätspersonals hält er für gänzlich unvereinbar mit der Freigabe des Heilberufs. 3. Nur wenn diese Berufsklasse ähnlich wie die Hebammen in ihrem Beruf geschützt werde, könne es erreicht werden, dass sie nicht über die ihr gesteckten Grenzen hinausgehe. 4. Es dürfte nur wenig praktisch veranlagte Menschen geben, die einen Beruf ergreifen, der so viel Opfer an Zeit und Geld für die Ausbildung erfordert und dann weiter nichts bietet als den Ehrentitel eines staatlich geprüften Heilgehülfen. 5. Die Steigerung der Ansprüche an das Wissen und Können der Prüf-

linge werde die Zahl der den Beruf Ergreifenden noch mehr verringern.

Diese fünf Sätze sind m. E. nicht richtig.

Zu 1. Es besteht nicht die Absicht, dem alten Beruf der Heilgehülfen wieder aufzuhelfen, sondern man will ein Pflegepersonal für die Kranken, ein Hülfspersonal für die Aerzte schaffen, auf das man sich verlassen kann in Hinsicht der Moral sowohl, als auch in Hinsicht des Könnens und Wissens. Es besteht die Absicht, das ganze Pflegepersonal, also die eigentlichen Krankenwärter und Krankenpflegerinnen, die sogen. „Schwestern", ebenso die Pfleger, resp. Bademeister in den Kurbadeanstalten, den Sanatorien, den Privatkliniken, den Krankenhäusern, alle diese Pflegepersonen, auch die Desinfektoren, in einen gleichmässig ausgebildeten Berufsstand zusammenzufassen; sie sollen dadurch, dass sie sich der Prüfung unterziehen und das Prüfungszeugniss annehmen, sich der staatlichen Kontrole unterstellen und allerdings auch ein gewisses Anrecht auf staatlichen Schutz erwerben. Es soll also durch diese gänzliche Neugestaltung des Pflegerberufs gerade einer der Uebelstände, welche mit der bestehenden Heilfreiheit verknüpft sind, beseitigt werden; es soll erreicht werden, dass das Pflegepersonal erkennen lernt, dass es nicht die Fähigkeiten besitzt, selbstständig Krankheiten zu heilen, sondern dass es nur im Stande ist, die ausführende Hand des denkenden Kopfes (des Arztes nämlich) zu sein; es sollen all die unangenehmen Vorfälle vermieden werden, die sich früher in Krankenhäusern abspielten, wo in Ermangelung vorgebildeten Pflegepersonals irgend welche in ihrem Leben gescheiterte oder von der niedrigsten Beschäftigung herkommende Menschen zur Krankenpflege herangezogen werden mussten; es soll das Pflegepersonal zur Humanität, zum Mitleid mit den Unglücklichen erzogen werden. Kurz, es besteht ein grosser, des besten Strebens würdiger Plan, und es lohnt sich wohl, die Ausführung nach Kräften zu unterstützen. So hoffe ich, dass auch Herr Kollege Reimann, wenn erst aus der lex ferenda eine lex lata geworden ist, seine Kräfte dem guten Werk widmen wird.

Zu 2. Herr Kollege Reimann findet, die besondere Berufsklasse der staatlich geprüften Pfleger könne bei der bestehenden Freigabe des Heilberufs nicht bestehen. Er meint, schon der seit Alters bekannte Beruf des Arztes werde jetzt mit dem des Pfuschers verwechselt, auf eine Stufe gestellt, das Vorhandensein eines neu zu schaffenden Berufs von staatlichen Pflegern werde überhaupt nicht in das Bewusstsein des Publikums eindringen. Dies ist nun schon bezüglich des Arztes nicht richtig. Das Publikum wendet sich nach wie vor zunächst an den Arzt und nur, wenn es bei ihm keine Hülfe findet, geht es zum Pfuscher, zum Naturheilkundigen. Dies ist aber immer so gewesen, auch als keine Kurierfreiheit bestand; auch damals haben Kurpfuscher grosse Geschäfte gemacht und sind, wenn sie mal angefasst wurden, als Märtyrer angesehen worden. Es ist m. E. überhaupt nicht mehr richtig, das muss einmal gesagt werden, einen Berufsstand

mit einem schützenden Zaun zu umgeben, nein, er muss hinaus auf den allgemeinen Kampfplatz, er muss den Feind auf seinem eigensten Gebiet aufsuchen und ihn dort schlagen. Dies ist ja endlich von Seiten der Aerzte begonnen worden; sie sind den Naturheilpfuschern auf ihr Gebiet gefolgt, sie haben jetzt die Naturheilkunde als ihr Gebiet in Anspruch genommen, sie kultiviren es jetzt, es ist „hoffähig“, d. h. „universitätsfähig“ geworden, und so kann es nicht fehlen, dass die wirklich Naturheilkundigen, d. h. die wissenschaftlich gebildeten Aerzte, die Naturheilpfuscher aus dem Felde schlagen werden. Dies ist die erfolgreichste Bekämpfung der Kurpfuscherei. Unter uns gesagt, muss man zugestehen, dass die Freigabe des Kurirens den grossen Vortheil gebracht hat, dass die wissenschaftliche Medizin aus ihrem vornehmen ‚laisser aller‘ aufgeschreckt worden, dass sie gezwungen worden ist, sich ihres Haupzweckes, des Heilens von Krankheiten, wieder mehr zu erinnern, und so kann man sagen, dass auch der Pfuscher ein Theil von jener Kraft ist, die stets das Böse will und stets das Gute schafft. — Und wie mit dem Arztberuf wird es auch mit dem Pflegeberuf werden. Auch die staatlich geprüften Pfleger werden gegen die nicht vorgebildeten Pfleger aufkommen, das Publikum wird in nicht langer Zeit lernen, zu unterscheiden, und namentlich dann wird es das lernen, wenn die Aerzte es lernen, wenn sie von der Existenz der staatlich geprüften Pfleger wissen, und wenn sie streng darauf halten, nur solche zur Pflege zuzulassen. Allerdings müssen die Aerzte es sich abgewöhnen, die staatlich Geprüften für privilegirte Konkurrenten, für approbirte Kurpfuscher, und was man sonst hört, zu erklären; sie müssen sie als zwar untergeordnete, aber nothwendige Hülfskräfte anerkennen. Und dass sie nothwendig sind, dass es nothwendig ist, bei jeder schwereren Erkrankung in der Familie eine geschulte Pflegekraft heranzuziehen, und die sogenannten aufopfernden Mütter und Tanten möglichst auszuschalten, das wird wohl jeder erfahrene Arzt anerkennen.

Zu dem 3. Satz des Herrn Kollegen Reimann bemerke ich, dass, wie ja oben schon gesagt, im Allgemeinen ein Beruf überhaupt nicht geschützt werden soll, und dass auch der Schutz der Hebammen es nicht verhindert, dass die meisten von ihnen keine Schätze sammeln, sondern nur so hinvegitiren, und dass sie sehr häufig gezwungen sind, neben ihrem Hauptberuf anderes Verdienst zu suchen, andere Arbeiten zu leisten, oder dass sie nur eine Zubusse zur Bestreitung der Haushaltskosten verdienen, während die Hauptsache der Mann herbeischaffen muss. Auch hindert bekanntlich der Schutz der Hebamme durchaus nicht das Bestehen von Hebammen-Pfuscherinnen, wie die Erfahrung namentlich in den Ostprovinzen lehrt.

Zu 4. Herr Kollege Reimann spricht sodann die Ansicht aus, es dürfte wohl wenige praktisch veranlagte Menschen geben, welche für das Vergnügen, sich „staatlich geprüfter Heilgehülfe“ nennen zu dürfen, sich zu bedeutenden Opfern an Zeit und Geld, zu längerer Ausbildungsarbeit entschlössen und sich dann noch

selbst der Möglichkeit begäben, nach eigenem Ermessen zu heilen, was sich heilen lassen will. Hiergegen braucht nur gesagt zu werden, dass schon seit Jahren meine Vorbereitungskurse reichlich besucht waren, und dass sich hier in Berlin seit Jahren eine grosse Anzahl von Personen der staatlichen Prüfung unterzogen haben, dass die Leute seit Jahren nicht nur aus Berlin, sondern aus den entferntesten Provinzen hierhergekommen sind, um sich von mir vorbereiten zu lassen. Das muss doch einen Grund haben; denn so dumm sind die Leute nicht, dass sie sich nicht vorher erkundigten, ob dabei etwas zu holen ist. Allerdings sind die meisten dieser Leute bisher nicht gewillt gewesen, die eigentliche Heilgehülfenthätigkeit, was man früher hierunter verstand, auszuüben, d. h. also zur Ader zu lassen, zu schröpfen, Zähne zu ziehen u. s. w., sondern sie wollten massiren lernen und die Badepflege ausüben, also Einpackungen machen u. s. w. Nur — oder hauptsächlich — die Barbiere wollten altem Brauch gemäss, die ganze Heilgehülfenthätigkeit ausüben. Es kamen aber auch Krankenwärter und Krankenwärterinnen, die zuvor schon in Krankenhäusern beschäftigt gewesen waren, und die nun eine staatliche Bescheinigung ihrer Kenntnisse zu erlangen wünschten. Alle diese Personen waren der Ansicht, sie würden einen praktischen, materiellen Vortheil von ihrem Prüfungszeugniss haben, der Titel war ihnen gleichgültig. Und sie hatten in der That praktischen Erfolg; denn sie wurden anderen Leuten mit privaten Zeugnissen bei Anstellungen vorgezogen, sie wurden mit Vorliebe oder auch ausschliesslich von Arbeiter-Kassen beschäftigt, ebenso von Unfallstationen, von Rettungswachen, in Badeorten. So hat schon vor Jahren der Bürgermeister von Reinerz auf dem Schlesischen Bädertage die Forderung aufgestellt, es sollen nur staatlich geprüfte Heilgehülfen bezw. Massöre in den Kurbadeorten zugelassen werden. Ich kenne eine ganze Anzahl tüchtiger Leute, die sich eine einträgliche, einzelne, die sich eine sehr einträgliche Beschäftigung erworben haben, obgleich sie nicht pfuschen, sondern nur auf ärztliche Verordnung ihre Thätigkeit ausüben. Man muss nur nicht glauben, dass nur die grossen Krankenhäuser solche geschulte Leute berufen, sie werden in vielfachen anderen Stellungen gebraucht; so werden z. B. in Fabriken nicht selten Leute dazu veranlasst, sich die Heilgehülfen-Kenntnisse und das staatliche Zeugniss hierüber zu erwerben, damit zu jeder Zeit ein Mensch vorhanden ist, der die erste Hülfe leisten kann. Ich halte solche Einrichtung für sehr segensreich. Ebenso wollen nicht selten herrschaftliche Diener das Zeugniss erwerben, damit sie bei künftigen Engagements darlegen können, dass sie das Massiren verstehen. Es giebt eben in jetziger Zeit viele reiche Leute, die sich das leisten können, dass sie sich täglich von ihrem Diener massiren lassen, und ich hoffe, dass Herr Kollege Reimann diese massirenden Diener nicht zu den Kurpfuschern rechnen wird! Endlich muss noch gesagt werden, dass auch eine sehr grosse Menge von gescheidten jungen Leuten Medizin studiren, mehr als genug bekanntlich, welche $5^1/_2$ Jahre ihres Lebens und sehr viel Geld

darauf verwenden, um sich den Titel „Arzt“ zu erwerben, diesen Titel und nichts weiter. Also ist auch nicht zu fürchten, dass keine Aspiranten für den Titel „staatlich geprüfter Heilgehülfe und Massör“ sich finden werden, namentlich, wenn bekannt wird, dass die Geprüften zugleich in der gesammten Krankenpflege, der Bedienung bei Operationen, der Badepflege, der Massage ausgebildet sind, und dass sie dann Gelegenheit haben, auf verschiedensten Spezialgebieten sich einen Erwerb zu suchen. Ja, es ist sicher zu erwarten, dass in nicht langer Zeit sich sämmtliche Pflegepersonen, auch die eigentlichen Pflegeschwestern und Krankenwärter, das Zeugniss erwerben werden.

Man kann also getrost, und das erwidere ich auf Satz 5 des Herrn Kollegen, die Anforderungen im Sinne des Runderlasses stellen, man wird keinen Mangel an Schülern haben, und man wird deshalb auch ruhig die Anforderungen an die Moral und die Intelligenz der Schüler steigern können, wie Herr Kollege Reimann sie wünscht. Ich bin in der That der Ansicht, dass man dieselbe Schulbildung, dasselbe Alter (höchstens 30 Jahr) von den Schülern fordern kann, wie es von den Hebammenlehrtöchtern gefordert wird.

Nun meint Herr Kollege Reimann, der Unterricht müsse mindestens 3 Monate und zwar in einem Krankenhause dauern, 6 Wochen, wie der Runderlass fordere, seien zu wenig. Und Herr Kollege Dr. Jacobsohn, der sich im Uebrigen mit dem Runderlasse einverstanden erklärt und viele Einwendungen des Herrn Reimann schon widerlegt hat, ist zwar, wie es scheint, mit der sechswöchentlichen Ausbildung in einem Krankenhause zufrieden, verwirft aber die „mancherorts übliche, rein theoretische Ausbildung in einem mehrwöchentlichen Kursus“.

Ich bemerke hierzu das Folgende: Der Runderlass verlangt zunächst nicht mindestens 6 Wochen, sondern mindestens 12, 6 Wochen für die Ausbildung als Heilgehülfe und 6 Wochen für die Ausbildung in der Massage, und zwar verlangt der Erlass den Krankenhausaufenthalt nur für die Ausbildung in Krankenpflege, Operationsbedienung und Badepflege, nicht aber für die Ausbildung in der Massage. An Stelle des Krankenhauskurses für Krankenpflege, Badepflege und Operationsbedienung lässt der Runderlass auch einen mit Genehmigung des Regierungspräsidenten (in Berlin des Polizeipräsidenten) veranstalteten, ebenfalls sechswöchentlichen Kursus ausserhalb eines Krankenhauses zu.

Nun fragt es sich, ob 6 Wochen ausreichen, um den Schüler in Krankenpflege, Operationsbedienung und Badepflege zu unterrichten, zunächst im Krankenhause. Hierzu bemerke ich, dass in den Kursen, welche ich bisher geleitet habe, und welche 3 Monate dauerten, die Hälfte, also 6 Wochen, auf Unterweisung in Kenntniss von Körperbau und Lebensbethätigung sowie auf die Operationsbedienung und sonstige Heilgehülfenthätigkeit, wie Aderlass, Schröpfen u. s. w. verwendet wurden, und dass neuerdings auch die Badepflege in diesen 6 Wochen durchgenommen wurde. Die Krankenpflege wurde bisher nicht gelehrt. Die zweite Hälfte des

Kursus, also auch 6 Wochen, wurde auf die Massage und erste Hülfe mit Wiederbelebung verwendet. Der Kursus wurde wöchentlich zwei Mal, jedes Mal $2^1/_2$ Stunde lang, abgehalten, und die Schüler mussten in den Zwischentagen die Vorträge im Lehrbuch nachstudiren, auch unter sich die vorgemachten Hauptgriffe nachüben, häufig unter Nachhülfe meines assistirenden Heilgehülfen. Im Kursus wurden sie dann schulmässig abgefragt. Ich habe aus den Prüfungsergebnissen ersehen, dass die Leute in den 6 Wochen den Stoff bewältigten, natürlich, wenn sie sich Mühe gaben, nacharbeiteten und nicht ganz auf den Kopf gefallen waren. — Selbstverständlich gab es auch solche Schüler. — Hieraus schliesse ich, dass ein Aufenthalt von 6 Wochen im Krankenhause, wenn den Schülern noch etwas häufiger, vielleicht drei Mal wöchentlich, Vortrag gehalten wird, und wenn ihnen Zeit gelassen wird, nachzuarbeiten, wenn sie nicht als Hülfskräfte für die niedrigen Arbeiten gemissbraucht, sondern als Krankenpflegeschüler behandelt werden, dass ein solcher Aufenthalt durchaus genügen wird, brauchbare Pfleger heranzubilden. Selbstverständlich darf der Unterricht sich nicht auf Diagnose von Krankheiten und auf Indikationsstellung für Anwendung der gelernten Fertigkeiten beziehen. In dieser Hinsicht wird, so viel ich gesehen habe, in Krankenpflegebüchern viel gesündigt, und es wird so viel Lernstoff angehäuft, dass die Leute sich nicht zurechtfinden. Ich habe diese Fehler in der neuen Auflage meines Lehrbuches für Heilgehülfen und Massöre, die nächstens erscheinen wird, möglichst vermieden. Herr Kollege Reimann wird zwar finden, auf diese Weise würden nur Banausen herangebildet. Ja, das soll auch geschehen, die Leute sollen nur das Handwerksmässige lernen, sie sollen sich ihrer Ohnmacht, selbstständig mit ihrem Können und Wissen etwas anzufangen, bewusst werden. Hierin liegt der Unterschied zwischen der Ausbildung der Hebammen und der Ausbildung von Heilgehülfen. Die Hebammen müssen lernen, selbstständig zu urtheilen und zu handeln, sie müssen die Diagnose stellen, sie müssen erkennen, wann ärztliche Hülfe nöthig ist, sie müssen im Nothfall auf eigene Verantwortung die Wendung machen u. s. w., das ist also eine ganz andere Sache, und deshalb müssen sie auch eine viel eingehendere und länger dauernde Ausbildung bekommen, als die Heilgehülfen und Pfleger.

Was nun den Massörenunterricht in 6 Wochen anbetrifft, so ist dieser entschieden ausreichend. Meinen Schülern wurden zunächst die in Betracht kommenden Muskeln beigebracht nach Namen, Lage, Ansatzpunkten und Nachbarschaft, der Zweck der Massage und ihre Gefahren wurden mit kurzen Worten, mit Weglassung der Theorie, auseinandergesetzt, sodann entweder von mir (den Schülerinnen), oder von meiner Hülfskraft (den Schülern) jede Massirbewegung vorgemacht und von ihnen nachgemacht. Sie lernten auf diese Weise, wenn sie die vorgeschriebenen häuslichen Uebungen machten, das Massiren vollständig, selbstverständlich am gesunden lebenden Modell. Sie an Kranken diese Uebungen machen zu lassen, wie Herr Dr. Jacobsohn wünscht, das erscheint mir doch höchst bedenklich!

Ich komme nun, nachdem ich gezeigt zu haben glaube, dass die vom Runderlass vorgesehene Ausbildungszeit von 6 + 6 = 12 Wochen ausreicht, noch auf die Wünsche des Herrn Dr. Jacobsohn. Er kann sich mit dem Kursus, wie er bisher von mir geleitet worden, nicht befreunden, verlangt nur Ausbildung im Krankenhause. Dem entgegne ich, dass bisher, da die innere Krankenpflege nicht verlangt wurde, mein Kursus völlig ausreichte. Selbstverständlich gingen aus ihm keine erfahrenen Heilgehülfen hervor, sondern Anfänger, eben solche Anfänger, wie die jungen Aerzte im Augenblick der Vollendung des Staatsexamens. Die jungen Heilgehülfen waren ja aber doch nicht auf sich angewiesen, sie sollten doch nur unter Aufsicht des Arztes ihre Kunst ausüben, sie sollten vom Arzt, der sie beschäftigte, ihre Spezialbildung erhalten. Jetzt, nachdem die Krankenpflege hinzugekommen ist, wird der Kursus eine Aenderung erfahren; es werden wahrscheinlich nur solche Leute für den eigentlichen Heilgehülfenkursus angenommen werden, die schon in Krankenhäusern, Sanatorien, Kurbadeanstalten etc. beschäftigt gewesen sind, d. h. nach bisherigen Begriffen schon Krankenwärter waren. Solche Schüler hatte ich stets neben den anderen. Wie diese neueren Bedingungen für die Zulassung zum Kursus lauten werden, ist noch nicht bekannt.

Ob die vorgesehene Ausbildung im Krankenhause möglich sein wird, jetzt, da schon sämmtliche junge Aerzte dort das praktische Jahr durchmachen müssen, ob die Leiter der Krankenhäuser für diese verschiedenen Ausbildungen ausreichend Zeit haben werden, das ist noch nicht zu übersehen. Jedenfalls glaube ich gezeigt zu haben, dass die Neugestaltung des Krankenwartberufs, wie sie der Runderlass in die Wege leitet, durchführbar ist, und dass es zu hoffen ist, sie werde für die Kranken, die Aerzte und die Pflegepersonen selbst von Segen sein.

Die Gebührenverzeichnisse der Kreisärzte.

Von Medizinalrath Dr. Räuber, Hülfsarbeiter bei der Königlichen Regierung in Düsseldorf.

Zufolge des §. 119 der Dienstanweisung für die Kreisärzte sind die vierteljährlich von den Kreisärzten und den Gerichtsärzten dem Regierungspräsidenten einzureichenden Gebührenverzeichnisse von diesem nach Beseitigung etwaiger Anstände in Bezug auf ihre Richtigkeit zu beglaubigen. Hierbei mussten sich Schwierigkeiten bemerkbar machen, da nicht, wie man zunächst anzunehmen geneigt ist, alle von den Kreisärzten eingenommenen Gebühren in die Verzeichnisse Aufnahme finden dürfen, sondern nur diejenigen, die im Sinne des Gesetzes als solche aufgefasst werden. Von vornherein wurden die Vergütungen für gerichtsärztliche Verrichtungen nach §. 24 und §. 119 der Dienstanweisung ausgeschlossen, mit Ausnahme der Obduktionsgebühren und nach dem Min.-Erlass vom 26. November 1901 auch der Gebühren für Obduktionsberichte. Was von den übrigen Gebühren

in die Verzeichnisse Aufnahme finden sollte, ist weder im Gesetz, noch in der Dienstanweisung ausgesprochen. Dagegen ist der Begriff der Gebühren in der seitens des Herrn Ministers dem Abgeordnetenhause am 10. Februar 1902 vorgelegten Denkschrift über die Ausführung des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen vom 16. September 1899 erläutert und festgelegt. Es heisst darin: „Es wurde Einverständniss hinsichtlich des Begriffes „Gebühren" dahin erzielt, dass nur diejenigen Beträge als amtsärztliche im Sinne des Gesetzes zu betrachten sind, welche mit dem kreisärztlichen Amte als solchem verbunden sind, oder mit anderen Worten, Vergütungen nur für solche Amtsverrichtungen, welche zur ausschliesslichen und alleinigen Zuständigkeit des Kreisarztes gehören und zu deren Vornahme er Kraft seines Amtes berechtigt und verpflichtet ist."

Weitere Erläuterungen brachten der Min.-Erlass vom 16. September 1901 M. N. 3173, betr. Gutachten für das Reichs-Versicherungsamt und die Schiedsgerichte, der Min.-Erlass vom 30. Juli 1901 M. N. 2849, betr. Obduktionsgebühren der vollbesoldeten Kreisärzte, der Min.-Erlass vom 14. März 1902 M. N. 332, betr. die gebührenpflichtigen Verrichtungen auf Dienstreisen, und der Min.-Erl. vom 19. März 1902 M. N. 569, betreffend Leichenbesichtigungen.

Eine grosse Reihe von Gebühren bietet keinen Zweifel über ihre Zugehörigkeit zu den Gebührenverzeichnissen, bei vielen anderen aber konnte man zweifelhaft sein, und konnte ich wiederholt die Erfahrung machen, dass sowohl die nicht vollbesoldeten als auch die vollbesoldeten Kreisärzte nicht wussten, für welche Atteste oder Gutachten sie allein zuständig waren, so dass die verschiedensten Gebühren, die zu den privatärztlichen oder vertrauensärztlichen gehören, in die Verzeichnisse gelangten. Vielfach werden ja amtsärztliche Atteste verlangt, theils weil dem Attest eines beamteten Arztes der Vorzug gegeben wird, theils um einem etwaigen Gesuch mehr Nachdruck zu verleihen. Der amtliche Charakter aber, der dem Attest verliehen wird, macht dasselbe dadurch noch nicht zu einem solchen, das in die Verzeichnisse gehört.

Es trat deshalb das Bedürfniss hervor, möglichst genau festzustellen, in welchen Fällen Atteste und Gutachten von beamteten Aerzten vorgeschrieben sind; denn nur solche konnten sowohl von den nicht vollbesoldeten, als auch von den vollbesoldeten Kreisärzten nach dem oben genannten Grundsatz Aufnahme in die Verzeichnisse finden.

Nach genauen Erhebungen und auf Grund amtlicher Anfragen bei den verschiedenen Behörden, der Ober-Postdirektion, dem Provinzial-Steuerdirektor, dem Präsidenten der Generalkommission, dem Landgerichtspräsidenten und dem Landeshauptmann, ist die nachstehende Zusammenstellung angefertigt worden. Ausserdem hat sie einer vom Medizinalbeamten-Verein des Regierungs-Bezirks Düsseldorf gewählten Kommission vorgelegen und ist von dieser

in der vorliegenden Fassung angenommen worden. Die auf der rechten Seite aufgeführten Verrichtungen sind vielfach solche, die in die eingereichten Verzeichnisse fälsclich hineingelangt waren.

Bei dem so gewonnenen Ergebniss treten eine Anzahl Widersprüche hervor, auf welche hier aufmerksam gemacht werden dürfte. So bleibt es unklar, warum für die Aufnahme von Lehrerinnen in die Turnlehrerbildungsanstalt zu Berlin das Attest eines zur Führung eines Dienstsiegels berechtigten Arztes verlangt wird, während bei der Aufnahme von Lehrern in dieselbe Anstalt nur ein ärztliches Attest vorgeschrieben ist. Bei Urlaubsgesuchen von Lehrern genügt das Attest eines praktischen Arztes, bei längerem Urlaub verlangt die Schulbehörde zwar häufig das Attest des beamteten Arztes, dieses darf aber in das Gebührenverzeichniss keine Aufnahme finden, da ja der letztere nicht ausschliesslich zuständig ist. Ebenso wird die Beibringung des Attestes eines Medizinalbeamten von der Justizbehörde mitunter angeordnet bei Gesuchen um Urlaub für längere Dauer oder bei Krankheiten, deren Natur zweifelhaft ist. Abgesehen von diesen seltenen Fällen genügt im Allgemeinen das Attest eines praktischen Arztes. Dasselbe gilt bei Anträgen von Provinzialbeamten auf längere Beurlaubungen.[1]) Für Privatirrenanstalten wird ein Kreisarztattest verlangt, für öffentliche Anstalten nur ein ärztliches Attest.[2])

Die im Auftrage des Rheinischen Landarmenverbandes ausgeführten Revisionen der Armen-Krankenhäuser u. s. w. und die damit verbundenen Gebühren mussten ebenfalls von der Aufnahme ausgeschlossen werden, da diese Thätigkeit auf einem Vertragsverhältniss beruht und der Landeshauptmann für die Beaufsichtigung seiner Anstalten auch nicht beamtete Aerzte heranzieht.[3])

In der Post- und Telegraphen-Verwaltung ist das Zeugniss eines Staatsmedizinalbeamten o d e r eines Postvertrauensarztes vorgeschrieben bei den in der Zusammenstellung aufgeführten Fällen. Ausserdem kann bei unbegründeter Fernhaltung vom Dienst ein Befundzeugniss eines Staatsmedizinalbeamten eingeholt werden. Abgesehen von den letztgenannten Befundzeugnissen, die unentgeltlich verabfolgt werden müssen, ist bei der Ausstellung von Zeugnissen für den Post- und Telegraphendienst es den Behörden somit überlassen, ob sie ein kreisärztliches Attest oder das eines Postvertrauensarztes einfordern wollen und haben sie es jeder Zeit in der Hand in Orten, in denen sich kein Postvertrauensarzt befindet, einen solchen anzustellen. Aus diesen Gründen konnten auch die Atteste dieser Kategorie in die Verzeichnisse nicht auf-

---

[1]) Sobald ein Kreisarztattest von der zuständigen Behörde verlangt wird, was sehr häufig geschieht, ist die Gebühr dafür in das Gebührenverzeichniss aufzunehmen und ein entsprechender Vermerk beizufügen. Red.

[2]) In verschiedenen Provinzen ist die Beibringung eines kreisärztlichen Zeugnisses vorgeschrieben; demgemäss ist auch hier die Gebühr dafür in das Verzeichniss aufzunehmen. Red.

[3]) Die für diese Thätigkeit erhobenen Gebühren sind zweifellos pensionsberechtigt, da der Vertrag auf einem vom Minister genehmigten Reglement beruht, in dem ausdrücklich die Revision durch den zuständigen Kreisarzt vorgeschrieben ist. Red.

genommen werden. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Polizeiverwaltungen. Diese verlangen beim Eintritt in die Verwaltung das Attest eines oberen Militärarztes oder eines Medizinalbeamten oder haben ihre aus der Reihe der praktischen Aerzte gewählten Vertrauensärzte, so z. B. in Berlin bei der Königlichen Polizei.[1])

Die Verrichtungen ausserhalb des eigenen Kreises, z. B. Obduktionen, sind hinsichtlich der Gebühren ebenso zu behandeln, wie die innerhalb des eigenen Kreises vorgenommenen, so dass sie von den vollbesoldeten Kreisärzten abzuführen, von den nicht vollbesoldeten in die Verzeichnisse aufzunehmen sind.

Die nachstehende Zusammenstellung, die für den Regierungs-Bezirk Düsseldorf aufgestellt ist, dürfte zum grössten Theil auch für andere Regierungsbezirke zutreffen, falls aber Abweichungen bestehen, so würde es von grossem Nutzen sein, wenn diese von den Herren Kollegen zum Ausdruck gebracht würden, damit eine allgemeine für die ganze Monarchie einheitliche Norm geschaffen werden könnte.[2]) Sollten diese Zeilen dazu beigetragen haben in der in Rede stehenden schwierigen Frage eine Klärung zu schaffen oder den Anstoss zu weiterer Klärung oder anderweitigen Regelung zu geben, so würde ihr Zweck erfüllt sein.

Zusammenstellung
der gemäss §. 119 und §. 120 der Dienstanweisung für die Kreisärzte in die Gebühren-Verzeichnisse aufzunehmenden amtsärztlichen Gebühren.

Unter den Begriff „Gebühren, die in die Verzeichnisse aufzunehmen sind", fallen nur die Vergütungen, die zur ausschliesslichen und alleinigen Zuständigkeit des Kreisarztes gehören und zu deren Vornahme er Kraft seines Amtes berechtigt und verpflichtet ist.

I. Schulfach.

Aufzunehmen.	Nicht aufzunehmen.
Gebühren für Zeugnisse oder Gutachten betr.	Gebühren für Zeugnisse oder Gutachten betr.
1. Aufnahme in ein Lehrer- oder Lehrerinnen-Seminar (Min.-Erl. 15. X. 1872, B. 2313 und 11. III. 1882, U. III. 4987);	Uebertritt eines Lehrers von einer Königlichen in eine Kommunal-Anstalt;
2. Aufnahme in eine staatliche Präparandenanstalt (Min.-Erl. 28. XI. 1878, U. III. 3576);	Anstellung als städtischer Gymnasiallehrer;
3. Prüfung als Volksschullehrer, Mittelschullehrer, Rektor (Min.-Erl. 15. X. 1872, B. 2315);	Eintritt in eine Lehrerwittwenkasse;
4. Prüfung als Lehrerin oder Schulvorsteherin (Min.-Erl. 24. IV. 1874);	Aufnahme in ein städtisches Seminar;

[1]) Auch die Gebühren für diese Zeugnisse sind in das Gebührenverzeichniss aufzunehmen, da in allen Fällen, wo kein Vertrauensarzt von der Post oder von den Polizeiverwaltungen u. s. w. angestellt ist, ein kreisärztliches Zeugniss und nicht ein Zeugniss irgend eines beliebigen Arztes verlangt wird.

[2]) Diesem Wunsche kann man sich nur anschliessen; denn die bei dem Unterzeichneten sehr häufig eingehenden Anfragen beweisen, dass über die in Rede stehende Frage noch sehr grosse Meinungsverschiedenheiten herrschen, die am besten durch eine alle einschlägigen Punkte regelnde ministerielle Anweisung beseitigt werden. Red.

Aufzunehmen.	Nicht aufzunehmen.
5. Prüfung als Lehrerin der französischen u. englischen Sprache (Min.-Erl. 5. VIII. 1887, U. III a 16246);	
6. Prüfung als Lehrer und Vorsteher an Taubstummen-Anstalten (Pr.-Ordn. 27. VI. 1878, U. III. 7497);	
7. Prüfung als Handarbeitslehrerin (Min.-Erl. 22. X. 1885);	Prüfung als Turnlehrer oder Turnlehrer oder Turnlehrerin (Min.-Erl. 15. V. 1894, U. III. B. 1577 I u. II) oder Kinderschullehrerin;[1])
8. Prüfung als Lehrerin der Hauswirthschaftskunde (Prüfungs-Ordn., A.-Bl. 1902, S. 108);	Aufnahme in die Turnlehrerbildungsanstalt für Lehrer (Min.-Erl. 15. V. 1894, U. III. B. 1477 III);[1])
9. Aufnahme in die Turnlehrerbildungsanstalt in Berlin für Lehrerinnen (Min.-Erl. 3. III. 1899, U. III. B. 1236);	Urlaubsgesuche;[2])
10. Unterstützungsgesuche für Brunnen- und Badekuren (Min.-Erl. 23. V. 1867, U. 12953);	Gesuche um Unterstützung aus dem bergischen Schulfond;
11. Versetzung in den Ruhestand (Min.-Erl. 26. IX. 1887, U. III. B. 7854);	Schulbefreiung;
	Befundatteste bei Züchtigung bezw. Misshandlung schulpflichtiger Kinder durch den Lehrer (sind gerichtsärztliche Zeugnisse).
2. Militär-Angelegenheiten.	
12. Die gemäss §. 65,6 W.-O. für Epileptiker auszustellenden Zeugnisse (für Ersatzkommission beim Musterungsgeschäft);	Zeugnisse, welche beim Musterungs- oder Aushebungsgeschäft oder bei Einberufung zu Uebungen oder bei Kontroll-Versammlungen seitens kranker Militärpflichtiger in Behinderungsfällen beigebracht werden müssen;
13. Reklamationszeugnisse (§. 33,5 und §. 83,1 W.-O.) behufs Feststellung der Erwerbs- oder Aufsichtsunfähigkeit von Angehörigen noch nicht oder bereits eingestellter Militärpflichtiger (Min.-E. 26. XI. 1901);	desgl. bei auf Urlaub erkrankten Soldaten;
14. Badezeugnisse über Mannschaften der Landgendarmerie (§. 71,15 D.-A. 1. II. 1894);	Atteste behufs Aufnahme in das Militär-Knaben-Erziehungs-Institut zu Annaberg und Militär-Waisenhaus zu Potsdam mit dem Militär-Waisenhaus zu Pretzsch (§. 85,3 D.-A. zur Beurtheilung der Mil.-Dienstfähigkeit, v. 1. II. 1894);
15. Zeugnisse behufs Feststellung der Dienstunfähigkeit von Gendarmen (§. 73 B. 1 D.-A. 1. II. 1894) bezw. zu Pensionsanträgen von Oberwachtmeistern und Gendarmen (Min.-Erl. 27. IV. 1883 und Min.-Erl. 7. XII. 1893);	
16. Bescheinigungen über die körperliche Brauckbarkeit der als Gendarmen anzustellenden Unteroffiziere (interimistische Gendarmen);	Atteste behufs Beihülfen aus den Mitteln des Reichsinvalidenfonds;
17. Zeugnisse über Militärtauglichkeit zwecks Naturalisation.	Zeugnisse über die Militärtauglichkeit sind sonst nicht auszustellen (Min.-Erl. 4. XI. 1878, M. 4547, Min.-Erl. 26. III. 1894, M. 7342).
3. Königlicher Steuerdienst.	
18. Atteste über die körperliche Befähigung der Anwärter für den Grenz-Aufsichtsdienst (Fin.-Min.-Erl. 4. X. 1871 N. III. 14453);	
19. Atteste bei Pensionirung von	

[1]) Diese Zeugnisse sind, wenn sie vom beamteten Arzt ausgestellt werden, ebenfalls pensionsberechtigt. Red.

[2]) Siehe vorher Anmerkung 1 auf S. 609.

Beamten (Handb. O. Schütze, 8. Aufl., S. 759 u. Min.-Erl. 28. I. 1895).

4. Königliche Katasterverwaltung.

20. Atteste zur Berufsprüfung der Katasterbeamten (der Kat.-Landmesser zu Kat.-Kontrolleuren), Fin.-Min.-Erl. 17. XII. 1892 II. 16 024 2 b.

Eintritt in den Katasterdienst; Prüfung als Katasterzeichner-Gehülfe. (Pr.-Vorschriften vom 20. III. 1888).

5. Königliche Generalkommission.

21. Atteste behufs Versetzung in den Ruhestand.

6. Königliche Gerichte.

22. Atteste behufs Versetzung in den Ruhestand (§. 20 Abs. 2 des Pensionsgesetzes v. 27. III. 1872.)

Bei Eintritt in den Justizdienst, Gefängnissdienst, bei Anstellung als Heizer, Gerichtsschreiber, bei Beurlaubungen.[1])

7. Provinzial-Verwaltung.

23. Atteste behufs Versetzung in den Ruhestand;

24. Atteste zur Anstellung i. Strassenaufsichtsdienst;

25. Atteste zur Aufnahme von Hebammenschülerinnen in eine Hebammenlehranstalt (§. 2 der Aufnahmebedingungen);

26. Atteste behufs Aufnahme in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten (Anweisung v. 21. III. 1901).

Atteste behufs Aufnahme in öffentliche (Provinzial-) Anstalten für Geisteskranke, Epileptische, Taubstumme und Blinde;[2])

Gebühren für Berichterstattung bei Revisionen der Armen-, Krankenhäuser u. s. w., die im Auftrage des Rheinischen Landarmenverbandes ausgeführt werden.[3])

8. Post- und Telegraphendienst.[4])

Bei Aufnahme als Beamter und Unterbeamter;

bei Anträgen auf Gewährung von Kururlaub;

falls ein Rekonvaleszent ausserhalb seines Wohnortes Aufenthalt nehmen will;

bei Uebertritt von Beamten in den Ruhestand.

9. In anderen Angelegenheiten.

27. Für alle medizinal- und sanitätspolizeilichen Verrichtungen, so Befähigungszeugnisse für Apothekerlehrlinge, Apothekenschwestern, für Befähigung zum Gifthandel, Heildiener und Masseur, Trichinenschauer, Desinfektor, Leichenschauer Bescheinigungen zum Leichentransport, Begutachtung von Grundstücken zu Erbbegräbnissen oder Begräbnissplätzen, für Revision der Drogenhandlungen, Nachprüfungen

beim Kommunaldienst (ausschl. Schuldienst), so zur Anstellung als Polizeibeamter (auch bei staatlicher Polizei), als Vollziehungsbeamter, als Gemeindesekretär, Bureaugehülfe, Flurhüter, Bürgermeister, auch bei Pensionirungen;[4])

beim Landrathsamt zur Anstellung als Kreisbote, Kreissekretär etc.;

bei der Königl. Regierung zur; Anstellung als Bureaubeamter etc.,

bei Anstellung bei der Reichsbank

[1]) Siehe vorher Anmerkung 1 auf S. 609 und 1 auf S. 610.
[2]) Siehe vorher Anmerkung 2 auf S. 609.
[3]) Siehe vorher Anmerkung 3 auf S. 609.
[4]) Siehe vorher Anmerkung 1 auf S. 610.

Aufzunehmen.

der Fleischbeschauer, die Obduktionsgebühren und die Gebühren für Obduktionsberichte (Min.-Erl. 30. VII. 1901. M. 2849, 26. XI. 1901. M. 4341, Min.-Erl. 14. III. 1902. M. 332).

Nicht aufzunehmen.

Kunstakademie, Reichspatentamt, im Werftdienst;

in Sachen der Kranken-, Unfall-, Alters- und Invaliditätsversicherung, Untersuchungen im Auftrage vom Reichsversicherungsamt, von der Landesversicherungsanstalt, von Schiedsgerichten (Min.-Erl. 16. IX. 1901. MN. 3178), Berufsgenossenschaften, für Untersuchungen in Bezug auf Haftfähigkeit oder Nachlass einer Haftstrafe, Strafvollzug, Schwangerschaft (§. 1313 B.-G.-B.) Vernehmungsfähigkeit, Unfähigkeit im Gerichtstermin zu erscheinen oder behufs Ablehnung als Geschworener, Schöffe oder Gemeindevorsteher, Vormund oder für ein sonstiges Ehrenamt, Transportfähigkeit, Zurechnungsfähigkeit, Geisteszustand behufs Verheirathung oder Vermögenserbung, die körperliche Befähigung zum Fleichbeschauer (Prüf.-Ordn. v. 22. XII. 1894 §. 3), über die Gesundheit gewerblicher Arbeiter und Arbeiterinnen, zur Aufnahme in eine Diakonissenanstalt oder sonstige Ordensgenossenschaft als Krankenpflegerin, zum Eintritt in die Missionsgesellschaft, behufs Steuerreklamation.

Alle sonstigen gerichtsärztlichen Verrichtungen, Leichenbesichtigungen (Min.-Erl. 19. III. 1092. M. 569) u. s. w.

Impftechnik.

Von Dr. Eyff-Nimptsch.

Die Vervollkommnung und die Vereinfachung des Impfverfahrens sind seit der Durchführung des Impfzwanges in Deutschland alle Zeit angestrebt worden; so ist an die Stelle der von Menschen stammenden Lymphe Thierlymphe getreten; so ist die Zahl der Schnitte von 6, bezw. 10 auf 4 herabgesetzt worden. Anderseits wurde der Behandlung der Impfinstrumente grössere Aufmerksamkeit gewidmet und gefordert, dass nur solche Verwendung finden, welche durch trockene oder feuchte Hitze oder durch Alkoholbehandlung keimfrei zu machen sind.

Ohne Frage reinigt Alkohol oder ein ähnliches Desinficiens das Messer bei sorgsamer Anwendung hinreichend, doch verlangt dies Verfahren von dem Impfarzt, besonders bei zahlreich besuchten Terminen, ungestörte Aufmerksamkeit und eine peinliche, sich immer wiederholende, oft ermüdende Reinigungsprozedur. Das gleiche Ziel wird einfacher und besser durch das Auskochen und das Ausglühen der Instrumente erreicht.

Ueber die Technik des Ausglühens sind in den letzten Nummern dieser Zeitung beachtenswerthe Artikel erschienen. Das

Auskochen der Impfmesser bei grossen Terminen ist ein bisher wenig geübtes Verfahren, vielleicht weil handliche Apparate bisher fehlen.

Evens und Pistor in Kassel bringen ein Besteck mit 2 und 4 Einsätzen à 15 Messern in den Handel. Ich halte ein gleichzeitiges Kochen so zahlreicher Instrumente nur dann für gerechtfertigt, wenn diese bis zum jedesmaligen Gebrauch und bis zum gänzlichen Verbrauch vor Staub geschützt werden. Ist man nicht in der Lage dieser Forderung gerecht zu werden und will man sich 2 × 15 Messer nicht anschaffen — 2 Einsätze sind wenigstens nothwendig, damit die eine Serie Messer kocht und abkühlt, während die andere verwendet wird —, so ist der von mir während der diesjährigen Impfperiode benutzte Apparat zu empfehlen, welcher von jedem Klempnermeister[1]) angefertigt werden kann. Da ich die Riesel'schen Messer verwende, so habe ich der Grösse derselben meinen hier am Orte gefertigten Kocher angepasst. Er besteht aus Weissblech, ist 14 cm lang, 7 cm hoch und enthält 3 Einsätze, welche sämmtlich in ihm Platz haben. Diese sind an Ketten mit kleinen Holzgriffen aus dem Kasten zu heben und in denselben wieder zu senken. Die Einsätze sind durchlöchert und stehen auf kleinen Blechfüssen. Sie tragen an beiden Enden Vorrichtungen, ebenfalls aus Blech, welche die Messer — mit ihrer Schmalseite aufliegend — festhalten. Der Kasten ist in ein Blechgestell von 6 cm Höhe eingepasst, dessen Seitentheile ausgeschnitten sind. In diesem steht ein Blechgefäss zur Aufnahme des Spiritus. Das Verfahren ist nun folgendes: sofort nach dem Aufstellen des Apparates wird der Kasten fast bis zum Rande mit Wasser gefüllt. Bei langen Terminen wird durch diese Massnahme Zeit gespart: das Wasser, welches immerwährend kochend erhalten wird, verdunstet. Sobald die Messer nicht mehr gänzlich von Wasser bedeckt sind, muss Flüssigkeit nachgefüllt werden. Da die Instrumente nicht eher benutzt werden dürfen, bis sie einige Minuten im kochenden Wasser sich befunden haben, spart man um so mehr Zeit, je seltener ein Nachfüllen nothwendig ist. Sobald das Wasser kocht, wird der erste Einsatz, mit den Messern armirt, in den Kasten gelegt. Nach drei Minuten wird dieser herausgehoben und der zweite versenkt. Sobald nach 3 Minutan der dritte Einsatz im kochenden Wasser sich befindet, kann des Impfen beginnen. Nachdem die Messer des ersten Einsatzes verbraucht sind, wird dieser wieder belastet und nach Herausheben des dritten Einsatzes aus dem Kocher in denselben hinein gethan. Die Messer des zweiten Einsatzes sind inzwischen abgekühlt und gebrauchsfähig. In dieser Weise wird ohne Schwierigkeit jedes Messer hinreichend vor dem Gebrauch sterilisirt. Sobald der Einsatz aus dem kochenden Wasser herausgehoben wird, tropft das Wasser durch den durchlöcherten Boden des Einsatzes ab. Die

[1]) Klempnermeister Wallis in Nimptsch fertigt den Apparat zum Preise von 5 Mark an. Georg Haertel in Breslau, Albrechtstrasse 42, liefert denselben vernickelt.

an den Messern befindlichen Wassertheile verdunsten an der Luft schnell, so dass die Instrumente beim Gebrauch fast trocken sind.

Ich habe die diesjährigen Impfungen mit 9 Messern ausgeführt. Jeder Einsatz trug also 3 Messer. Ich habe diese geringe Messerzahl mit Absicht gewählt. Einmal ging ich von der Ueberzeugung aus, dass ein 3—4 Minuten langes Kochen zum Sterilisiren genügt; anderseits wünschte ich einen möglichst häufigen Wechsel der Messer, damit diese nur kurze Zeit der in Impflokalen immer staubigen Luft ausgesetzt sind. Ich glaube, dass diese beiden Vorsichtsmassregeln — häufiger Wechsel der Messer und ein Stehen derselben auf der Messerkante, so dass dem niederfallenden Staube nur wenig Fläche geboten wird — genügen, um die Gefahr, welche von Seiten der Zimmerluft droht, auf ein nicht in Betracht zu ziehendes Mass zu reduziren.

In dieser Weise impfte ich in diesem Jahre 228 Erstimpflinge. Von 912 Impfschnitten bildeten sich 785 Pusteln, es gingen also 86 % derselben an: von 4 Impfschnitten zeigten sich durchschnittlich 3,6 Pusteln. Von 198 Wiederimpflingen und 990 Impfschnitten wurden 927 Pusteln erzielt, d. h. 93,6 %: von 5 Impfschnitten hatten durchschnittlich 4,68 Erfolg. Die Pusteln selbst waren klein, fast alle gut begrenzt, ohne grossen rothen Hof. In keinem Fall war bei den Erstimpflingen eine besonders auffallende Röthung oder Entzündung des Oberarms zu beobachten. Eine Berechnung der für jeden Impfling aufgewendeten Zeit ergab bei Erstimpflingen pro Kopf 1,39 Min., bei Wiederimpflingen 1 Min.

Die Vorzüge dieses Verfahrens liegen klar zu Tage: Der Apparat ist einfach, billig und von Jedermann ohne Assistenz und ohne Schwierigkeit zu bedienen; das Auskochen tödtet die Keime, unabhängig von menschlichem Mühen, und liefert die Messer — abgekühlt — gebrauchsfähig. Der Erfolg der Impfung ist ein guter und die aufgewendete Zeit für den einzelnen Impfling eine geringe. Diese Erwägungen rechtfertigen daher folgende Ansicht:

Die antiseptische Behandlung der Impfinstrumente bietet nicht in jedem Fall die absolute Gewähr für eine sichere Keimfreiheit der Messer. Aus diesem Grunde ist dasjenige Verfahren, welches, unabhängig von dem Willen des Einzelnen, gleichmässig die geforderte Keimtödtung verbürgt, zur Behandlung der Messer zu wählen, nämlich das Ausglühen oder Auskochen. In diesem Sinne müsste der erste Theil des §. 15 der Bundesrathsbeschlüsse vom 28. Juni 1899 abgeändert werden und lauten:

„Zur Impfung eines jeden Impflings sind nur Instrumente zu benutzen, welche durch trockene oder feuchte Hitze (Ausglühen, Auskochen) keimfrei gemacht sind."

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Versammlung des Medizinalbeamtenvereins des Regierungsbezirks Stade in Geestemünde am 25. Mai 1902.

Anwesend: Reg.- und Med.-Rath Dr. Nesemann, Vorsitzender, die Kreisärzte Med.-Rath Dr. Gähde-Blumenthal, Dr. Elten-Freiburg, Dr.

Hoche-Geestemünde, Dr. Ocker-Verden, Kreisarzt Dr. Sährendt-Zeven, die staatsärztlich geprüften Aerzte Dr. Prölss-Scheessel und Dr. Ritter-Bremervörde. Als Gast nahm Herr Landrath Dr. Dyes-Geestemünde an der Sitzung theil.

1. Zunächst gedenkt der Vorsitzende der beiden seit der letzten Sitzung verstorbenen Mitglieder mit etwa folgenden Worten: „Schon im ersten Jahre seit dem Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes haben wir zwei unserer Mitglieder durch den Tod verloren. Am 8. Februar d. J. starb in Verden Kreisarzt Med.-Rath Dr. Matthaei im Alter von 62 Jahren. Derselbe gehörte vom Jahre 1863 bis 1866 der Hannoverschen Armee als Assistenzarzt an und nahm als solcher an der Schlacht von Langensalza theil. Im Jahre 1867 liess er sich in Verden als Arzt nieder und absolvirte 1869 das Physikatsexamen. In demselben Jahre wurde er zum Obergerichts-Hülfsphysikus, 1875 zum Kreiswundarzt, 1876 zum Kreisphysikus des Kreises Verden, 1901 zum Kreisarzt des Kreisarztbezirks Achim-Verden ernannt. Leider konnte er wegen eines schweren Nervenleidens letzteres Amt überhaupt nicht mehr antreten. Er war ein hochachtbarer, pflichttreuer Beamter und hat sein Amt gewissenhaft und wirksam verwaltet. Am 31. März starb ferner in Bremervörde der Kreisarzt Geheimer Medizinalrath Dr. Ritter im Alter von 69 Jahren. Nach Studien in Berlin und Prag war derselbe von 1858—1861 als Assistenzarzt bei Professor Hasse an der Göttinger Klinik thätig. Theils in diese, theils in spätere Zeit fallen eine Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten, welche sich meist auf die Histologie des menschlichen Auges bezogen und im Archiv für Augenkrankheiten (Knapp und Schweigger), im Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwickelungsgeschichte und im Virchow'schen Archiv erschienen. Ausserdem veröffentlichte er eine grössere Arbeit über Malaria; kleinere Aufsätze erschienen auch in der Zeitschrift für Medizinalbeamte. Neben seiner Bedeutung als Forscher war Ritter auch ein gesuchter Arzt und tüchtiger Medizinalbeamter. Seit 1884 Kreisphysikus des Kreises Bremervörde verwaltete er einige Jahre auch das nicht besetzte Kreisphysikat des Kreises Zeven, welches später zu seinem Kreisarztbezirk gehörte. Beide Kollegen standen in hohem Ansehen. Auch wir werden ihr Andenken in Ehren halten. Ich fordere Sie auf, Sich zum Zeichen dessen von Ihren Plätzen zu erheben."

2. Sodann werden vom Vorsitzenden und vom Schriftführer **geschäftliche Mittheilungen** gemacht.

3. Uebergang zur Tagesordnung.

a. die sanitätspolizeiliche Ueberwachung der ländlichen Genossenschaftsmolkereien. Referent: Dr. Proelss.

Nachdem sich in Preussen die Zahl der Molkereien in 10 Jahren verdreifacht hat und im Reg.-Bez. Stade von 1889 bis jetzt von 2 auf 38 gestiegen ist, ist denselben besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Es ist epidemiologisch und bakteriologisch erwiesen, das in allen Molkereiprodukten als: Zentrifugenschlamm, Rahm- und Magermilch etc. Krankheitserreger in lebensfähigem Zustand oft vorkommen. Abhilfe kann nicht durch Abkochen geschaffen werden, da dann die Milch werthlos wird (Anbrennen, Kochgeschmack). Nur kurze Erhitzungen von 85°—90° Celsius sind anwendbar und gleichzeitig erfolgreich. Die Arbeit von Tjaden, Koske und Hertel aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt 1901 hat alle die bisherigen Erfahrungen verwerthet und durch praktische Versuchsreihen sowohl in Molkereien, als im Laboratorium, durch Einspritzungsversuche bei Meerschweinchen und Fütterungsversuche bei Ferkeln festgestellt, dass mittelst neuerer, geeigneter Apparate die genügende Erhitzung aller einzelnen Milchtheilchen so schnell, so billig, so gründlich und doch so wenig den Werth der Milch vermindernd ausgeführt werden kann, dass der Allgemeineinführung eines Zwanges zu ihrer Verwendung nichts entgegensteht.

Das wirksame Prinzip der Apparate ist die zwangsweise Vorbeiführung einzelner, dünnschichtiger Milchtheile in kontinuirlichem Strom an heissen Platten, und die gegenseitige Verwendung der kalt zuströmenden und der heiss abströmenden Milch zum Vorerhitzen und Wiederabkühlen (Regenerativ-Verfahren). Kosten und Dauer stehen der Einführung nicht so sehr im Wege, als die Thatsache, dass nur süsse, saubere Milch erhitzt werden kann; sauere verkäst und verstopft die Apparate. Um nur süsse Milch auch im Sommer in den Molkereien zu erhalten, bedarf es einer umfassenden Verbesserung der bisherigen Milchgewinnung: Trockene Stallstreu, reine Euter, saubere Melker

und Melkerhände, tadellose Gefässe, sofortige Milchkühlung, Vermeiden des Staubaufwirbelns beim Füttern und Melken. Das Beispiel Dänemark's und der Regierungsbezirke Aachen, Frankfurt a./O. und Potsdam zeigt die Möglichkeit, die Erhitzung der Milch durchzuführen; schon jetzt giebt aber auch §. 79 der Dienstanweisung für Kreisärzte und das Lebensmittelgesetz Handhaben, die Molkereien im Betrieb, die angelieferte Milch und die Gewinnung derselben bis in den Stall hinein zu überwachen und so den Molkereien eine Stütze zu bieten, welche behufs der Milcherhitzung die Milchgewinnung vervollkommnen wollen. (Der Vortrag erscheint demnächst in einer hygienischen Zeitung.)

In der lebhaften Diskussion, die sich an diesen Vortrag anschliesst, erwähnt der Vorsitzende die noch nicht erloschene Typhusepidemie in Mulsum-Essel, deren Ursache mit grösster Wahrscheinlichkeit auf eine Genossenschaftsmolkerei zurückzuführen ist; er macht ferner darauf aufmerksam, dass auch die Interessen der Milchlieferanten mit der Zeit die Pasteurisirung erforderten, weil das Publikum die aus pasteurisirter Milch gewonnenen Molkereiprodukte höher bewerthen würde. Von Polizeiverfügungen solle mit Rücksicht auf die eigenthümlichen Verhältnisse des Bezirks vorläufig abgesehen werden; es sei aber zu erwarten, dass der Molkereiverband des Regierungsbezirks die Pasteurisirung für seine Mitglieder obligatorisch machen werde, wie Referent dieses auf einer Versammlung des landwirthschaftlichen Provinzialvereins in Bremervörde vor kurzem dringend den Betheiligten an's Herz gelegt habe. Um aber die Pasteurisirung wirksam zu machen, sei eine Kontrole derselben nothwendig. Herr Landrath Dyes meinte, das zur Einführung der Pasteurisirung namentlich die Belehrung der Bevölkerung segensreich wirken würde, zumal wenn der pekuniäre Nutzen hervorgehoben würde; auch müssten namentlich bei Neugründungen sofort die nöthigen Sicherheitsmassregeln getroffen werden.

b. Die Wohnungsdesinfektion mittelst Formalin.

Der Referent, Dr. Ocker, bespricht zunächst die auf die Wohnungsdesinfektion bezüglichen Vorschriften der in dem Regierungsbezirk geltenden Polizeiverordnung, betreffend Massregeln gegen die Verbreitung ansteckender Krankheiten vom 11. Oktober 1889, welche entsprechend dem damaligen Stande der Wohnungsdesinfektionsfrage die mechanische Reinigung mit Desinfizientien in Verbindung mit der Dampfdesinfektion, wo die Möglichkeit dazu gegeben ist, anordnet. Er beklagt, dass diesen Vorschriften so wenig nachgekommen werde, da in den meisten Orten, selbst in den kleinen Städten ordentlich ausgebildete Desinfektoren nicht vorhanden seien. Unter dem Gesichtspunkte der Vereinfachung der Wohnungsdesinfektion kommt er zu dem Formaldehyd, dessen chemische Eigenschaften zunächst besprochen werden. Hieran schliessen sich Ausführungen über die Desinfektionskraft desselben, wobei nachdrücklich betont wird, dass derselbe nur eine Oberflächendesinfektion gewährleiste, aber für einen Theil der Infektionskrankheiten und zwar besonders für solche, bei denen wir am häufigsten der Desinfektion bedürfen, wie Scharlach, Diphtherie, Tuberkulose, bei vollständiger Abdichtung des Zimmers und Verdampfung einer genügenden Menge Formaldehyds bei gleichzeitiger möglichster Sättigung der Luft mit Wasserdampf einen hinreichenden Erfolg erziele. Im Anschluss hieran werden die einzelnen für die Formalindesinfektion konstruirten Apparate besprochen und zwar nach kurzer Erwähnung der Lampen, welche den Formaldehyd selbstthätig aus den Methylalkohol entwickeln (Lampe von Tollens, Jäger, Trillat, Krell und Barthel) die Apparate „Hygiea und „Aeskulap", sowie der kombinirte Aeskulap von Schering, der Apparat von Walther-Schlossmann, das „Autoclave formogène" von Trillat, den Spray-Apparat von Prausnitz und derjenige von Czaplewksi, um schliesslich die Breslauer Methode von Flügge als die brauchbarste zu empfehlen. Erwähnt werden noch die Carboformal-Glühblocks (Patent Krell-Elb in Dresden) und die Formalinketten (Eisengiesserei von Spiess in Siegen in Westphalen), letztere von Springfeld empfohlen.

Als vielleicht praktisch verwerthbar werden noch erwähnt die für die Anwendung im Felde bestimmte von Jäger ersonnene Modifikation der Breslauer Methode, nach welcher anstatt des Formalinentwicklers ein einfacher Papin'scher Dampfkochtopf Verwendung findet, und der Vorschlag von Magnus, welcher die verdünnte Formaldehydlösung in verlötheten Konservenbüchsen gleichzeitig mit einer als Heizquelle dienenden Spiritusbüchse in den Handel bringen wird.

Zum Schluss wird die Einführung der Formalindesinfektion für den Regierungsbezirk empfohlen.

Nach einer angeregten Diskussion, in welcher der Vorsitzende Gelegenheit nahm, zu erklären, dass es seine nächste Sorge sei, auf die Ausbildung tüchtiger Desinfektoren hinzuwirken, und dass Hamburg und Bremen deren kostenlose praktische Ausbildung zugesagt haben, gelangen folgende Leitsätze zur Annahme:

1. Neben den bisherigen Desinfektionsverfahren ist im Prinzip der Formalindesinfektion eine hohe Wirksamkeit zuzuschreiben.
2. Die Breslauer Methode erfüllt die an die Formalindesinfektion zu stellenden Anforderungen.
3. Die Desinfektion hat durch theoretisch und praktisch ausgebildete Desinfektoren zu erfolgen.
4. Ein wirksames Vorgehen würde nur durch Einführung der Zwangsdesinfektion zu gewährleisten sein.
5. Die Bildung der Desinfektionsbezirke bestimmt sich nach den örtlichen Verhältnissen der Kreise.
6. Es ist wünschenswerth, die Kosten der Wohnungsdesinfektion auf die Kreise zu übernehmen, welche dieselben jeweilig von den Wohlhabenden wieder einziehen können.
7. Die Lungen- und Kehlkopfschwindsucht, sowie das Wochenbettfieber sind unter bestimmten Bedingungen mit in den Bereich der Wohnungsdesinfektion zu ziehen.

Nach der Sitzung vereinigte ein gemeinsames Mittagessen die Theilnehmer im Hôtel Hannover.

Nachmittags wurde unter Führung des Hafenarztes Herrn Dr. Heinrich-Bremerhaven die im Bau begriffene, von Preussen, Oldenburg und Bremen gemeinsam hergestellte Quarantäne-Anstalt in Bremerhaven besichtigt.

Dr. Hoche-Geestemünde.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Traumatische Entstehung eines Schenkelbruchs. Aerztliches Obergutachten, auf Ersuchen des Reichs-Versicherungsamts unter dem 22. Juli 1901 von Prof. Dr. Körte-Berlin erstattet. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1902, Nr. 7.

Die Klagen der A. bestehen zur Zeit in ziehenden Schmerzen im Leibe und der Umgebung der Operationsnarbe, die sich beim Stehen so erheblich steigern sollen, dass die A. ihrer Meinung nach erwerbsunfähig ist.

Objektiv ergiebt sich bei der für ihr Alter recht kräftigen und gut genährten Frau in der rechten Schenkelbeuge eine 5 cm lange feste Narbe. Beim Aufstehen und Husten treten in der Schenkelbeuge keinerlei Ausstülpungen oder Hervorwölbungen des Bauchinnern (d. h. also kein erneut auftretender Bruch) hervor, so dass die A. durch die am 4. Juli 1900 vorgenommene Operation zur Zeit als vollkommen geheilt von ihrem Bruchleiden zu gelten hat.

Aus den Angaben der A. geht hervor, dass sie am 16. Mai 1900 einen Fall erlitten hat, der nach ihrer bestimmten heute hier gemachten Aussage auf die linke Hüfte erfolgte, die von Blut schwarz unterlaufen gewesen sein soll. Gleich darauf will sie in der rechten Leistenbeuge an der Stelle der Schenkelbruchpforte eine Geschwulst wahrgenommen haben, die am 20. Mai 1900 dem Arzte gezeigt wurde. Nach sechswöchentlichem Wohlbefinden traten Anfang Juli 1900 Einklemmungserscheinungen auf, und am 4. Juli 1900 wurden die A. im städtischen Krankenhause am Urban an einem typischen kleinen, eingeklemmten Schenkelbruch operirt und geheilt.

Was die Entstehung der Schenkelbrüche anbetrifft, so geht dieselbe in der Regel ganz allmählich vor sich, indem das Bauchfell sich an einer neben der Schenkelvene befindlichen schwachen Stelle vorwölbt, also einen Bruchsack bildet, in den dann Eingeweide eindringen.

Während bei Leistenbrüchen unter gewissen Umständen (in seltenen Fällen) durch eine Verletzung, welche die Leistengegend (Leistenkanal) be-

sonders betrifft oder die mit starker plötzlicher Erhöhung des Druckes in der Bauchhöhle einhergeht, die Entstehung eines Leistenbruchs verursacht werden kann, ist die Entstehung eines Schenkelbruchs nach Verletzung sehr viel seltener. Mir ist kein Fall, welcher zweifelsfrei wäre, aus der Literatur oder aus meiner Erfahrung bekannt, womit natürlich nicht ausgeschlossen ist, dass gelegentlich ein Schenkelbruch durch einen Unfall bedingt sein kann.

Was den in Rede stehenden Fall anbetrifft, so muss zunächst gesagt werden, dass die von der A. angegebene Art der Verletzung (Fall auf die linke Hüfte, woselbst ein grosser Bluterguss entstanden sein soll) durchaus nicht als geeignet erscheint, eine plötzliche Bruchbildung in der rechten Schenkelbruchgegend hervorzurufen. — Gegen die Entstehung des Bruches durch den Unfall spricht ferner, dass die A. und auch der behandelnde Arzt Dr. F. angegeben haben, es sei unmittelbar nach dem Falle eine Geschwulst hervorgetreten. Wenn durch eine Verletzung das weiche Gewebe, das für gewöhnlich die Lücke neben der Schenkelvene (Schenkelkanal) verschliesst, zerrissen wird — was im Bereiche der Möglichkeit liegt —, so kann doch im unmittelbaren Anschluss an diese Verletzung eine Hervorstülpung des Bauchfells mit Nachdringen der Eingeweide (d. h. also ein Eingeweidebruch) nicht erfolgen. Vielmehr entwickelt sich diese Vorstülpung des Bauchfells erst ganz allmählich, indem das Bauchfell, das an der betreffenden Stelle seine normale Stütze verloren hat, vorgedrängt wird, eine Art Sack bildet, in den später Eingeweide eintreten. Also spricht gerade das von der A. behauptete sofortige Hervortreten des Bruches entschieden gegen eine Entstehung des Bruches durch den Unfall. Es ist vielmehr anzunehmen, dass ein kleiner, leerer Bruchsack bereits vorhanden war und der Eintritt von Eingeweide in diesen Bruchsack erst bei Gelegenheit des Unfalls bemerkbar geworden ist.

Bei der am 4. Juli 1900 vorgenommenen Operation wurde ein kleiner Bruchsack an typischer Stelle vorgefunden, in welchem etwas Besonderes — wie Reste eines Blutergusses — nicht nachgewiesen werden konnte.

Mein Gutachten fasse ich dahin zusammen, dass bei Schenkelbrüchen eine sichere Entstehung durch eine Verletzung noch viel seltener ist als bei Leistenbrüchen. Hingegen ist eine selbstständige (spontane) Bruchbildung, namentlich bei älteren Frauen, sehr häufig. Im vorliegenden Falle vermag ich nicht anzunehmen, dass durch den Sturz am 16. Mai 1900 der Schenkelbruch entstanden ist, sondern kann höchstens zugeben, dass in Folge des Sturzes vorübergehend Eingeweide in den bereits bestehenden Bruchsack eingetreten sind.

Die Brucheinklemmung vom 4. Juli 1900, von der die A., wie überhaupt von ihrem Bruchleiden durch die Operation vollkommen geheilt wurde, steht mit dem Falle vom 16. Mai 1900 in keinerlei Zusammenhang, sondern datirt höchstens vom 1. Juli 1900 ab.

Nach der durch dieses Obergutachten gewonnenen Aufklärung hat auch das Rekursgericht eine traumatische Entstehung des Schenkelbruchs der Klägerin nicht für wahrscheinlich erachtet und dieser deshalb, ebenso wie die Vorinstanzen, die Gewährung einer Unfallentschädigung versagt.

In welcher Weise und in welchem Umfange wird die Arbeitsfähigkeit durch die Folgen eines Bruches der Lendenwirbelsäule nach längerer Zeit beeinträchtigt. Aerztliches Obergutachten, erstattet auf Veranlassung des Reichs-Versicherungsamts unter dem 25. November 1899 von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Schede-Bonn. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1902, Nr. 7.

Der Schlosser Heinrich G. aus H. ist am 23. November 1899 von mir untersucht worden. Derselbe erlitt am 10. Juni 1898 einen Unfall dadurch, dass ein 2 m hoch herabstürzender eiserner Balken von 600 kg Gewicht ihn am Kopfe traf und den Körper vornüber zusammenstauchte, so dass ein Bruch der Lendenwirbelsäule erfolgte. Dieser Bruch zeigte sich nach dem Attest des behandelnden Arztes, Herrn Dr. B. in B. durch eine Knochenauftreibung in der Gegend besonders des 2. und 4. Lendenwirbels, ferner durch die anfänglich bestehende Lähmung in der Blasenmuskulatur und das Fehlen der Kniereflexe. Lähmung der unteren Extremitäten oder Sensibilitätsstörungen in ihrem Bereiche waren zu keiner Zeit vorhanden.

Die durchaus sachgemässe Behandlung hatte anfänglich in ruhiger Lage, dann in der Anlegung eines Gipsverbandes (Gipskorset) bestanden. Letzteres wurde Anfang Dezember 1898 weggelassen, um mediko-mechanische Uebungen zu ermöglichen. Aber der damals gemachte Versuch zu leichter Arbeit musste schon nach zwei Stunden aufgegeben werden. Am 28. Februar schienen dann die Bewegungsexkursionen in der Lendenwirbelsäule so weit gebessert, dass leichte Arbeit für möglich gehalten wurde. Die Rente wurde demnach auf 60 Proz. herabgesetzt. — Laut Bescheinigung der B.'er Maschinenbauaktiengesellschaft hat dann G. in der That vom 20. Februar bis zum 11. März als Schreiber gearbeitet; hat aber zwei Mal die Arbeit wegen heftiger Schmerzen im Rücken unterbrechen müssen. Leichte Schlosserarbeit hielt er nicht einen Tag aus. Die Gesellschaft giebt dem Manne das Zeugniss, dass er fleissig und brav, und dass ihrer Ansicht nach Simulation bei ihm völlig ausgeschlossen sei. Das Schiedsgericht war jedoch anderer Ansicht. G. machte auf dasselbe den Eindruck, als könne er leichtere Arbeit sehr wohl verrichten und somit wurde seine Berufung zurückgewiesen.

G. verbleibt nun auch heute dabei, dass er auch zu leichter Arbeit noch nicht fähig sei; ja er könne sich nicht einmal allein aufrecht erhalten. Er behauptet, an Schwindel zu leiden, an andauernden Schmerzen im Kreuz und an einem heftigen, nicht konstanten, aber alle Augenblicke bei Bewegungen und Berührungen auftretenden Schmerz, der von der Wirbelsäule her längs des linken Darmbeinkammes zieht.

Die Untersuchung ergiebt:

1. Auf dem linken Scheitelbein, dicht über der Grenze des Schläfenbeins, findet sich eine ca. 6 cm lange, von vorn nach hinten verlaufende, geradlinige Narbe. Dieselbe ist gegen den Knochen verschieblich, aber druckempfindlich.

2. Die normale Lendenlordose fehlt. Dagegen ist der Dornfortsatz des 1. und 2. Lendenwirbels entschieden prominent und springt nach hinten stumpfwinkelig über das Niveau der übrigen Wirbel vor.

Hiernach kann ich nicht zugeben, dass die Heilung der Lendenwirbelsäule in gerader Stellung — das heisst doch wohl so, dass die normale Form wieder hergestellt sei — erfolgt sei (siehe Gutachten vom 14. September 1898), es sei denn, dass damals die Wirbelsäule gerade war, nachträglich aber, unter Zusammensinken der Wirbel, sich verkrümmt hat, was allerdings durchaus möglich ist, von dem Patienten selbst aber in Abrede gestellt wird.

Was die Schmerzempfindungen angeht, so sind die vorspringenden Wirbel nicht eben besonders empfindlich. Viel mehr Schmerz wird empfunden bei Druck zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel. Die Ursache dieses Schmerzes ist nicht ganz ersichtlich, gleichwohl habe ich keinen Grund, an seinem Vorhandensein zu zweifeln. Einmal hat der Patient, wenn er simuliren wollte, gar keine Veranlassung, den Schmerz hier und nicht an der Stelle des manifesten Bruches anzugeben, wo seine Behauptung auf gar keinen Zweifel gestossen wäre. Zweitens aber werden ähnliche Beobachtungen nicht selten gemacht. So behandle ich gegenwärtig in der Universitätsklinik zwei Fälle von partiellen Brüchen der Lendenwirbelsäule, beide Mal sind wesentlich der 1. und 2. Lendenwirbel beschädigt worden. Der Hauptschmerz wird aber von beiden Verletzten, obwohl sie nicht das geringste Interesse an einer falschen Angabe haben, um mehrere Wirbel tiefer angegeben, zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel und zwischen letzterem und dem Kreuzbein. Man wird annehmen müssen, dass eine Quetschung der Zwischenwirbelscheibe oder dass Bänderzerrungen und Einrisse, nach Art einer Distorsion eines Gelenkes, an dieser Schmerzhaftigkeit schuld sind. Wie lange solche unter Umständen anhalten kann, ist ja bekannt.

Entsprechend diesen Veränderungen und dieser Schmerzhaftigkeit der Lendenwirbelsäule ist nun die Funktion derselben. Wer Schmerzen in der Wirbelsäule hat, kann sich nicht aufrecht halten, und so ist es G. unmöglich, längere Zeit auch nur frei zu stehen. Trotz seines ruhigen, bescheidenen, von jedem unnöthigen Hervorheben seiner Beschwerden freien Wesens sieht man ihm an, welche Qualen ihm das ungestützte Stehen macht. Bücken ist ihm dementsprechend unmöglich, Drehbewegungen sind sehr schwierig und unbeholfen. Selbst das Liegen auf einem Operationstisch ist ihm qualvoll, er verlangt dringend nach einer besonderen Unterstützung des Kreuzes durch ein Kissen.

Ueber den von der Lendenwirbelsäule längs des oberen Randes der linken Beckenschaufel oder etwas drüber bis in die Gegend der linken Leistenpfortenausstrahlenden, sehr heftigen, durch Bewegung oder Berührung leicht hervor gerufenen Schmerz kann ich nur sagen, dass derselbe durchaus den Eindruck einer Neuralgie macht. Wahrscheinlich handelt es sich darum, dass eine der sensiblen Nervenwurzeln oder einer der aus den Intervertebrallöchern austretenden Nervenstämme durch die Gestaltsveränderung der Wirbelsäule in's Gedränge gekommen ist und auf den Reiz durch eine Neuralgie reagirt.

Patellarreflexe, Kremasterreflexe, Bauchreflexe sind vorhanden; die Muskulatur der unteren Extremitäten ist nicht gelähmt, aktiv thätig, gut ernährt, normal erregbar.

Auch ohne das gute Zeugniss der B.'er Aktiengesellschaft und ohne die deutlichen Veränderungen der Wirbelsäule würde man schwerlich auf den Gedanken kommen, dass G. simulire oder übertreibe. Aber alle seine Beschwerden sind derart, dass man durchaus zugeben muss, dass sie sehr wohl durch seine Verletzung herbeigeführt sein können. Dass ein Wirbelbruch nach 1 Jahr und 5 Monaten noch schmerzhaft ist, namentlich wenn Ansprüche an die Tragfähigkeit der Wirbelsäule zu einer Zeit gemacht wurden, wo sie diesen Ansprüchen noch nicht gewachsen war, ist durchaus nichts Ungewöhnliches. Meines Erachtens hätte man, als der erste Versuch, den G. als Schreiber anzustellen, gescheitert war, demselben sofort wieder ein Gipskorset anlegen und ruhig noch ein halbes Jahr warten sollen, ehe noch ein Versuch, die Arbeit wieder aufzunehmen, gemacht wurde. Ist die Wirbelsäule noch nicht fest und tragfähig, ist sie noch schmerzhaft, so lässt sich nun einmal eine Arbeitsleistung nicht erzwingen, das kann nur immer und immer wieder von Neuem betont werden; und macht man dennoch den Versuch, so schädigt man nicht nur den Kranken, sondern auch die Berufsgenossenschaft; denn die Arbeitsunfähigkeit wird nur immer grösser und man muss später unter ungünstigeren Bedingungen mit der Behandlung wieder von vorn anfangen.

Es ist meine ganz bestimmte Ueberzeugung, dass der G. zur Zeit noch völlig erwerbsunfähig ist. Man sollte ihm volle Ruhe gönnen, das Gehen nur mit einem Gipskorset, am besten mit Kopfstütze gestatten und frühestens nach einem halben Jahre eine neue Untersuchung vornehmen.

Auf Grund des vorstehenden Obergutachtens in Verbindung mit einer behördlichen Bescheinigung hat das Rekursgericht den Eintritt einer wesentlichen Besserung in dem auf den Unfall vom 10. Juni 1898 zurückzuführenden Zustande des Klägers verneint und die Beklagte unter Aufhebung der Vorentscheidungen zur Weitergewährung der Vollrente verurtheilt.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer auf Osteomalazie zurückgeführten hochgradigen Krümmung der Wirbelsäule und einem Betriebsunfalle (Durchnässung des bei der Arbeit erhitzten Körpers durch 10 bis 30 Minuten dauernden Aufenthalt in einem plötzlich mit Regenwasser angefüllten Kanal). Aerztliches Obergutachten, auf Veranlassung des Reichs-Versicherungsamts erstattet unter dem 14. März 1902 von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Schede-Bonn und Privatdozent Dr. Graff-Bonn. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1902, Nr. 7.

Nach Ausweis der Akten hat sich L. am 27. August 1894 bei einem wolkenbruchartigen Regen in einem Kanale befunden und sich nur mit Mühe herausretten können. Der Aufenthalt im Wasser hat nach einer Angabe 10 Minuten, nach einer anderen eine halbe Stunde gedauert. L. will seit dem leidend sein. Er hat aber mit Unterbrechungen noch etwa $1^1/_4$ Jahr gearbeitet, aber nur leichtere Arbeit. Als Krankheitsursache während der mehrfachen Unterbrechungen wird theils Magenkatarrh, theils Rheumatismus angegeben; auch soll den Aerzten des Krankenhauses in K. eine Buckelbildung schon im Januar 1895 aufgefallen sein. Leider liess sich dies nicht mehr feststellen, da der damalige Krankenhausarzt gestorben ist und in den Journalen ausser der Diagnose „Rheumatismus" keine Aufzeichnungen enthalten sind. Alle Ansprüche des Verletzten sind bisher auf Grund eines sehr ausführlichen, aber nur aus den Akten, ohne Untersuchung abgegebenen Gutachtens von Herrn

Prof. Dr. R. in B. abgelehnt worden. Dieser Gutachter nahm eine habituelle Kyphoskoliose an, „die wahrscheinlich schon seit der Jugend bestanden und sich jetzt im Alter verschlimmert“ habe.

Es soll nun entschieden werden, wodurch der Buckel bei L. zu Stande gekommen ist, und ob er mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 27. August 1894 ursächlich zurückgeführt werden könne.

Die Untersuchung ergiebt Folgendes:

L. ist ein blasser, hagerer Mann mit gebückter Körperhaltung. Die Gesichtsfarbe ist weiss, der Gesichtsausdruck ist leidend, vergrämt; der Gang ist schleppend und L. stützt sich dabei energisch auf einen Stock, wenngleich er auch kürzere Strecken ohne diesen gehen kann. Das Auffallendste bei der Betrachtung des Mannes ist die hochgradige Difformität der Wirbelsäule und des Brustkorbes. Sie ist auf der beiliegenden Doppelphotographie besser sichtbar, als man durch Worte beschreiben kann. Spezialisirt ist es eine hochgradige Kyphoskoliose (Buckelbildung mit seitlicher Verbiegung) der Brustwirbelsäule nach rechts im oberen und mittleren Theile. Vom 9. Brustwirbel beginnt eine kleine Krümmung nach links, die vom 12. Brustwirbel wieder nach rechts übergeht. Es ist aber keine gleichmässige sogenannte S-förmige Krümmung, die die Wirbelsäule darbietet, sondern eine auffallend scharf geknickte. Der 9. bis 12. Brustwirbel scheinen in ihrer ganzen Form verändert zu sein und seitlich stärker hervorzutreten. Die Spitze des Buckels ist am 11. Brustwirbel. Die untere Brust- und die Lendenwirbelsäule sind auf Druck und bei Erschütterung schmerzhaft, ebenso die seitlichen Muskelpartien. Krankhafte Veränderungen an der Lendenmuskulatur sind nicht vorhanden. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule ist beträchtlich herabgesetzt. Den Rumpf vorwärts beugen kann L. nur sehr mangelhaft und rückwärts beugen gar nicht. Alle stärkeren Bewegungsversuche sind mit deutlichen Schmerzen verbunden. Bei starker Streckung durch Zug am Kopfe lässt sich der Buckel wohl etwas verringern, aber nicht beseitigen. Veränderungen an dem übrigen Knochensystem sind nicht vorhanden, nur die Rippen sind rechts an der Rückenseite beträchtlich gebuckelt und links an der Vorderseite muldenförmig eingesunken; ebenso ist das Brustbein im untersten Theile ausgebogen. Irgend welche Lähmungen sind nicht vorhanden; auch die Reflexerregbarkeit und die Schmerzempfindung ist vollkommen normal, es bestehen also keinerlei Erscheinungen, die dafür sprechen könnten, dass das Rückenmark durch die Veränderung der Wirbelsäule in Mitleidenschaft gezogen ist. Der Urin ist frei von Eiweiss und Zucker; die übrigen Organe sind auch gesund. L. ist jetzt 13 cm kleiner als er es nach Ausweis seines Militärpasses im Alter von 20 Jahren war. Zur genauen Erforschung dieses sehr interessanten und merkwürdigen Untersuchungsbefundes haben wir die Wirbelsäule des L. mehrfach mit Röntgenstrahlen durchleuchtet und photographirt. Es ist dies eine schwierige Aufgabe; denn es gelingt nur selten, bei einem Erwachsenen ein gutes Röntgenbild von der Wirbelsäule zu bekommen. Bei L. war es nun besonders schwer, weil bei der starken Buckelbildung nur ein kleiner Theil der Wirbelsäule wirklich der photographischen Platte auflag. Trotzdem haben wir bei mehrfachen Aufnahmen immer denselben Befund bekommen, der jedenfalls ganz anders ist als bei einer gewöhnlichen habituellen Skoliose. Wie auf der beiliegenden Photographie ersichtlich, ist der zweite Lendenwirbel auf der einen Seite stark zusammengedrückt, so dass die Querfortsätze auf der anderen Seite breit klaffen. Ferner scheinen der 1. Lenden- und 12. Brustwirbel zusammen verwachsen zu sein, und schliesslich ist noch eine weitere Knickung etwas höher bemerkbar, die ungefähr dem 9. Brustwirbel entspricht und ebenso durch seitliche Zusammendrückung des Wirbelkörpers zu Stande gekommen zu sein scheint. Auffallend war es fernerhin, dass der unterste Theil der Brust wirbelsäule nie deutlich auf der Platte wurde. Die einzelnen Wirbel liessen sich von einander nicht unterscheiden, trotzdem gerade dieser Theil der Platte bei der Aufnahme am günstigsten auflag. Es ist daher möglich, dass dies durch eine Veränderung der chemischen Zusammensetzung des Knochens bedingt ist. Zum Unterschiede legen wir noch die Röntgenphotographie einer gewöhnlichen Skoliose bei. Man sieht darauf, wie trotz des sehr viel stärkeren Grades der Verbiegung die einzelnen Wirbel in unveränderter Form sichtbar sind. Der Unterschied beider Bilder ist so auffallend, dass auch schon für den Laien

daraus erkenntlich ist, dass hier zwei ganz verschiedene Krankheitsprozesse vorliegen.

Das Wichtigste, aber auch Schwierigste ist nun zunächst, zu erörtern, auf welchem Krankheitsprozesse diese Formveränderung der Wirbelsäule beruht. In Betracht kommen hauptsächlich Tuberkulose, Syphilis, englische Krankheit (Rachitis), Osteomalazie, Rheumatismus und Osteomyelitis.

Für eine syphilitische Knochenerkrankung spricht absolut nichts, ausserdem ist Gummabildung in der Wirbelsäule äusserst selten und dann meistens auf einen Wirbel beschränkt.

Ebenso kann man Tuberkulose nach der ganzen Form der Veränderung mit ziemlicher Sicherheit ausschliessen.

Herr Prof. R. nahm auf Grund der Akten und einiger beiliegenden Photographien eine sogenannte habituelle Skoliose auf rachitischer Basis an, die schon von Jugend auf bestanden und sich jetzt im Alter verschlimmert habe. Dem können wir nicht beistimmen. Herr Prof. R. geht von der ihm nicht unzweifelbar erscheinenden Voraussetzung aus, dass L. bereits vor dem Unfalle krumm gewesen ist. Er beruft sich dabei auf das Zeugniss des behandelnden Arztes Dr. J., auf die Aeusserungen der Ehefrau und die nicht bewiesenen Aeusserungen der Aerzte der Krankenanstalt in K., die angeblich 5 Monate nach dem Unfalle ihre Verwunderung über den vorhandenen Buckel bei L. ausgedrückt haben. Die beiden letzten Zeugen kommen aber nicht in Betracht, weil die Richtigkeit ihrer angeblichen Aussagen nicht mehr bewiesen werden kann. Die Auskunft des Herrn Dr. J. ist aber absolut nicht beweisend. Vergleicht man die Antwort, die Herr Dr. J. auf die Anfragen des Herrn Prof. R. gegeben hat, so kann man eher das Gegentheil damit beweisen. Herr Dr. J. antwortet auf die Frage: War L. schon vor dem Unfall krumm? „Ja, denn jeder Maurer ist krumm", und auf die weitere, ob er den L. auf sein Schiefsein vor dem Unfall untersucht habe, mit „Nein", denn er wisse aus Erfahrung, dass solche Leute krumm wären. Aufgefallen ist Herrn Dr. J., der nachher die Behandlung des L. aufgegeben hat, die starke Schiefheit des Mannes erst im Jahre 1899, als er zufällig auf der Strasse hinter ihm ging. Aerztlich festgestellt ist die starke Verkrümmung der Wirbelsäule bei L. nach den Akten mit Sicherheit erst vor dem Schiedsgerichte durch Herrn Physikus Dr. Lo. am 20. November 1896. Eine habituelle Skoliose entwickelt sich nun, wie auch Herr Prf. R. betont, in jugendlichem Alter. Dass sie bei L. daher auszuschliessen ist, geht aus dem Umstande hervor, dass derselbe Soldat gewesen ist, den Krieg 1870/71 mitgemacht hat und noch Ende der siebziger Jahre zu einer Landwehrübung eingezogen war. Daraus lässt sich doch mit Sicherheit der Schluss ziehen, dass damals eine nennenswerthe Verkrümmung der Wirbelsäule noch nicht bestand. Dass sich aber eine habituelle Skoliose oder eine solche auf rein rachitischer Basis noch nach dem 30. Lebensjahr entwickeln kann, ist wissenschaftlich nicht bekannt.

Auch Osteomyelitis (Knochenvereiterung) ist auszuschliessen, da diese Krankheitsform stets mit hohem Fieber einhergeht, nur sehr, sehr selten in höherem Alter auftritt und meist nur einen Wirbelkörper betrifft.

Es bleibt somit, eigentlich schon per exclusionem, nur noch übrig eine Osteomalazie, eine Knochenerweichung, anzunehmen, die nicht allein, wie Herr Prof. R. sagt, bei Frauen im zeugungsfähigen Alter vorkommt, sondern auch, wenn auch selten, bei Männern in höherem Alter beobachtet ist. Die Literatur weist eine Anzahl solcher Fälle auf, die mit dem vorliegenden entschieden manche Aehnlichkeit haben (zu vergleichen Ringel „Osteomalazie beim Manne", bei Bruns: Beiträge zur klinischen Chirurgie; Band XXIII, S. 294 und Andere). Die Osteomalazie ist eine relativ seltene und in ihren Ursachen nicht sicher erforschte Krankheit. Sie besteht im Wesentlichen darin, dass aus unbekannten Gründen die Knochen erweichen, wahrscheinlich in Folge Entkalkung, so dass sie in schweren Fällen gummiartig werden. Beim Manne erkranken gewöhnlich die Wirbelsäule, die Knochen des Brustkorbes und der Schädel, während bei der Frau besonders das Becken zuerst erkrankt, und dann die Wirbelsäule und die Extremitäten, die beim Manne fast immer verschont bleiben. Das Krankheitsbild entwickelt sich meist so, dass zunächst rheumatoide Muskelschmerzen auftreten, dann Schmerzen in den erkrankten Knochen, und dass sich dann allmählich die Formveränderung der Knochen

ausbildet. Der Verlauf ist stets ein chronischer, meist über viele Jahre sich erstreckender mit vorübergehendem Stillstand, meist aber mit ausgesprochener Tendenz zum Fortschreiten. Die erkrankte Wirbelsäule ist nicht mehr im Stande, die Last des Körpers zu tragen, sie biegt sich in weitem Bogen mit nach hinten gerichteter Konvexität, kann aber auch bei ungleichmässiger Erweichung oder zufällig einwirkenden Gelegenheitsursachen seitliche Verbiegungen zeigen. Die Verkrümmung der Wirbelsäule bewirkt allmählich eine starke Abnahme der Körpergrösse. Als häufigste Ursachen für die nicht puerperale Form der Osteomalazie werden in den Lehrbüchern angegeben: Schlechte Nahrung, das Bewohnen feuchter, dunkler Räume, und die plötzliche Durchnässung des erhitzten Körpers. Ausserdem ist die Osteomalazie in einzelnen Gegenden endemisch zu Hause und zu diesen gehört der Niederrhein unterhalb Köln. Sie tritt gewöhnlich zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr auf.

Vergegenwärtigen wir uns nun noch einmal den aktenmässig feststehenden Verlauf im vorliegenden Falle:

Der 39jährige frühere Soldat L., wohnhaft am Niederrhein, wird mitten in schwerer Arbeit im Sommer von einem Wolkenbruch überrascht, durchnässt und muss dann noch, um sein Leben zu retten, 10 bis 30 Minuten im kalten Wasser herumschwimmen. Bald darauf suchte er wegen rheumatischer Schmerzen ärztliche Hülfe nach; seine Leistungsfähigkeit verringert sich, er giebt die schwere Arbeit auf und macht nur noch Maurerflickarbeiten und nach knapp $^5/_4$ Jahren ist er vollkommen arbeitsunfähig. Nach der — freilich nicht bewiesenen — Aussage seiner Frau und der Krankenhausärzte ist schon 4 bis 5 Monate später ein Buckel vorhanden, der in hohem Grade dann $1^1/_2$ Jahre später ärztlich sicher festgestellt wird. Der jetzige Befund ist ein derartiger, dass eine andere Krankheit als Ursache für die Formveränderung der Wirbelsäule fast auszuschliessen, die Annahme der Osteomalazie daher per exclusionem wahrscheinlich ist. Der Untersuchungsbefund, die Abnahme der Körpergrösse, der Krankheitsverlauf und die Symptome, Alles spricht dafür, auch das Röntgenbild, obgleich ich diesem einen entscheidenden Werth nicht beimessen möchte, weil bei der Deutung von Röntgenbildern der Wirbelsäule noch zu viele Fehlerquellen vorhanden sind und unsere Erfahrung darüber noch zu jung ist. Alles in Allem muss ich es für wahrscheinlich halten, dass der jetzige Befund an der Wirbelsäule die Folge einer osteomalazischen Erkrankung ist, und für sicher, dass der Ausbruch dieser Krankheit durch die plötzliche Durchnässung des wahrscheinlich erhitzten Körpers befördert ist. Bei der Mangelhaftigkeit der ärztlichen Beobachtung in den ersten Jahren und den widersprechenden Gutachten des zuerst behandelnden Arztes ist mit absoluter Bestimmtheit eine Entscheidung nicht möglich.

Nach dem vorliegenden Aktenmaterial und meinem jetzigen Untersuchungsbefunde muss ich mein Obergutachten dahin abgeben, dass die Buckelbildung bei L. mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 27. August 1894 zurückzuführen ist und dass L. zur Zeit vollkommen erwerbsunfähig ist.

Das vorstehende Obergutachten ist vom Rekursgerichte für ausschlaggebend erachtet worden und hat zur Gewährung der Vollrente an den Kläger geführt.

B. Bakteriologie, Infektionskrankeiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Der Einfluss niederster, mit flüssiger Luft erhaltener Temperaturen auf die Virulenz der pathogenen Keime. Von Dr. C. M. Belli, Königl. Marinearzt I. Klasse und Honorar-Assistenten im hygienischen Institut. Aus dem hygienischen Institut der Königl. Universität Padua unter Leitung des Prof. A. Serafini. Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten; I. Abth., 1902, Bd. 31, Nr. 8.

Belli setzte Bazillen der Hühnercholera, sporenfreie Milzbrandbazillen, sowie Milzbrandsporen theils in Eprouvetten eingeschlossen, theils auf Streifen von Filtrirpapier angetroeknet der Einwirkung flüssiger Luft (Temp. — 190°) aus und fand dabei, dass die Zahl der sporenfreien Bakterien, sowie ihre Virulenz durch die niedrige Temperatur reduzirt wurden, dass dagegen die Ent-

wickelungsfähigkeit der überlebenden keine Einbusse erlitt. Milzbrandsporen wurden hingegen nicht merklich beeinflusst. Dr. Lentz-Berlin.

Ueber die Bedeutung des Danysz'schen Bacillus bei der Rattenvertilgung. Von Dr. Gottlieb Markl. Aus dem staatlichen serotherapeutischen Institute in Wien (Vorstand: Prof. Dr. Paltauf). Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten; 1. Abtheilung, Bd. 31., Nr. 5.

Danysz hatte bei einer spontanen Epidemie von Feldmäusen einen dem Löffler'schen Mäusetyphusbacillus ähnlichen Mikroben gefunden, der bei geeigneter Kultivirung eine hohe Pathogenität für Ratten annahm, und deshalb von seinem Entdecker als geeignet zur Rattenvertilgung empfohlen worden war. Markl konnte im Allgemeinen die Angaben von Danysz bestätigen. Er fand jedoch, dass die Pathogenität des Bacillus für Ratten schnell abnahm, so dass er sich nach dreimaliger Passage durch den Rattenkörper für diese Thierspexies nicht mehr pathogen erwies. Diese Eigenthümlichkeit erschwert selbstverständlich die praktische Ausnutzung des Bacillus bedeutend.

Bei seinen Versuchen machte Markl die merkwürdige Beobachtung, dass der Bacillus Danysz durch starkes Typhusserum (Titer 1 : 30000) noch in der Verdünnung 1 : 200 agglutinirt wurde, wie auch umgekehrt das Serum eines mit Bacillus Danysz immunisirten Kaninchens (Titer 1 : 100) Typhusbazillen noch in der Verdünnung 1 : 200 agglutinirte.

Dr. Lentz-Berlin.

Vergleichende Untersuchungen über den Bacillus Danysz und über einen neuen für Ratten pathogenen Mikroben. Von Max Grimm. Aus dem landwirthschaftlich-bakteriologischen Laboratorium des Ministeriums der Agrikultur zu St. Petersburg. Ibidem.

Grimm hat den von Issatschenko und Kulescha gefundenen Ratten tödtenden Bacillus, den er Bacillus septicaemiae murium nennt, und den Bacillus Danysz mit einander verglichen und gefunden, dass dieselben kulturell grosse Unterschiede zeigen. Er bestätigt die Angaben von Issatschenko über die spezifische Wirkung des Bacillus septicaemiae murium auf Mäuse und Ratten. Auch er hat konstatirt, dass der Bacillus Danysz durch die Weiterzüchtung auf künstlichen Nährböden rasch seine Virulenz einbüsst.

Dr. Lentz-Berlin.

Der Smegmabacillus. Von Dr. A. Moeller in Belzig. (Mit zwei Tafeln.) Ibidem.

Während eine Reinzüchtung des Smegmabacillus bei Verwendung der gebräuchlichen Nährböden nicht gelang, erzielte Moeller durch Verimpfung von Smegma in menschliches Serum, das er aus einer durch Applikation von Emplastrum cantharidum erzeugten Blase erhielt, zunächst eine starke Anreicherung der Bazillen. Es bildete sich auf der Oberfläche des Serums ein Häutchen, das die Smegmabazillen in enormen Mengen enthielt. Moeller strich von diesem Häutchen kleine Mengen auf Glyzerin-Agar-Platten aus und erhielt nun isolirte Kolonien von Smegmabazillen. Auch auf eine grosse Zahl anderer gebräuchlicher Nährböden konnten die Bazillen übertragen werden. Interessant ist die Beobachtung Moeller's, dass die Bazillen bei den ersten Uebertragungen stets nur sehr langsam wuchsen, so dass erst nach 3—4 Tagen Wachsthum zu erkennen war, dass sie aber schon nach wenigen Uebertragungen sich an den neuen Nährboden gewöhnt hatten und nun schon nach 24 Stunden deutliches Wachsthum erkennen liessen. Die Bazillen erwiesen sich stets als säurefest. Im Thierversuch erwiesen sie sich stets als nicht pathogen.

Dr. Lentz-Berlin.

The etiological significance of Bacillus dysenteriae (Flexner) as tested by the agglutinative reaction with the serum of patients suffering from dysenterie symptoms. By Alexander G. R. Foulerton, F. R. C. S., Lecturer on Bacteriology and on Public Health to the Middlesex Hospital. (From the Bacteriological Departement of the Middlesex Hospital, London W.) Ibidem.

Foulerton hat Sera, die von Ruhrkranken verschiedener Herkunft (China, Südafrika, London) stammten, sowie Sera von an anderen Darmkrankheiten Leidenden bezüglich ihrer agglutinirenden Wirkung auf den Bacillus Dysenteriae Flexner geprüft. Während das Serum der letzteren höchstens noch in einer Verdünnung von 1 : 10 eine leidliche Agglutination gab, erhielt Foulerton mittelst der Sera von Ruhrkranken bei einer Verdünnung von 1 : 40, bisweilen sogar noch von 1 : 100 eine deutliche Agglutination. Nur in einem Falle von chronischer Dysenterie gab das Serum keine Reaktion. In keinem der Ruhrfälle waren Amöben gefunden worden.

Auf Grund dieser Untersuchungen glaubt Foulerton die Diagnose auf Dysenterie stellen zu dürfen, wenn das Serum des Patienten in einer Verdünnung von wenigstens 1 : 40 echte Dysenteriebazillen agglutinirt.

Dr. Lentz-Berlin.

Zur Verbreitung der Amöbenenteritis. Von Dr. A. Ucke, Prosektor des deutschen Alexanderhospitals für Männer in St. Petersburg. Ibidem.

Ucke hat mehrfach in dem Stuhl von an Dysenterie Erkrankten die charakteristischen Amöben nachweisen können. Es gelang ihm auch zwei Mal mit solchem amöbenhaltigen Stuhl, von denen der eine einer in den Tropen, der andere einer in den russischen Ostseeprovinzen acquirirten Dysenterie entstammte, Katzen zu infiziren; er konnte in ihren Dejektionen die Amöben nachweisen. Die Thiere gingen an Inanition zu Grunde; geschwürige Prozesse hatten sich bei ihnen im Darm nicht entwickelt. Dr. Lentz-Berlin.

Färbemethoden für Malariaparasiten. Von G. Giemsa, Assistenten am Institut. Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg. (Vorläufige Mittheilung.) Ibidem.

Das von Reuter zur Färbung von Malariaparasiten empfohlene A-Methylenblau-Eosin ist kein chemisch reiner Körper, sondern ein Gemisch aus den Eosinsalzen des Methylenblaus, Methylenvioletts und Methylenazurs. Besonders das Eosinsalz des Methylenazurs ist für die Färbung der Malariaparasiten nach der Romanowski'schen Methode von grösster Bedeutung, da es die Rothfärbung des Chromatinkörperchens des Parasiten bewirkt.

Giemsa ist es gelungen, den bisher nur sehr schwer erhältlichen und sehr theueren Methylenazur auf relativ einfachem und billigem Wege herzustellen. Er hat in diesem Körper einen Farbstoff von ausserordentlicher Vielseitigkeit gefunden, dem er eine grosse Zukunft als Blutfärbungsmittel verheisst.

Dr. Lentz-Berlin.

Uebertragungsversuche von Lepra auf Thiere. Von Dr. Y. Tashiro. Aus dem hygienischen Institut der Universität Tokio (Direktor: Professor Dr. M. Ogata). Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten; 1902, I. Abth., Bd. 31, Nr. 7.

Tashiro hat einer Reihe von Kaninchen, Meerschweinchen, Affen, Hühnern, Kanarienvögeln und Tauben theils Lepraknoten und Leprabazillen enthaltende Nervenstücke implantirt, theils Emulsionen von solchen injizirt. Er stellte danach fest, dass die Leprabazillen noch nach Wochen in den inneren Organen der Thiere nachweisbar sind, dass sie aber nach und nach aus dem Thierkörper verschwinden. Lepröse Neubildungen hat er nie erzeugen können. Seine Untersuchungen bilden somit eine weitere Stütze der heute herrschenden Ansicht, dass die Lepra eine nur dem Menschen eigenthümliche Krankheit ist.

Dr. Lentz-Berlin.

Weitere Mittheilungen über die Verbreitung des Weichselzopfes. Von Dr. Otto Lentz, Kreisassistenzarzt. Aus den Akten des Königl. Preussischen Kultusministeriums. Klinisches Jahrbuch; 8. Band, 3. Heft, S. 385 u. flg. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1902.

Möbius hat im vorigen Jahre über das Resultat amtlicher Feststellungen über die Verbreitung des Weichselzopfes in den drei Regierungsbezirken Marienwerder, Bromberg und Posen berichtet. Weitere Ermittelungen, die seitens des Herrn Kultusministers in den 9 übrigen Regierungsbezirken, in denen der Weichselzopf noch vorkommt (Königsberg, Gumbinnen, Danzig,

Stralsund, Stettin, Köslin, Breslau, Liegnitz und Oppeln) veranlasst wurden, haben zu dem Ergebniss geführt, dass in den Jahren 1899 und 1900 in Preussen im Ganzen noch über 6500 Weichselzopfträger vorhanden waren. Der Zahl der letzteren nach stehen unter den Regierungsbezirken Posen, Bromberg und Marienwerder unter den Kreisen Inowrazlaw, Thorn und Schroda an der Spitze. Mit geringen Ausnahmen war der Weichselzopf unter der polnischen Bevölkerung häufiger als unter der deutschen (Verhältniss 6 : 1) und entsprechend waren die Katholiken stärker betheiligt als die Protestanten (Verhältniss 6,7 : 1).

Die Zahl der weiblichen Zopfträger war 8 Mal grösser als die der männlichen. In der weitaus grossen Mehrzahl gehörten die Weichselzopfträger der ärmeren Bevölkerung an.

Nach der fast allgemein herrschenden Ansicht der Aerzte ist der Weichselzopf die Folge von Unsauberkeit und mangelnder Haarpflege, wie dies auch die in den Berichten enthaltenen kurzen Krankengeschichten erkennen lassen. Nur wenige Aerzte halten den Weichselzopf noch für eine Krankeit sui generis.

Neben Unsauberkeit und Nachlässigkeit in der Haarpflege geben häufig langdauerndes Krankenlager in Folge chronischer Krankheiten, vor Allem aber der noch immer sehr verbreitete Aberglaube, dass durch die Bildung eines Weichselzopfes chronische Krankheiten aus dem Körper entweichen sollen, den Grund für die Entstehung dieser hässlichen Missbildung ab, wie das Auftreten des Weichselzopfes im Kreise Allenstein beweist, wo ein alter katholischer Geistlicher, der in seinem Bezirk auch die „Heilkunde" betreibt, als Mittel gegen die verschiedensten Krankheiten seinen Patienten räth, das Haar nicht zu kämmen, um auf diese Weise „dem Weichselzopf, der im Körper stecke, zu ermöglichen, herauszukommen". Auch über den für die Entfernung des Weichselzopfes günstigsten Zeitpunkt herrschen alle möglichen abergläubischen Vorstellungen.

Dieser Aberglaube, der, wie Verfasser aus eigener Beobachtung bestätigen kann, ausserordentlich fest eingewurzelt sein kann, lässt sich nicht durch polizeiliche Massnahmen ausrotten. Der Kampf gegen den Weichselzopf muss in erster Linie auf dem Wege der Belehrung des im Aberglauben gefangen gehaltenen Volkes aufgenommen werden; denn das einzig rationelle Mittel der Beseitigung der Missbildung ist das Abschneiden des Zopfes und die Heilung etwa vorhandener Kopfekzeme. Neben den Aerzten sind hier vor Allem die Geistlichen und Lehrer berufen, durch Belehrung des Volkes Segen zu stiften. Autoreferat.

Der Alkohol als Händedesinfektionsmittel. Von R. Schaeffer-Berlin. Vortrag, gehalten in der Berliner med. Gesellschaft am 12. Februar 1902. Berliner klin. Wochenschrift; 1902, Nr. 9 und 10; cf. Verhandlungsbericht in Nr. 9 der Wochenschrift.

In seinem Vortrage tritt Verfasser den pessimistischen Anschauungen der neuesten Richtung, besonders denjenigen von Paul und Sarwey, dass es durch kein Mittel möglich sei, die Hände auch nur einigermassen keimfrei zu machen, entgegen und führt die Ansprüche auf ein richtiges Mass zurück.

Da eine absolut zuverlässige Keimfreiheit der Hände sich nicht erzielen lässt, muss man untersuchen bis zu welchem Grade und mit welchen Mitteln man am nächsten dem Ideal der völligen Keimfreiheit kommt. Nach Verfassers Untersuchungen genügt am besten die Heisswasser-Alkohol-Methode zur „hochgradigen Keimarmuth". Aus den Versuchen geht hervor, dass das intensivste Waschen, Bürsten, Abscheuern und Abreiben der Hände noch eine Unzahl von Keimen auf dieser zurücklässt. Dass eine 5 Minuten währende Alkoholwaschung eine nur einigermassen sichere Abtödtung der in der Epidermis sitzenden Handkeime bewirken könne, ist trotz der bakterientödtenden Eigenschaft des Alkohols ausgeschlossen. Verdünnter Alkohol erweist sich innerhalb der praktisch allein in Betracht kommenden 5—10 Minuten nicht wirksamer als absoluter Alkohol. Zahlreiche lebensfähige Keime finden sich in dem zum Waschen benutzten Alkohol. Die schrumpfende und härtende Eigenschaft des Alkohols bewirkt bei Alkoholwaschung ohne vorherige Heisswasserwaschung eine verminderte Abgabefähigkeit der Hand an Keimen für kurze Zeit. Die fett- und epithellösende Kraft des konzentrirten Alkohols ist eine stärkere nach vorhergegangener Heisswasserwaschung. Es ist gerade diese wesentlich mecha-

nisch-reinigende Eigenschaft des Alkohols, welche seinen Hauptwerth als Händedesinfektionsmittel bedingt. Während nach 10 Minuten dauernder Heisswasserwaschung noch durchschnittlich 500 Keime bei jedesmaliger Einzeluntersuchung abgeschabt werden konnten, blieben nach der darauffolgenden 5 Minuten langen Alkoholbürstung und ca. 15 Minuten langem Aufweichen der Hände in sterilem Wasser nur 3 Keime übrig. Diese dem Ideal sehr nahekommende Heisswasser-Alkohol-Methode ist den übrigen Desinfektionsverfahren sehr überlegen, wie die Durchschnittszahlen des ermittelten Keimgehalts nachstehender Aufstellung ergeben:

1. Heisswasser-Alkohol-Methode . . . 3 Keime
2. Seifenspiritus-Methode (Mikulicz) . 25 „
3. 1 p. M. Sublimatlösung . . . . ca. 150 „
4. Quecksilberanthylendiamin 4 p. M. „ 145 „
5. Lysol $1^{3}/_{4}$ p. Ct. . . . . „ 76 „
6. Lysoform $3^{1}/_{2}$ p. Ct. . . . . „ 1500 „
7. Chinosol 6 p. Ct. . . . . „ 500 „
8. Schleich'sche Marmorseife . . „ 2000 „

Die von Schaeffer empfohlene Händedesinfektion ist folgende: 5 Min. langes intensives Waschen in überheissem Wasser mit Schmierseife und sauberer Bürste, hierauf Benutzung des Nagelreinigers und energisches Abreiben der Hände an einem sterilen Tuch, alsdann 5 Min. langes Bürsten in Alkohol, am besten unter Erneuerung desselben. Kurzes Abspülen der in Alkohol gewaschenen Hände in einer zweifellos sterilen Lösung (z. B. 1 °/₀₀ Sublimat) ist gewiss von Vortheil.

In der Diskussion theilt Blumberg mit, dass er mit der Heisswasser-Alkohol-Methode bei seinen an Thieren angestellten Versuchen bezüglich der Beseitigung der Virulenz der an den Händen befindlichen Keime schlechte Resultate erzielt habe und tritt für Quecksilberanthylendiamin (Sublamin) ein. Fürbringer betont den Werth der Alkoholeinschiebung zwischen Seife und des Antiseptikum. Schaeffer führt die schlechten Resultate von Blumberg auf die Art der Prüfung zurück, welche nicht darauf Rücksicht genommen habe, dass in dem benutzten Alkohol lebensfähige Keime vorhanden seien, welche den Händen anhafteten, falls der Alkohol nicht gewechselt worden sei.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Die Reinigung des Obstes vor dem Genusse. Von Dr. Bernhard Ehrlich, approbirter Arzt aus Strassburg. Aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie an der Universität Strassburg. Archiv für Hygiene; 1901, 11. Band, Heft 2.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass das Obst, wie es heutzutage zum Verkauf angeboten wird, auf seiner Oberfläche vielfach beschmutzt ist und eine grosse Anzahl kleiner und kleinster Lebewesen beherbergt, die zum Theil direkt gesundheitsschädlich wirken können. Fälle von Uebertragung von Cholera, Typhus, ja von Tuberkulose durch Obst sind bekannt geworden. Einen gewissen Schutz gegen derartige Vorkommnisse bildet das Schälen und Waschen des Obstes.

Es fehlten bisher noch exakte Untersuchungen darüber, ob in der That und in welchem Masse Schmutz dem käuflichen Obst anhaftet und ob eine Reinigung des Obstes vor dem Genusse zu erzielen ist.

Um den Grad der Beschmutzung festzustellen, wusch Verfasser das Obst und stellte durch das Plattenverfahren die Zahl der im Waschwasser vorhandenen Bakterien fest, ausgehend von der Thatsache, dass da wo Schmutz ist, auch Bakterien sind.

Auf etwa 200 g des Obstes berechnet, fand Ehrlich folgende Zahlen der in das Wasser übergegangenen Bakterien:

Heidelbeeren 400000 Keime, Zwetschgen 470000, Mirabellen 700000, Birnen 800000, Stachelbeeren 1000000, Gartenerdbeeren 2000000, Himbeeren 4000000, Weintrauben 8000000, Johannisbeeren 11000000 und Kirschen 12000000 Keime.

Aus ästhetischen wie hygienischen Gründen zwingen diese Zahlen zu der Forderung, alles Obst vor dem Genusse zu reinigen. Sie lehren aber auch gleichzeitig, dass schon durch einfaches Abwaschen des Obstes eine grosse

Menge von Bakterien und somit von Schmutz von dem Obste entfernt werden kann.

In einer zweiten Versuchsreihe wandte Ehrlich die gebräuchlichsten Methoden der Reinigung des Obstes, wie sie im Haushalt geübt werden, an, und prüfte durch Plattenverfahren dieselben auf ihren Werth. Dabei fand er:

Einfaches Abreiben der Früchte mit einem trockenen Lappen verringerte die Zahl der am Obst haftenden Bakterien nur unwesentlich; es ist aber eine gute Vorbereitung für eine auf das Abreiben folgende Waschung, bei der dann eine beträchtlich höhere Zahl von Bakterien entfernt wird als durch eine einfache Waschung.

Blosses Eintauchen des Obstes in Wasser, wie es besonders bei Weintrauben geübt wird, hat nur einen minimalen Werth.

Dagegen hat mehrfaches Waschen des Obstes, besonders in fliessendem Wasser, den günstigsten Einfluss auf die Entfernung der Bakterien.

Auch Waschen in 0,5prozentiger Zitronensäurelösung wirkte sehr gut. War der Schmutz am Obst angetrocknet, so hafteten auch die Bakterien fester.

Was die Arten der von Obst gezüchteten Bakterien betrifft, so wurden an Birnen und Aepfeln häufig Koli- und Proteusarten, bisweilen auch chromogene Bakterien, an Trauben besonders Schimmelpilze gefunden.

Verfasser empfiehlt auf Grund seiner Versuche, Obst vor dem Genusse einer gründlichen Waschung, am besten in strömendem Wasser, zu unterziehen; wenn viel trockener Schmutz an dem Obst klebt, die Waschung zu wiederholen. Birnen und Aepfel, die mit der Schale genossen werden sollen, empfiehlt er, vor der Waschung mit einem trockenen Lappen tüchtig abzureiben.

(Im Allgemeinen haben also die Versuche von Ehrlich ergeben, dass der praktische Sinn unserer Hausfrauen zumeist die richtige Methode getroffen hat, das Obst von dem anhaftenden Schmutze zu säubern.)

Dr. Lentz-Berlin.

---

1. **Uebersicht über die verschiedenen Arten der Reinigung städtischer Abwässer.** Von Stadtbauinspektor Voss in Elberfeld. Auszug aus einem öffentlichen Vortrage. Zentralblatt f. allgem. Gesundheitspflege; 1901. 9. u. 10. Heft.

2. **Zur biologischen Reinigung städtischer Schmutzwässer.** Von Stadtbaurath C. Heuser in Aachen. Ibidem; 1901, 11. u. 12. Heft.

1. Der Verfasser bespricht die bekannten Nachtheile der mechanischen und chemisch-mechanischen Kläranstalten. Die Reinigung der Abwässer ist besonders bei dem mechanischen Verfahren, welches in einem Sedimentirungsprozess besteht, ungenügend, so dass die Einleitung des geklärten Wassers wegen des Reichthums an gelösten organischen Substanzen in die Flüsse bedenklich erscheint; ferner fällt bei diesem Verfahren und noch weit mehr bei der chemisch-mechanischen Methode in Klärbecken, -brunnen oder -thürmen die Anhäufung des als Düngemittel ziemlich werthlosen Schlammes, welcher leicht in Fäulniss übergeht und hierdurch weitere Nachtheile und Belästigungen mit sich bringt, ausserordentlich schwer in's Gewicht.

Das Degener'sche Kohlebreiverfahren (Postdam, Soest) bei welchem der Schlamm in komprimirter Form zur Verbrennung und Vergasung verwerthet wird, dürfte wegen der Kostspieligkeit kaum eine grössere Verbreitung finden.

Erheblich besser steht es mit der Reinigung der Abwässer bei dem Berieselungsverfahren, welches jedoch bestimmte Bodenformationen zur Voraussetzung hat und ferner in dichtbevölkerten Gegenden nicht verwendbar ist. Die Leistungsfähigkeit der Rieselfelder lässt sich durch Drainage erheblich erhöhen, indem hierdurch sowohl die Abführung des gereinigten Wassers, als auch die Zuführung des zur Mineralisirung der Verunreinigungsstoffe nöthigen Sauerstoffes erleichtert wird. Bei einer intermittirenden Berieselung mit einem 8tägigen Filtrationsturnus, soll 1 qm Fläche zu einer täglichen Reinigung von 1000 l Abwässer genügen, wenn der Boden durch genügende Drainage vorbereitet ist.

Verfasser bespricht alsdann das biologische Verfahren, welches auf kleinerem Raume die Reinigung der Abwässer zu bewirken vermag. Nach diesem Verfahren ist in der Industriestadt Manchester eine Anlage projektirt, welche täglich 136000 cbm Schmutzwasser von 650000 Menschen auf

Filterlatten von 24 1/4 ha Grösse bei täglich viermaliger Beschickung zufolge der Erfahrungen an einer Versuchsanlage reinigen soll.

2. Die biologische Reinigung wird in der Arbeit von Heuser ausführlicher behandelt. Derselbe referirt über die Arbeiten Sir Alexander Binnie, D. Franks Clowes, Lieutenant-Colonel A. S. Jones, K. F. Campbell und A. B. Macdonald, welche das Verfahren theils mit, theils ohne einen Faulraum in Anwendung brachten. Es ist zunächst erforderlich, die Abwässer mittelst Rechen oder Siebe und durch Absetzenlassen von den gröberen festeren Stoffen, wie Sand, Erde, Stroh, Korke u. s. w. zu reinigen, da diese der vollständigen Zersetzung nicht oder doch nur langsam zugänglich sind. Darauf werden in den meisten Anstalten die Abwässer einem grösseren, als Faulraum dienenden Becken übergeben, in welchem die suspendirten organischen Substanzen durch Wirkung der anaëroben Fäulnisskeime in Lösung überführt werden, da sie in gelöstem Zustande weit besser in den Bakterienbetten der weiteren Zersetzung der Mineralisirung unterliegen. Ausserdem wird durch die Vorgänge im Faulraum eine grössere Gleichmässigkeit der zu klärenden Wässer und damit leichterer Betrieb der Anlage erzielt. Der Faulraum kann auch durch eine vorherige mechanische Klärung ersetzt werden. Hierauf gelangen die Abwässer auf ein oder mehrere Bakterienbetten, welche mit zerkleinertem Koks, Kohlenschlacken, Ziegelbraken oder Kies von 3—25 mm Korngrösse beschickt sind. Bei intermittirendem Betriebe findet nun durch Wirkung von aëroben Bakterien unter Sauerstoffzutritt die Mineralisirung der gelösten Stoffe innerhalb der Poren des Füllmaterials statt. Der organische Stickstoff der Abwässer wird nur zum Theil, zu 7—30 % in Nitrite und Nitrate übergeführt, zum Theil findet er sich in reiner Form in den geklärten Abwässern absolvirt, zum anderen Theil geht er in die Atmosphäre über; ein Theil findet sich im Stoffwechsel von kleinen Würmern und Insekten wieder, welche sich in den Bakterienbetten in grosser Zahl entwickeln. Die chemische Beschaffenheit des gereinigten Wassers ist eine gute, und es gelingt bei doppelter Reinigung in den Bakterienbetten die gelösten organischen Substanzen um 70,6 % zu vermindern; ein derartiges Wasser soll bei erhöhter Temperatur gehalten, später nicht mehr in Fäulniss übergehen, so dass es unbedenklich in Flüsse eingeleitet werden darf. Dagegen sollen die Bakterien der Abwässer nur unbedeutend durch den Reinigungsprozess vermindert werden.

Eine gänzliche Vermeidung der Schlammbildung lässt sich freilich auch bei dem bakteriologischen Verfahren nicht erreichen; es muss bei dem Betriebe durch zeitweilige Ruhe der Bakterienlatten eine Verschlammung derselben sorgfältig vermieden werden. Die Kosten stellen sich nach Jones auf 25,2 M. pro qm der Bakterienbetten. Es mag schliesslich bemerkt werden, das nach dem Verfasser das Verfahren sich nicht für alle Abwässer eignet; „es ist daher erforderlich, dass jede Stadt zunächst mit ihren eigenen Abwässern Versuche anstellt, ehe sie zur Anwendung des Verfahrens auf ihre gesammten Abwässer übergeht.“ Dr. Boretius-Waldenburg in Schl.

Ueber die Abwässerfrage. Von Professor Dr. Kruse in Bonn. Bericht über die am 19. Oktober 1901 in Düren abgehaltene General-Versammlung des niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. Ibidem; 1902. Heft 1 u. 2.

Verfasser sieht als hygienischen Endzweck jeder Kanalisation die Befreiung der Wohnhäuser und deren nächster Nachbarschaft von den Abwässern als einer reichhaltigen Infektionsquelle; demgegenüber kommt erst in zweiter Linie die Frage der Flussverunreinigung in Betracht. Es ist daher bei der Anlage neuer Wohnstätten neben der Wasserleitung zunächst auf die innere Entwässerung derselben durch unterirdische Hausanschlüsse Bedacht zu nehmen, damit hierdurch die Abwässer Mangels anderweitiger Kanalisationsanlagen vor der Hand ihren Weg zu dem zunächst gelegenen Chausseegraben nehmen können. Sollen nun dieselben einem Flusse übergeben werden, so kommt es wesentlich auf die Eigenschaften des letzteren, seine Menge und Strömungsgeschwindigkeit, ferner auf die Masse und Art der Abwässer an, wenn die Nothwendigkeit der vorherigen Reinigung und Klärung erwogen wird. Bei grossen Flüssen, z. B. dem Rhein, soll nach Kruse durch Einleitung der Abwässer weder die Fischzucht wesentlich leiden, noch den Anwohnern erhebliche

Gefahren durch das Baden drohen; doch können solche Flüsse bei Ueberschwemmungen zu sanitären Missständen und hochgradigen Belästigungen Anlass geben. Bei langsam fliessenden Strömen macht sich die auf Sedimentirung beruhende Schlammbildung durch Fäulniss und damit verbundener Geruchsbelästigung in äusserst unangenehmer Weise geltend; sie stellt indessen nach Kruse den wesentlichsten Faktor der Selbstreinigung des Gewässers von den Bakterien, den Sink- und Schwebestoffen dar, während anderseits bei reissenden Strömen diese Stoffe zwar weitergespült werden, sich jedoch erhalten.

Kruse gruppirt die einzelnen Systeme der Abwässerreinigung darnach, wie die Bakterien, die suspendirten schlammbildenden oder die gelösten Stoffe entfernt werden. Er bespricht ausführlich das biologische Verfahren, welches nach ihm für solche Fälle passt, wo eine gründliche Reinigung von schlammbildenden und gelösten fäulnissfähigen Stoffen Noth thut. Wenn er jedoch darin „gegenüber den mechanischen oder chemischen Klärsystem keinen wesentlichen Fortschritt sieht, insofern als die Unschädlichmachung der Bakterien der Abwässer und die definitive Beseitigung des gebildeten Schlammes in Betracht kommt", so dürfte diese geringschätzige Ansicht kaum allgemeine Anerkennung finden. Darin kann man Kruse aber beistimmen, dass sich die Vernichtung der Krankheitskeime selbst an einer anderen Stelle ebenso sicher und billiger durch Desinfektion am Krankenbett, als durch solche der ganzen Abwässermenge erreichen lässt.

Die lästige Schlammplage von Seiten der chemischen und mechanischen Klärsysteme findet ausführliche Besprechung. Von besonderer Wichtigkeit ist ferner die Beurtheilung des Kostenpunktes der verschiedenen Systeme, und hierüber findet sich in der Arbeit von Kruse eine übersichtliche Zusammenstellung, aus welcher er das Fazit zieht, „dass die besten Reinigungssysteme leider auch die theuersten sind".

Bei kleinen Flüssen, welche, zumal in Industriebezirken von allen Seiten neue stark verunreinigte Zuflüsse empfangen und bestimmt sind, die sämmtlichen Abwässer aufzunehmen, will Kruse auf alle vorherigen Reinigungen der letzteren verzichten, da er jene als natürliche Abzugskanäle ansieht; er verlangt deshalb nur, dass durch Beseitigung von etwaigen Stauen, durch Verbesserung der Gefälle und durch Regulirung der Ufer die Vorfluth gebessert wird.

Kruse fasst den Inhalt seines Vortrages in 13 Thesen zusammen, bezüglich deren, ebenso wie über die Einzelheiten der interessanten Darlegungen auf das Original verwiesen werden muss.

In der Diskussion erörtert Baurath Lindley-Frankfurt a. M., dass das Wesen der Selbstreinigung der Flüsse nicht in der Schlammbildung, sondern nach der Pettenkofer'schen Ansicht in den Vorgängen der Durchlüftung und Durchmischung der gesammten verunreinigten Wassermasse bei beschleunigter Strömungsgeschwindigkeit zu suchen sei. Er bespricht das in Frankfurt a. M. in Anwendung gebrachte Klärverfahren, bei welchem schwefligsaure Thonerde mit Kieselsäurehydrath und ein wenig Kalk zugesetzt wird; hierdurch wird die produzirte Schlammmenge nicht wesentlich durch die chemischen Zusätze vermehrt. Der Schlamm wird landwirthschaftlich verwerthet.

Redner verspricht dem biologischen, bezw. dem Oxydationsverfahren eine grosse Zukunft, es sei hierbei jedoch wichtig, dass der mineralische Schlamm, bei grossstädtischen Abwässern ein erheblicher Bestandttheil, welcher nicht weiter zersetzt werden kann und leicht die Poren der Filter verstopft, vorher möglichst entfernt werde. Mit vollem Recht wird auf die Abtödtung sämmtlicher Bakterien nicht mehr derselbe Werth gelegt wie früher, da dieselben eine wichtige Rolle bei der Zersetzung der Fäulnissstoffe spielen. Redner erörtert eingehend, dass man über die Assanirung der Wohnstätten selbst, über die Ableitung der Abwässer aus denselben die möglichste Reinhaltung der Flüsse nicht vergessen darf; dementsprechend wendet er sich gegen die Anschauung von Kruse, manche Flüsse als natürliche Abzugskanäle aufzufassen.

Stadtbaurath Scheuernagel-Cöln schildert den Entwicklungsgang der Abwässerfrage für die Stadt Köln, woselbst zur Zeit in versuchsweise angelegten Klärbecken ohne Zusatz von Chemikalien durch Modifizirung der Strömungsgeschwindigkeit der Abwässer die Reinigung derselben von den Bakterien und den Schwebestoffen erprobt wird. Während nach der Forderung der preussischen Staatsregierung zur genügenden Reinigung die Geschwindig-

keit von 4 mm in der Minute bei 40 m Klärbeckenlänge für nöthig gehalten wird, hat es sich gezeigt, dass sich bei einer grösseren Geschwindigkeit von 4 cm in der Minute eine nahezu gleich ergiebige Reinigung erzielen lässt. Es soll durch Versuche festgestellt werden, ob eine bis zu 10 cm gesteigerte Strömungsgeschwindigkeit genügt, um eine derartige Reinigung zu erreichen, wie sie von Seiten der preussischen Staatsregierung als Bedingung für die Einleitung in den Rhein gestellt worden ist. Redner weist auf die Verhältnisse in Düsseldorf hin, wo die Abwässer mit einer Geschwindigkeit von 11 cm durch die Klärbecken gehen, und wo nach dem Rien'schen System Siebe mit 3 mm Stababstand zur mechanischen Reinigung beitragen.

Geh. Baurath Stübben-Cöln bespricht die Nothwendigkeit der Beseitigung von Stauen in kleinen Wasserläufen, welche Abwässer aufnehmen. Wo nur geringe Geldmittel für die Abwässerreinigung zur Verfügung stehen, hält er es doch für erforderlich, die häuslichen und gewerblichen Abwässer sammt den Faekalien in unterirdischen Kanälen abzuleiten, während die Meteorwässer in den Strassenrinnen abfliessen mögen.

Zivil-Ingenieur Unna-Köln weist gleichfalls auf die Härte hin, welche in der erwähnten Forderung der preussischen Staatsregierung bezüglich der Strömungsgeschwindigkeit liegt.

Ingenieur Schott-Köln sieht in der Farbe der Flussalgen ein Kriterium für die Verunreinigung der Ströme durch Abwässer; dieselben verlieren durch die Kanaljauche ihre grüne Farbe und werden grau. Er betont die Wichtigkeit der Reinhaltung der Ströme.

Prof. Dr. Kruse erörtert in seinem Schlusswort genauer seine Ansicht über die Selbstreinigung der Flüsse. Entgegen der alten Pettenkofer'schen Ansicht ist nach ihm hierfür der massgebende Moment die langsame Strömung des Wassers, die wesentlich durch Sedimentirung wirkt; sie führt freilich zur Verschlammung der Flüsse mit ihren unangenehmen Folgezuständen und erweist sich dadurch als ein „Danaergeschenk". Er betont schliesslich noch einmal die Wichtigkeit der Thatsache, dass die unschädliche Beseitigung der Abwässer aus der Nähe der Wohnstätten die Hauptsache in der Abwässerfrage darstellt. Dr. Boretius, Waldenburg i. Schl.

Zur Bedeutung der Flussufer für die Selbstreinigungskraft der Flüsse. Von Dr. Bonne. Vortrag, gehalten in der Sitzung des ärztlichen Vereins zu Hamburg am 29. April 1902. Deutsche med. Wochenschrift; Vereinsbeilage zu Nr. 29, 1902.

Referent kommt auf Grund jahrelanger Beobachtungen und eingehender Untersuchungen über den Zustand und die Verhältnisse an den Ufern der Unterelbe unter Zugrundelegung der an anderen Flüssen ebenfalls gemachten Erfahrungen zu folgenden Resultaten:

1. Die Selbstreinigung eines Flusses vollzieht sich in promptester Weise gegenüber seinen durch die Natur gegebenen Verunreinigungen, aber in solcher Weise auch nur diesen gegenüber.

2. Der Eisengehalt des Wassers, vor Allem der Flussufer, dient zur Bindung des so äusserst giftigen Schwefelwasserstoffs, wie der Kalkgehalt zur Bindung schwefliger oder freier Schwefel- und anderer Säuren.

3. Die organischen Verunreinigungen werden mit Hülfe des aufgeschwemmten Thongehaltes des Wassers an den Ufern und sonstigen Inundationsgebieten des Flusses sedimentirt.

4. Diese organischen Verunreinigungen stehen in den Uferschichten je nach den Strömungsverhältnissen in ungefähr gleichem mathematischem Verhältniss zum Schwefeleisen.

5. Die Sedimentation dieser Verunreinigungen an die Ufer hat für das Selbstreinigungsvermögen eines Flusses eine Bedeutung, mit welcher die Bedeutung der Reinigung durch biologische Vorgänge, durch Algen und Plankton, gar nicht zu vergleichen ist.

6. Das Vorkommen von sogenannten Leitformen der Wasserfauna- und -Flora in einem durch Schmutzwasser verunreinigten Gewässer hat vor Allem ein ähnliches symptomatisches Interesse für die Reinigung eines Flusses, wie z. B. das Vorkommen gewisser Algen und Flechten für die Beurtheilung des Verwitterungsprozesses auf alten Strohdächern, verwitterndem Gestein oder an der Rinde kranker Baumstämme.

7. Die Reinigung des Flusses durch das Plankton und das übrige thierische Leben findet seine baldige Grenze — abgesehen von dem Sauerstoffverbrauch durch das Plankton und das übrige thierische Leben selbst — durch den im verunreinigten Wasser, besonders bei grosser Hitze, aber auch bei plötzlich eintretenden besonders hochgradigen Verunreinigungen oft explosionsartig einsetzenden Sauerstoffverbrauch durch die chemischen Vorgänge, Fäulnissprozesse und Oxydationen.

8. Selbst die Sedimentation der ungeheuren, durch die Begrenzung der biologischen Prozesse nicht zu neuen Organismen umgewandelten Schmutzmengen, wie sie z. B. bei der Verschmutzung der Unterelbe durch die Sieljauchen von Hamburg-Altona und Umgebung sich fast an den gesammten Ufern derselben bis zur Mündung, selbst in den Nebenflüssen, so weit die Fluth reicht, nachweisen lässt, genügt nicht, um das Wasser nennenswerth zu reinigen. Beweis hierfür ist der an organischer Substanz und Schwefeleisen überreiche Schlick auf den Filtern der ca 12 km unterhalb von Hamburg-Altona nur bei Fluth ihr Wasser der Elbe entnehmenden Wasserwerke der Stadt Altona.

9. Die Ausschaltung dieser der Sedimentation dienenden Uferstrecken und Inundationsgebiete durch Aufhöhung, Eindeichungen und sonstige Flusskorrektionen beschleunigt die Umwandlung des betreffenden Flusses in eine Kloake und erklärt durch die mehr oder minder plötzliche Verschlechterung des Wassers das oft rapide Zurückgehen des Fischreichthums in einem derart umgestalteten Flusse. Selbst ein Kanal kann trotz fehlender Inundations- und Sedimentationsgebiete grossen Fischreichthum aufweisen, sofern er nur reines Wasser führt, wie das Beispiel des Nord-Ostseekanals zeigt.

10. Alle diese Verhältnisse sind — abgesehen von der hohen volkswirthschaftlichen Bedeutung — von der grössten hygienischen Bedeutung: im Frieden für die auf dem Flusse verkehrenden Schiffer und Fischer und die auf Flusswasser angewiesenen Landgemeinden, während die wohlhabenden, die Flüsse verschmutzenden Städte sich kostbare Wasserwerke anlegen, im Kriege für die an den Flüssen zusammengedrängten Truppenmassen mit ihrem zahlreichen Pferdematerial.

Das Beispiel der Isar und der Elbe, wie das der Themse und der Seine, die, nachdem sie offiziell den Charakter von Kloaken angenommen hatten, durch Sanirungsarbeiten wiederum zu Flüssen geworden sind, soll uns warnen, dass wir uns in dieser hygienisch und volkswirthschaftlich (Landwirthschaft, Heidekultur, Fischzucht!) hochwichtigen Frage nicht länger in unserem Handeln durch die Sparsamkeitsgelüste wissenschaftlich rückständiger Magistrate und durch phantastische Ueberschätzung des Nutzens der wissenschaftlich höchst interessanten, an Arten ungemein reichen Wasserfauna und -Flora für die Flussreinigung lähmen lassen sollen.

Sache der Aerzte Deutschlands ist es, sich einmüthig auf Grund der Reichsgesetzgebung, Art. 4, Abs. 9 auf den Boden der vom internationalen Verein zur Reinhaltung der Gewässer schon längst vertretenen Forderung zu stellen: unsere deutschen Ströme und Flüsse rein zu halten und nicht auf Grund einer missverstandenen und gemissbrauchten, durch die Thatsachen in und ausserhalb Deutschlands in Bezug auf die Flussverunreinigung durch städtische Sieljauchen längst widerlegten Hypothese in Kloaken zu verwandeln. Rpd.

Besprechungen.

Dr. med. Hermann Rohleder: Die Masturbation. Eine Monographie für Aerzte, Pädagogen und gebildete Eltern. Mit Vorwort von Geh. Oberschulrath Prof. Dr. phil. H. Schiller-Leipzig, früher Gymnasialdirektor in Giessen. 2. verbess. Auflage. Berlin 1902. Fischer's mediz. Buchhandlung (H. Kornfeld). Gr. 8°, 336 Seiten. Preis: 6 Mark.

In zweiter Auflage liegt das Werk vor, nur 3 Jahre sind seit dem Erscheinen der ersten Auflage verflossen!

Die Besprechung dieser ersten Auflage in dieser Zeitschrift schloss ich s. Z. mit dem Satze: Der wichtige Zweck des Buches ist, die Aufmerksamkeit der Eltern, Lehrer, Erzieher und Aerzte auf die Onanie zu lenken. Deshalb berührt es mich sympathisch, dass dieses Mal auf dem Titelblatt zu lesen ist: eine Monographie für Aerzte, Pädagogen und gebildete Eltern.

Was sonst das Werk anlangt, so sehen wir an vielen Stellen die verbessernde Hand des Verfassers. — Kleine Missverständnisse sind ausgemerzt. Im Uebrigen kann ich nur wiederholen, was ich damals gesagt habe, nämlich dass das Buch alles Wissenswerthe über die Masturbation bringt und ein anschauliches Bild über Alles giebt, was mit dem Thema zusammenhängt.

Man muss dem Werke einen recht grossen Leserkreis wünschen, damit es seinen idealen Zweck erfüllen kann, nämlich mitzuhelfen an der Bekämpfung der „Volksseuche Onanie“ Dr. Hoffmann-Elberfeld.

A. J. Kunkel, Professor in Würzburg: **Handbuch der Toxikologie.** Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1. Hälfte 1899. 2. Hälfte 1901. Gr. 8; 1117 Seiten. Preis: 24 Mark.

Das sehr umfangreiche und recht anregend geschriebene Werk zerfällt in 3 Theile, der erste ist mit „Einleitung“ überschrieben, der zweite Theil behandelt die Allgemeine Toxikologie der Organe und Funktionen, während der dritte sich mit der speziellen Toxikologie befasst.

Verfasser hat hauptsächlich Werth darauf gelegt, die Symptome der einzelnen Vergiftungen möglichst sorgfältig zu beschreiben, weil ja aus ihnen — wie er hervorhebt — der Arzt die Diagnose stellen muss; sodann sind diese Vergiftungsanzeigen wissenschaftlich erklärt.

Was nun die Gifte angeht, so sind zunächst die organischen Stoffe, sodann die Kohlenstoffverbindungen, weiter die N-haltigen Präparate (Alkaloide), hierauf pflanzliche und thierische Gifte, endlich gewisse Giftgruppen, wie Ptomaine, schädliche Speisen und Farben besprochen.

Das Werk stellt entschieden eine Bereicherung unserer Litteratur dar; es wird dem praktischen Arzte willkommen sein, vor allem Dingen aber auch dem, der sich öfters gutachtlich über Vergiftungen und ihre Folgen zu äussern gezwungen ist.

Als besonders interessant und für uns wichtig seien nur hervorgehoben: die Vergiftung mit Blei, mit Mineralsäuren, mit chlorsaurem Kali, die Alkoholvergiftung, die Vergiftung mit Aether und Chloroform, die Wirkung der Opiumgruppe u. A. m.

Nicht unerwähnt mögen hier bleiben die sehr lesenswerthen Kapitel über Ptomaine, über Vergiftung durch Fleisch, Fische, Muscheln, Austern, Käse u. s. w.

Man wird das Buch gern lesen und als zuverlässigen Rathgeber benutzen.

Was die Ausstattung des Buches anlangt, so ist dieselbe eine gute, wie es von dem bekannten Verlage nicht anders zu erwarten steht.

Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Dr. Arthur Hartmann-Berlin: **Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung.** Berlin 1902. Verlag von Fischer's mediz. Buchhandl. H. Kornfeld. VII. Auflage. Gr. 8°; 323 S. Preis: 7,50 M.

Die vorliegende neue — siebente — Auflage des Hartmann'schen Lehrbuches bringt den Fortschritten der Ohrenheilkunde entsprechend eine grosse Anzahl von Aenderungen und Ergänzungen in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht. Als besondere, einem thatsächlichen Bedürfniss entsprechende Kapitel sind neu hinzugefügt: Die Schwerhörigen in der Schule, die Begutachtung von Ohrenkranken und die Militärdienstfähigkeit Ohrenkranker. Eine Zusammenstellung der zur Behandlung des Ohres erforderlichen und im Texte abgebildeten Instrumente beschliesst das Buch, das in knapper Form und strenger Sichtung Alles für die Erkennung und Behandlung der Krankheiten des Ohres nothwendige enthält.

Dr. Röpke-Lippspringe.

Dr. Gustav Broesike, Prosektor am Königl. anatomischen Institut zu Berlin: **Anatomischer Atlas des menschlichen Körpers mit besonderer Berücksichtigung der Topographie für Studirende und Aerzte bearbeitet.** Berlin 1901 und 1902. Verlag von Fischer's mediz. Buchhandlung (H. Kornfeld). Gr. 8°; Bd. I, Abtheilung I und II. 267 Seiten mit 300 Figuren. Preis: 18 M.

Der Atlas, welcher im ersten Bande Knochen, Bänder und Muskeln demonstrirt und in Abtheilung I (Kopf, Hals und Rumpf) und Abtheilung II (obere und untere Extremität) vorliegt, hat in erster Linie die Aufgabe, die

nöthigen Illustrationen zu dem Brösike'schen Lehrbuch der Anatomie zu liefern. Alle Abbildungen sind mit wenigen Ausnahmen möglichst genau nach Originalpräparaten gezeichnet. Wo aus verschiedenen Präparaten oder Abbildungen ein einziges Bild kombinirt werden musste, ist dies in der Ueberschrift oder dem Text stets besonders zum Ausdruck gekommen. Der Atlas bietet also durchaus naturgetreue Bilder, die mittelst Holzschneideverfahrens hergestellt auch feinere Details in voller Deutlichkeit und Schärfe wiedergeben. Dabei ist das wirklich Wichtige und Schwierige stets durch grosse und möglichst zahlreiche Abbildungen erläutert, während die Wiedergabe von unwichtigen, mehr für den Fachanatomen interessanten Details möglichst eingeschränkt ist. Die nothwendigen anatomischen Bezeichnungen — streng nach der neuen Baseler Nomenklatur — sind meist nicht durch herausgezogene Striche angebracht, sondern nach Möglichkeit direkt in die Abbildungen hineingeschrieben, allerdings stets nur soweit, dass dadurch die Schönheit und Klarheit des Bildes nicht leidet. Dadurch kann sich der Lernende z. B. das Bild des Muskels und seinen Namen gewissermassen mit einem Blick einprägen und die Aneignung des anatomischen Memorirstoffes in ganz erheblichem Masse erleichtern. Weiter ist in dem Atlas den Bedürfnissen des Präparirsaales besonders Rechnung getragen, indem in der Anordnung der Illustration überall das Bestreben hervortritt, dem Studenten zugleich im Bilde die verschiedenen Phasen der Präparation vorzuführen, wie sie sich auf dem Präparirsaale bei der Darstellung der verschiedenen Körperorgane vollzieht. Ein Text ist den Abbildungen nur insoweit beigegeben, als es nöthig erschien, dieselben zu erläutern oder auf besonders wichtige Einzelheiten aufmerksam zu machen. Absichtlich ist der Text nirgends so ausführlich gehalten, dass er die Benutzung eines Lehrbuchs auch nur annähernd überflüssig macht.

Dr. Röpke-Lippspringe.

Tagesnachrichten.

Am 26. und 27. August d. J. hat im grossen Saale des Kultusministeriums zu Berlin eine amtliche Konferenz sämmtlicher bei den Regierungen beschäftigten Medizinalbeamten (Regierungs- und Medizinal-Räthe, ständige Hülfsarbeiter) stattgefunden, in der am ersten Tage über die Erkennung, das Wesen und die Bekämpfung der Cholera, am zweiten Tage über verschiedene andere Fragen aus dem Gebiete des Medizinal- und Sanitätswesens (Untersuchungsanstalten, Desinfektoren und Desinfektionsanstalten, Kreisassistenzärzte, Entlastung und Vertretung der Regierungs- und Medizinalräthe, Fortbildungskurse, Jahresberichte, amtsärztliche und pensionsfähige Gebühren, Dienstaufwand der Kreisärzte u. s. w.) verhandelt ist.

In Ausführung der beabsichtigten Verordnung, betreffs **Regelung des Geheimmittelwesens**, hat der Reichskanzler (Reichsamt des Innern) unterm 6. August d. J. an die Fabrikanten sämmtlicher auf die Geheimmittelliste gesetzten Spezialitäten nachfolgendes Schreiben gerichtet: „Es wird beabsichtigt, in den einzelnen Bundesstaaten gleichlautende Verordnungen über den Verkehr mit Geheimmitteln zu erlassen, wonach die öffentliche Ankündigung gewisser Mittel verboten ist und die Gestaltung der Gefässe und äusseren Umhüllungen, in denen sie abgegen werden, gewissen beschränkenden Bestimmungen unterliegt. In den Entwurf, der im Bundesrath für sämmtliche Bundesstaaten einheitlich aufzustellenden Liste dieser Mittel ist unter anderen das nachstehend bezeichnete Mittel aufgenommen (folgt dessen Name). Sollten Sie hiergegen Einwendungen geltend zu machen haben, so wollen Sie Ihre Erklärungen und zwar, wenn Sie auf deren Vertheilung an die Bundesrathsbevollmächtigten Werth legen, in 60 Exemplaren thunlichst bald beim Reichsamt des Innern einreichen."

Berufung. Prof. Dr. Gruber hat die Berufung nach München an Stelle des verstorbenen Prof. Dr. Buchner endgültig angenommen.

Zu einer Vereinigung deutscher Hebammenlehrer fordert Dr. Rissmann, Direktor der Hebammenlehranstalt zu Osnabrück, in Nr. 31 des Zentralblattes für Gynäkologie auf. Er führt mit Recht aus, dass es leider noch immer an einheitlichen, für das Gebiet des ganzen Deutschen Reiches

geltenden Gesetzesvorschriften über das Hebammenwesen fehlt. So lange aber nicht eine grössere Einigkeit in den gemachten Vorschlägen existirt, so lange wird die Regierung nicht den Muth fassen, mit Gesetzesvorlagen zu kommen. So wie die Gynäkologenkongresse oder die geburtshülflich-gynäkologischen Gesellschaften zur Förderung und Klärung strittiger wissenschaftlicher Fragen gewinnbringender sind, als die Schrift allein, so werden mündliche Verhandlungen der Hebammenlehrer und anderer auf diesem Gebiet erfahrener Kollegen sich sicher wirksamer erweisen als die ungezählten schriftlich niedergelegten Vorschläge. Die mündlichen Verhandlungen haben aber auch vor Allem den weiteren Vortheil, dass Missverständnisse schneller beseitigt werden können und etwaige Schärfen des geschriebenen Wortes fortfallen. Deshalb bittet Bissmann die Kollegen, die ein Interesse an dem Ausbau des Hebammenwesens nehmen, der Vereinigung Deutscher Hebammenlehrer beizutreten. — Bislang sind bereits 48 Beitrittserklärungen, und zwar aus allen Bundesstaaten Deutschlands eingegangen.

Auf der am 21. August d. J. in Exeter abgehaltenen Jahresversammlung des Königlichen Instituts für öffentliche Gesundheitspflege machte der erste Sanitätsbeamte der Stadt Dublin, Sir Charles Cameron die Mittheilung, dass demnächst die Ergebnisse der auf der Versuchsfarm in Essex angestellten Experimente veröffentlicht würden, aus denen hervorginge, dass Koch's Theorie von der Nichtübertragbarkeit der Rindertuberkulose auf den Menschen irrig sei.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Die Mitglieder des Vereins werden nochmals auf die am **Freitag, den 12. September d. J.** in **Kassel** stattfindende

XIX. Hauptversammlung

mit dem Bemerken aufmerksam gemacht, dass an Stelle des leider verhinderten H. Medizinalraths Dr. Gleitsmann, Kreisarzt in Wiesbaden, H. Kreisarzt Dr. Berger in Hannover bereitwilligst das Referat über „Die Thätigkeit des Kreisarztes auf dem Gebiete der Schulhygiene und seine Stellung zu den Schulärzten“ übernommen hat.

Gleichzeitig wird gebeten, Bestellungen auf Wohnungen rechtzeitig an H. Kreisarzt Dr. Rockwitz-Kassel anmelden zu wollen.

Minden, den 1. September 1902.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

Deutscher Medizinalbeamten-Verein.

Die Mitglieder des Vereins werden nochmals auf die am **Montag** und **Dienstag, den 15. u. 16. September d. J.** in **München** stattfindende

Erste Hauptversammlung

aufmerksam gemacht mit dem ergebensten Ersuchen, Bestellungen auf Wohnungen rechtzeitig an H. Landgerichtsarzt Dr. Wetzel in München, Barerstrasse Nr. 60 I, anmelden zu wollen.

Minden, den 1. September 1902.

Der einstweilige Vorstand des Deutschen Medizinalbeamtenvereins.

Im Auftr.: Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

Berichtigung. In Nr. 16, S. 594 ist der Preis des von Professor Dr. Walther-Giessen herausgegebenen Werkchens: Die Krankheiten der Frauen, irrthümlich mit „zwei Mark“ angegeben; derselbe beträgt nur 0,60 Mk. Nach einer Mittheilung der Verlagsbuchhandlung (Edwin Staude-Berlin, W. 35) wird Behörden und Vereinen das Dutzend Exemplare zum Vorzugspreis von 6 Mark abgegeben.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei in Minden.

Preussischer Medizinalbeamten-Verein.

Offizieller Bericht

über die

XIX. Hauptversammlung

zu

CASSEL

am 12. September 1902.

Berlin 1902.
FISCHER'S MEDIZINISCHE BUCHHANDLUNG.
H. Kornfeld.
Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

1. Eröffnung der Versammlung 1
2. Geschäfts- und Kassenbericht 2
3. Der nothwendige Ausbau der preussischen Gesundheitsgesetzgebung auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung. (Reg.- u. Med.-Rath Dr. Wodtke-Köslin) 5
4. Die Thätigkeit des Kreisarztes auf dem Gebiete der Schulhygiene und seine Stellung zu den Schulärzten. (Kreisarzt Dr. Berger-Hannover) 25
5. Vorstandswahl. Bericht der Kassenrevisoren 62
6. Ueber postmortale Verdauung. (Gerichtsarzt Dr. Hoffmann-Elberfeld) 63

I. Eröffnung der Versammlung.

H. Reg.- u. Geh. Med.-Rath Dr. **Rapmund**-Minden, Vorsitzender: M. H.! Im Namen des Vorstandes heisse ich Sie herzlich willkommen! Zum ersten Male tagt diesmal unser Verein dem vorjährigen Beschlusse gemäss nicht in der Hauptstadt der Monarchie; die zahlreiche Theilnahme an der heutigen Versammlung beweist aber, dass jener Beschluss vollberechtigt war und dass die von dem Vorstand getroffene Wahl des Versammlungsortes Ihren Beifall gefunden hat. Es war dies auch nicht anders zu erwarten; denn Cassel ist ja in Folge seiner günstigen Lage und guten Eisenbahnverbindungen ausserordentlich bequem für viele Kollegen aus dem Osten wie Westen, aus dem Norden wie Süden unseres Vaterlandes zu erreichen; ausserdem ist es eine so schöne Stadt mit noch schönerer Umgebung, dass sicherlich auch dieser Umstand manchen Kollegen veranlasst hat, seine Schritte hierher zu lenken.

M. H.! Der Wechsel des Versammlungsortes ist mit mancherlei Schwierigkeiten verbunden, die bei stehender Tagung des Vereins an ein- und demselben Orte fortfallen. Das überaus liebenswürdige und bereitwillige Entgegenkommen der hiesigen Kollegen hat den Vorstand aber sehr leicht über diese Schwierigkeiten hinweggeholfen, wofür diesen unser besonderer Dank gebührt.

Wenn wir nun auf das vergangene Jahr zurückblicken, so können wir dies mit ganz anderen Gefühlen als in früheren Jahren! Mit Durchführung des Kreisarztgesetzes hat eine neue Aera des preussischen Medizinalwesens begonnen, die zu der Hoffnung berechtigt, dass dieselbe sehr bald selbst weitgehenden Forderungen der öffentlichen Gesundheitspflege und damit den von uns gehegten Wünschen entsprechen wird. M. H.! Es weht ein frischer Wind in unserer Medizinalverwaltung; dem ausserordentlich grossen Fortschritte im vorigen Jahre sind während des laufenden Jahres noch weitere Fortschritte gefolgt; überall tritt das Bestreben unserer Zentralverwaltung hervor, der öffentlichen Gesundheitspflege die Geltung zu verschaffen, die sie mit Rücksicht auf das Allgemeinwohl in hohem Grade verdient. Dafür müssen wir der

Zentralverwaltung, namentlich unserm hohen Chef, besonders dankbar sein; diesen Dank können wir aber nicht besser abstatten, als das auch wir unsererseits mit allen Kräften bemüht sind, das öffentliche Gesundheitswohl nach jeder Richtung hin zu fördern!

Mit dem Wunsche, dass in dieser gedeihlichen Entwicklung unseres Gesundheitswesens kein Stillstand eintreten möge, eröffne ich die heutige Sitzung!

Bevor wir jedoch in die Tagesordnung eintreten, liegt mir die angenehme Pflicht ob, im Namen des Vereins die Gäste, H. Regierungspräsidenten von Trott zu Solz, H. Oberpräsidialrath Fromme, H. Oberregierungsrath Dr. Lahmeyer (Direktor des Provinzialschulkollegiums), H. Oberregierungsrath Fliedner, H. Polizeipräsident Steinmeister, H. Geh. San.-Rath Dr. Endemann, H. Bürgermeister Jochmus, H. Regierungsassessor zur Nieden zu begrüssen und ihnen unsern verbindlichsten Dank dafür auszusprechen, dass sie unserer Einladung in so liebenswürdiger Weise Folge geleistet haben.

II. Geschäfts- und Kassenbericht.

Vorsitzender: M. H.! An Stelle des abwesenden Schriftführers liegt mir auch die Erstattung des Geschäfts- und Kassenberichts ob.

Die Mitgliederzahl, die am Schlusse des Vorjahres (1900) 1007 betrug, ist bis Ende des Berichtsjahres (1901) auf 1052 gestiegen; gestorben sind im Laufe des Berichtsjahres: 21, ausgetreten: 25, eingetreten: 91. Mit Beginn des neuen Jahres (1902) hat sich jedoch die Zahl der Mitglieder in Folge der Bildung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins und des dadurch erfolgten Ausscheidens der nichtpreussischen Mitglieder (145), sowie in Folge des Austritts einer verhältnissmässig grossen Zahl auf Wartegeld gestellter Medizinalbeamten (47) erheblich verringert, so dass sie Anfangs nur noch 860 betrug; durch Neueintritt von 43 Mitgliedern ist sie aber inzwischen nach Abzug der während des laufenden Jahres verstorbenen (14) Mitglieder wieder auf 889 gewachsen. Die Mitgliederzahl des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins beträgt dagegen z. Z. 1136; sie stellt sich also erheblich höher, als die Ziffer des preussischen Vereins am Schluss des Berichtsjahres, wo noch die Medizinalbeamten der anderen Bundesstaaten diesem Verein angehörten.

Die Einnahmen haben 12829,25 Mark, die Ausgaben 12706,54 Mark betragen, so dass ein Ueberschuss von 122,71 Mark verbleibt, durch den sich das Vereinsvermögen auf 3967,89 Mark erhöht.

M. H.! Die Zahl der seit der vorjährigen Versammlung durch den Tod aus unserer Mitte geschiedenen Mitglieder ist dies-

mal leider wiederum eine sehr grosse. Es sind nämlich verstorben die Kollegen:

1. Dr. Berendes, Kreisarzt u. Med.-Rath in Friedeberg i. d. Neumark.
2. - Cohn, Kreisphysikus a. D. u. San.-Rath in Breslau (früh. in Glatz).
3. - Davidsohn, Kreisphysikus z. D. u. San.-Rath in Spremberg.
4. - Ebner, Kreisarzt u. Med.-Rath in Fraustadt i./Posen.
5. - te Gempt, Kreisarzt u. Med.-Rath in Lehe.
6. - Goos, Kreisarzt u. Med.-Rath in Ploen.
7. - Giessler, Kreisphysikus a. D. u. Geh. San.-Rath in Kassel.
8. - Grosser, Kreisphysikus z. D. u. Geh San.-Rath in Liegnitz.
9. - Hommerich, Kreisphysikus z. D. u. San.-Rath in Marburg.
10. - Kahnemann, Kreisphysikus a. D. u. San.-Rath in Pr. Eylau.
11. - Matthäi, Kreisarzt u. Med.-Rath in Verden.
12. - Mainzer, Kreiswundarzt z. D. u. San.-Rath in Illingen.
13. - Meyer, Kreisarzt u. Geh. Med.-Rath in Heilsberg.
14. - Ritter, Kreisarzt u. Geh. Med.-Rath in Bremervörde.
15. - Sabarth, Kreisphysikus a. D. in Löbau.
16. - v. Schäwen, prakt. Arzt in Tapiau (Ostpreussen).
17. - Strauss, Kreisphysikus z. D. u. Geh. San.-Rath in Barmen.
18. - Terstesse, Kreisphysikus a. D. u. Geh. Med.-Rath in Büren (Reg.-Bez. Minden).
19. - Vormann, Kreisphysikus a. D. u. San.-Rath in Münster i. W.
20. - Wehr, Kreisarzt u. Med.-Rath in Worbis.
21. - Wolff, Kreisphysikus u. Med.-Rath in Freistadt (Schlesien).

Lassen Sie uns das Andenken dieser Verstorbenen stets in Ehren halten! Lassen Sie uns aber bei dieser Gelegenheit noch zwei anderer Männer gedenken, die dem Verein zwar nicht als Mitglieder angehört haben, von denen aber der eine, Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Skrzeczka lange Jahre hindurch die Geschicke der Medizinalbeamten als Personaldezernent in der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums mit ungemein wohlwollender Hand gelenkt hat, während der andere, Rudolf Virchov, über 50 Jahre bis in sein hohes Lebensalter hinein als einer der grössten Forscher und Geistesheroen an der Spitze der medizinischen Wissenschaft gestanden hat. Die ausserordentlichen Fortschritte derselben während der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts verdanken wir in erster Linie seinen bahnbrechenden, unvergänglichen Forschungen und Arbeiten, und zwar gilt dies insbesondere auch auf den für unsere amtliche Thätigkeit als Gerichtsärzte und Gesundheitsbeamte so wichtigen Gebieten der pathologischen Anatomie und öffentlichen Gesundheitspflege. Bis in die fernsten Welttheile ist sein Ruhm und mit ihm der Ruhm deutscher Forscher gedrungen; allseitigere, glänzendere und aufrichtigere Ehrungen dürften wohl kaum bisher einem Arzte von seinen Fachgenossen wie von den Gebildeten aller Länder zu Theil geworden sein, als dem Verstorbenen. An seinem erst vor wenigen Tagen geschlossenen Grabe trauert die ganze Kulturwelt mit uns! Sein Name wird mit ehernen Lettern für alle Zeiten in die Geschichte der Medizin eingegraben bleiben!

M. H. Ich bitte Sie, sich zum Andenken der Gestorbenen von Ihren Plätzen zu erheben.

(Geschieht.

Betreffs Ausführung der auf der vorjährigen Hauptversammlung gefassten Beschlüsse ist zu berichten, dass unser

Verein am 1. Januar d. J. in corpore dem Deutschen Medizinalbeamten-Verein beigetreten ist. Weiterhin hat der Vorstand in Folge des vorjährigen Beschlusses, betreffend die Heranziehung der Medizinalbeamten zu den Umlagen der Aerztekammern, dem Herrn Minister eine Denkschrift überreicht und in dieser die Bitte ausgesprochen, „das Umlagerecht der Aerztekammern dahin zu beschränken, dass die Medizinalbeamten zu den Kosten der Ehrengerichte überhaupt nicht und zur Unterstützung nothleidender Aerzte und deren Hinterbliebenen nur dann herangezogen werden dürfen, wenn diese Beamten selbst damit einverstanden sind.“ Auf diese Eingabe hat der Herr Minister unter dem 5. Mai d. J. den Bescheid ertheilt, dass er inzwischen bereits „Anordnungen durch Erlass vom 21. April d. J. getroffen habe, welche auf eine geringere Heranziehung der der ärztlichen Ehrengerichtsbarkeit nicht unterliegenden Aerzte, zu denen auch die Medizinalbeamten gehören, abzielen. Dadurch habe der erste Theil der Vorstellung seine Erledigung gefunden. Zu einer Abänderung des ärztlichen Ehrengerichtsgesetzes vom 25. November 1899 in der Richtung, dass die Aerzte, deren Hinterbliebene Anspruch auf Reliktenversorgung haben, zu den für Unterstützungszwecke bestimmten Ausgaben der Aerztekammern nur mit ihrer Einwilligung herangezogen werden können, sei jedoch zur Zeit eine genügende Veranlassung nicht anzuerkennen.“

Auf eine andere Eingabe des Vorstandes mit der Bitte, dass die Kreis- und besonderen Gerichtsärzte auch beim Entmündigungsverfahren in erster Linie als Sachverständige zugezogen werden möchten, ist bisher ein Bescheid nicht eingegangen.[1])

M. H.! Die Annahme, dass der Verein mit dem bisherigen Beitrag auch nach Anschluss an den Deutschen Medizinalbeamten-Verein auskommen würde, hat sich nicht bewahrheitet; denn es fehlt dem Verein jetzt ein Betrag für die allgemeinen Unkosten, Drucksachen u. s. w., da für jedes Mitglied 12 Mark an die Kasse des Deutschen Vereins abgeführt werden müssen. Der Vorstand schlägt Ihnen deshalb vor, den Beitrag um 3 Mark, also auf 15 Mark zu erhöhen, und zwar mit Rücksicht darauf, dass der der Vereinskasse bisher nach Bezahlung des Abonnements für die Zeitschrift verbleibende Betrag von 2 Mark nur

---

[1]) Dieser Bescheid ist inzwischen und zwar im Sinne der Eingabe eingegangen. Durch die Allgemeine Verfügung des H. Justizministers vom 1. Oktober 1902, mittelst Erlasses vom 16. Oktober d. J. dem Vorsitzenden des Vereins mitgetheilt, hat §. 14 Nr. 2 der Allgemeinen Verfügung vom 28. November 1899 über das Verfahren bei Entmündigungen wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche folgende Fassung erhalten:

„2. Als Sachverständiger ist gemäss §. 653 Abs. 2 in Verbindung mit §. 404 Abs. 2 der Zivilprozessordnung regelmässig der Gerichtsarzt (§. 9 des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w., vom 16. September 1899 — Gesetz-Samml. S. 172 — also der Kreisarzt oder der besondere Gerichtsarzt) als der für medizinische Angelegenheiten öffentlich bestellte Sachverständige, erforderlichenfalls sein Assistent (§. 5 des angeführten Gesetzes), zuzuziehen. Andere Personen sollen nach dem angeführten §. 404 Abs. 2 als Sachverständige nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern.“

eben ausreichte, um die sonstigen Unkosten zu decken, und es deshalb zweckmässig erscheint, denselben etwas höher zu bemessen. Ich frage, ob Sie damit einverstanden sind?

Es erhebt sich kein Widerspruch; der Antrag ist somit einstimmig angenommen.

M. H.! Wir kommen jetzt zur Wahl der Kassenrevisoren. Es sind vorgeschlagen die Herren Kreisärzte Dr. Dreising-Cassel und Dr. Dippe-Genthin.

Ich frage, ob Sie damit einverstanden sind?

(Allgemeine Zustimmung.)

M. H. Gestatten Sie mir noch einige geschäftliche Mittheilungen: Zunächst werden Sie aus der Tagesordnung bereits ersehen haben, dass an Stelle des H. Kollegen Gleitsmann, der in Folge der Hochzeit seiner Tochter verhindert ist, an der Versammlung theilzunehmen, H. Kreisarzt Dr. Berger-Hannover den Vortrag über die Mitwirkung des Kreisarztes auf dem Gebiete der Schulhygiene in liebenswürdiger Weise eingesprungen ist, wofür wir ihm sehr dankbar sein müssen.

Ferner will ich nicht unerwähnt lassen, dass die recht praktischen Notizmappen, welche zur Vertheilung gelangt sind, die Fabrik Stolzenberg in Oos-Baden unentgeltlich dem Verein zur Verfügung gestellt hat. Weiterhin mache ich auf die von der hiesigen Firma Rosenzweig & Baumann zur Vertheilung zugesandte Abhandlung: „Ueber desinfizirende Wandanstriche mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose" von Dr. Lydia Rabinowitsch aufmerksam.

M. H.! Was endlich die auf die Tagesordnung gestellte Besichtigung betrifft, so wird diese sofort nach Schluss der Verhandlungen stattfinden und dafür gesorgt werden, dass genügend Wagen zur Hin- und Rückfahrt vorhanden sind.

III. Der nothwendige Ausbau der preussischen Gesundheitsgesetzgebung auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung.

H. Reg.- u. Med.-Rath Dr. **Wodtke**-Köslin: M. H.! Im März d. J. erfuhren wir aus der Deutschen Medizinischen Wochenschrift durch H. Prof. Dr. Fraenkel, der wohl als ein Wissender angesehen werden darf, dass wir ohne Zweifel demnächst den Erlass eines preussischen Seuchengesetzes zu erwarten hätten und dass damit das Regulativ von 1835 endlich in den wohlverdienten Ruhestand versetzt werden würde. Eine derartige Ankündigung ist von den preussischen Medizinalbeamten schon lange ersehnt worden, besonders aber nachdem das Reichsgesetz, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, unter dem 30. Juni 1900 in Kraft getreten ist. Aus §. 34 des Reichsgesetzes ergiebt sich ja die Nothwendigkeit von landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen über die Gewährung und Aufbringung der vorge-

sehenen Entschädigungen, §. 37 lässt auf zweckmässige Bestimmungen über die Deckung der ausserdem entstehenden Kosten hoffen und aus §. 48, sowie den ganzen Verhandlungen im Reichstage hat wohl Jedermann die Ueberzeugung gewonnen, dass dem Reichsseuchengesetze ein preussisches Seuchengesetz unmittelbar auf dem Fusse folgen werde.

Jene Botschaft hat ihre Erfüllung noch nicht gefunden; dem preussischen Landtage ist nicht einmal der in der Thronrede angekündigte Entwurf eines Seuchengesetzes vorgelegt worden. In der so vorzüglichen Dienstanweisung für die Kreisärzte haben die §§. 82—84, welche unverkennbar mit einem preussischen Seuchengesetz rechnen, ihre etwas unvermittelte Stellung behalten. Vor Kurzem haben aber wieder Autoritäten, wie H. Geh. Rath Dr. Kirchner und H. Geh. Rath Prof. Dr. v. Leyden, in ihren neuesten Veröffentlichungen ein preussisches Seuchengesetz in nahe sichere Aussicht gestellt.

In der That hat das Reich mit dem Gesetz vom 30. Juni 1900 den ersten grossen Schritt in eine neue Entwickelungsepoche hinein gethan und alle Erfahrungsthatsachen lehren uns, dass es nach dem ersten Schritt in ein neues Gebiet ein Anhalten nicht mehr giebt, dass es unaufhaltsam vorwärts geht, selbst wenn die Verhältnisse zu weiteren Schritten weniger gebieterisch drängen, als es in Preussen in Bezug auf die Seuchenbekämpfung der Fall ist. In eindrucksvollen Worten wies der Staatssekretär des Innern, H. Graf v. Posadowsky, bei der Vertheidigung des Entwurfes des Reichsseuchengesetzes im Reichstage darauf hin, dass jeder Einzelne zu dem grossen Zwecke, das Kostbarste was wir besitzen, das Leben unseres Mitmenschen erfolgreich zu schützen, Opfer zu bringen habe; wie sollte da nicht der Staat, diese idealste Persönlichkeit, es als seine vornehmste sittliche Pflicht betrachten, für das Leben seiner Schutzbefohlenen opferwillig einzustehen. Sache der Medizinalbeamten ist es aber und eine Bethätigung ihres Pflichtgefühls, unter den überaus zahlreichen Aufgaben des Staates diese besondere Aufgabe immer wieder in den Vordergrund zu rücken und zu zeigen, wie sie unter sorgfältiger Berücksichtigung des Gesammtwohls des Staats eine befriedigende Lösung erfordert und zulässt.

Mit dem Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900 sind wohl nur sehr wenige von uns in lebendigen Verkehr getreten. Im Glücksfalle können Jahrzehnte vergehen, ehe das Gesetz auf seine Wirksamkeit hin erprobt werden kann. Es sind deshalb seiner Zeit gegen die Reichsregierung lebhafte Vorwürfe erhoben worden, dass sie sich auf die exotischen Krankheiten beschränkt, dass sie nicht gleich ganze Arbeit gemacht habe. Ich halte diese Beschränkung auf jene 6 als gemeingefährlich κατ' ἐξοχήν bezeichneten Krankheiten für einen Akt grosser Weisheit. Nur durch diese Beschränkung ist es erreicht worden, die Grenzen für die Massnahmen zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten von vornherein weiter zu stecken und über wichtige grundsätzliche Fragen, wie über die Stellung der beamteten Aerzte, über die

Anzeigepflicht, das Ermittelungsverfahren und über die Entschädigungen eine auch den Medizinalbeamten zufriedenstellende Einigung zu erzielen. Jetzt ist ein Muster geschaffen, mit dem sich weitere Gesetzentwürfe über die Bekämpfung anderer ansteckenden Krankheiten nicht in Widerspruch setzen dürfen.

Sind so die Wege für ein preussisches Seuchengesetz einerseits geebnet, so sind sie anderseits auch wieder schwieriger geworden. Bei dem Reichsseuchengesetz kamen als förderliche Momente in Betracht: die Schrecken der Cholera in Hamburg mit ihren schweren wirthschaftlichen Nachtheilen und überhaupt der mächtige psychische Einfluss, den die in §. 1 des Reichsseuchengesetzes genannten Krankheiten gleichsam als mystische, grausige Ungeheuer auf die breiten Volksmassen besitzen, und dem sich auch ein Reichstagsabgeordneter nicht vollständig entziehen kann.

Dagegen sind unsere einheimischen Volkskrankheiten Jedermann, sei es aus eigener Erfahrung, sei es aus vielfältigem Hörensagen gewohnheitsmässig vertraut. Die Erkrankungen und Todesfälle in Folge derselben machen sich trotz ihrer ungeheuren Menge nur selten auffällig bemerkbar, weil sie sich meistens über längere Zeiträume vertheilen, und gelten zwar als ein Unglück, aber als etwas Natürliches, Unabwendbares, seit Menschengedenken stets Dagewesenes. Daher gewinnt auch das grosse Publikum nur schwer die rechte innerliche Ueberzeugung von dem Werth und der Nothwendigkeit vorbeugender Massnahmen gegen die einheimischen Krankheiten.

Darin muss aber die Wucht der Zahlen Wandel schaffen.

In den 10 Jahren von 1891 bis 1900 sind in Preussen nach den amtlichen Quellen in Folge der unter das Reichsseuchengesetz von 1900 fallenden gemeingefährlichen Krankheiten gestorben: an Pocken 460, an Flecktyphus 208, an Cholera 1633, insgesammt **2301** Personen, zu denen noch einige wenige in Folge von Aussatz Gestorbene treten mögen, während in demselben Zeitraume allein die Anzahl der an Syphilis Gestorbenen 3265 betrug. Im Uebrigen aber starben in Preussen im Verlauf derselben 10 Jahre nach denselben Quellen: an Tuberkulose 727 020, an Diphtherie 303 711, an Keuchhusten 139 123, an Masern 83 882, an Scharlach 79 173, an Typhus 48 238, im Kindbett 43 434, an Ruhr 10 478, insgesammt **1 435 059** Personen an Krankheiten, welche wir aller Wissenschaft und Erfahrung nach als vermeidbare bezeichnen müssen.

Ich bin mir wohl bewusst, dass wegen des Mangels einer allgemein durchgeführten obligatorischen Leichenschau die Angabe der Todesursache im einzelnen Falle häufig unsicher ist; im Grossen und Ganzen aber können die Zahlen von der Wirklichkeit nicht zu weit entfernt liegen. Sollten die Zahlen für Tuberkulose und Diphtherie möglicherweise zu hoch sein, und die Anzahl der im Kindbett Gestorbenen sich mit derjenigen der an Kindbettfieber Gestorbenen, wie wahrscheinlich, nicht decken, so werden dafür die Zahlen für Typhus, Masern, Scharlach eher zu niedrig sein und aus der gewaltigen Anzahl der an sogenannten Krämpfen, und

angeblicher Altersschwäche Gestorbenen wird noch eine beträchtliche Menge den übertragbaren Krankheiten zuzurechnen sein.

Durch die Bevölkerung geht jedes Mal ein Schrei des Entsetzens, wenn bei einem Unglück 100—200 Menschen, und seien es auch überwiegend Kinder in den ersten Lebensjahren, zu Grunde gegangen sind. Sollte das preussische Volk kein Verständniss dafür haben, dass von den durchschnittlich 144000 Menschen, welche in einem Jahre an übertragbaren Krankheiten sterben, ganz sicher ein erheblicher Prozentsatz durch vorbeugende Massnahmen dem Leben erhalten werden kann? Sollte der Staatsmann dem in der Ostmark uns Jahr für Jahr entgehenden Bevölkerungszuwachs keinen Werth beilegen, uneingedenk der alten Erfahrung, dass das die stärkste Vermehrung zeigende Volk naturgemäss das physisch stärkste ist?

Am meisten fällt es aber in's Gewicht, dass mit dieser übergrossen Anzahl von Sterbefällen ein Vielfaches von Erkrankungen mit ungeheuren materiellen Verlusten einhergeht. Von den erwähnten 48238 Todesfällen an Typhus in den Jahren 1891 bis 1900 entfielen 33872 auf das produktive Alter von 15—70 Jahren. Bei Annahme einer Sterblichkeit von 5 % und eines Verlustes von nur 120 Mark an Arbeitsverdienst in jedem dieser Fälle gelangen wir bereits zu einem Verlust von 80 Millionen Mark lediglich an Arbeitsverdienst. Wir als Aerzte haben es auch in unserer praktischen Thätigkeit zur Genüge erfahren, wie ganze Familien nur durch das Auftreten von ansteckenden Krankheiten in ökonomischen Verfall gerathen, sittlich gesunken, ja verkommen sind.

Neben diesen materiellen Nachtheilen müssen wir noch besonders betonen, dass von einer für die Entwickelung der Rasse günstigen auslesenden Wirkung der Epidemien nicht die Rede sein kann, dass vielmehr, wie jedes von Krankheiten heimgesuchte Individuum in seinem Entwickelungsgang zurückbleibt, an geistiger Frische und Willensenergie einbüsst, so unser ganzes Volk an Zähigkeit verlieren und minderwerthig werden muss, wenn dauernd Volkskrankheiten in ausgedehntem Masse an seinem Wohle nagen. In dem Ringen der Völker wird aber das geistig und körperlich zäheste Volk die Oberhand behalten und darum, m. H., sind unsere Bestrebungen nichts Anderes als weitschauender Patriotismus.

Die Bedingungen für das Auftreten und die Verbreitung der ansteckenden Krankheiten sind durch den ausserordentlich gesteigerten Verkehr in den letzten Jahrzehnten gegenüber der guten, alten Zeit unvergleichlich günstiger geworden. Die Welt hat sich scheinbar verengert und verkleinert, die Länder und Völker sowohl, wie die Ortschaften und Menschen desselben Landes sind zusammengerückt. Das Auftreten einer Seuche in einem Kreise Ostpreussens hat für Berlin, für Sachsen, Rheinland und Westfalen ebenso grosse, wenn nicht grössere Bedeutung wie für den Nachbarkreis. Der Berliner Dienstbote kommt zu dem Begräbniss des an Typhus verstorbenen Verwandten in die Provinz und nimmt den Typhus nach Berlin mit. Der Berliner Kaufmann

schleppt die auf einer Reise im Westen akquirirten Pocken nach dem Ostseebad, in welches er sich zu seiner Erholung begiebt. Der Leipziger Student, welcher in den Ferien ein entlegenes Dörfchen an der Küste als Badeort aufsucht, vermittelt ebenso gut den Typhus wie der Reservist, der nach dem Manöver aus seiner fernen Garnison auf den heimathlichen Bauernhof zurückkehrt. Die Menschen werden heutzutage im friedlichen Verkehr stärker durcheinander geworfen, als es jemals früher in kriegerischen Zeitläuften mit ihren unausbleiblichen Pestilenzen geschah. Aus dem weltfremdesten Theile Hinterpommerns, aus dem theilweise kassubischen, menschenarmen Kreise Bütow zogen für den Sommer 1901 526 Personen, etwa 6 % der arbeitsfähigen ländlichen Bevölkerung, nach Sachsen, Rheinland und Westfalen, sowie in die grossen Städte Hamburg, Hannover, Kiel; dafür rückten 204 ausländische Arbeiter in den Kreis ein, österreichische und russische Polen, Schweden und Italiener. Die Wanderung der Völker ist ein Dauerzustand geworden.

Das Rüstzeug zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten, wie es uns in dem Regulativ von 1835, aus dem Zeitalter der Postkutsche, zur Gebote steht, trägt den wesentlich anders gearteten Verhältnissen und Bedürfnissen des Zeitalters der Dampfkraft und des elektrischen Stromes nicht gebührend Rechnung. Es entspricht auch nicht der gesteigerten Einsicht, welche wir in den letzten Jahrzehnten Dank der Bakteriologie in das Wesen der ansteckenden Krankheiten gewonnen haben. Daher erklärt sich denn auch die weitverbreitete Missachtung der noch zu Recht bestehenden gesetzlichen Bestimmungen dieses Regulativs, die sich besonders bei der Erfüllung der Anzeigepflicht äussert. Nach den amtlichen Berichten über das Sanitätswesen des Preussischen Staates werden z. B. von den Typhuserkrankungen im Durchschnitt höchstens ein Drittel, häufig aber auch nur ein Fünftel, ja ein Achtel und sogar nur ein Siebzehntel zur Anzeige gebracht.

Einer Ausbesserung ist das alte Rüstzeug nicht fähig. Mehrfache Entscheidungen der höchsten Gerichtshöfe haben die auf Grund von Ministerialerlassen ergangenen Polizeiverordnungen zur Ergänzung der Bestimmungen des Regulativs von 1835 als nicht rechtsverbindlich erklärt. Vor Kurzem noch begegnete es mir, dass ein Arzt unter Hinweis auf die gerichtlichen Entscheidungen einem Landrath eine briefliche Belehrung darüber zu Theil werden liess, dass sich Niemand die auf Anrathen des Kreisarztes getroffenen behördlichen Anordnungen zur Bekämpfung der Diphtherie gefallen zu lassen brauche.

Der preussische Medizinalbeamte, der die Anordnungen seiner vorgesetzten Behörde natürlich nicht erst auf ihre Rechtsbeständigkeit zu prüfen, sondern ohne Weiteres auszuführen hat, befindet sich in einer unliebsamen Lage; er nimmt allmählich das lähmende Bewusstsein in sich auf, dass er bei treuer und gewissenhafter Pflichterfüllung einer Schädigung seines Ansehens bei Publikum, Aerzten und Behörden durch gerichtliche Entscheidung entgegensehen kann. Hier ist in dem festen und stolzen Bau des Preussi-

schen Staates ein Stein locker geworden, den nur ein neues Gesetz wieder sicher einfügen kann.

Mit welchen Krankheiten soll sich das preussische Seuchengesetz befassen?

Im Regulativ von 1835 sind 19 Krankheiten aufgezählt, unter denen wir bekanntlich mehrere für entbehrlich halten, andere wichtige jedoch vermissen. In der Kommission zur Vorberathung des Reichsseuchengesetzes ging der weitgehendste Antrag dahin, noch 13 Krankheiten den 6 gemeingefährlichen des Entwurfs hinzuzufügen. In den amtlichen Berichten über das Sanitätswesen des Preussischen Staates werden 34 Krankheiten einer Besprechung unterzogen. In dem der Dienstanweisung für die Kreisärzte beigegebenen Muster für den Jahresbericht werden 26 Infektionskrankheiten und ausserdem noch einige andere Krankheiten, wie Krebs und Trichinose, aufgeführt.

So angenehm es für den Medizinalbeamten wäre, alle in dem Muster zum Jahresbericht erwähnten Krankheiten und noch einige andere, z. B. Pemphigus neonatorum und Parotitis epidemica, durch das Gesetz gewissermassen in seinen Machtbereich gestellt zu sehen, so sprechen doch allgemeine Interessen für eine Beschränkung auf das Nothwendigste.

In ein Seuchengesetz gehören schliesslich nur Seuchen hinein. Wenn man eine Seuche definirt als eine gefährliche Krankheit, welche sich rasch und leicht von Mensch zu Mensch verbreitet, so scheidet bereits aus der in dem Muster zum Jahresbericht gegebenen Liste von Krankheiten eine grosse Reihe aus. Zunächst kommen die seltenen Thierkrankheiten Rotz, Milzbrand, Tollwuth, Maul- und Klauenseuche in Fortfall. In den 9 Jahren von 1889 bis 1897 sind in Preussen 386 Erkrankungen an Milzbrand mit 73 Todesfällen, an Rotz sogar nur 14 Erkrankungen mit 9 Todesfällen vorgekommen. Die Uebertragung einer Thierkrankheit von einem Menschen auf einen anderen muss theoretisch ohne Weiteres als möglich zugestanden werden, thatsächlich aber dürfte eine solche, wenn überhaupt jemals, so doch überaus selten erfolgt sein. Die Kenntniss aber von dem etwaigen Auftreten von Thierkrankheiten bei Menschen wird am zuverlässigsten durch eine entsprechende Anweisung an die Kreisthierärzte gesichert, welche schon jetzt dem Vorkommen von Thierkrankheiten bei Menschen ihre Aufmerksamkeit zu widmen haben. Ueberdies ist wenigstens Milzbrand vorwiegend eine Gewerbekrankheit; es eröffnet sich dabei sofort die Perspektive auf andere wichtige Gewerbekrankheiten, wie Phosphornekrose und Bleivergiftung, die wegen des Mangels eines Bacillus hinter dem Milzbrand nicht zurückstehen sollen.

Gesundheitsschädigungen durch Nahrungsmittel, insbesondere Trichinose, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftungen werden nicht gut unter ein Seuchengesetz gebracht werden können. Niemals erfährt der Medizinalbeamte ein liebenswürdigeres Entgegenkommen seitens des Publikums als gerade bei diesen Erkrankungen. Im Nothfalle aber reichen die Machtmittel

der Polizei vollständig aus, da es fast stets gleichzeitig darauf ankommt, ob ein strafbares Verschulden eines Dritten vorliegt.

Schliessen wir ferner wegen des fehlenden einheitlichen Charakters den Brechdurchfall, wegen ihrer Ungefährlichkeit Influenza, Wechselfieber und epidemische Parotitis, wegen ihres seltenen Vorkommens, Pemphigus neonatorum, Tetanus und Erisypelas aus, so bleiben für das Seuchengesetz eigentlich nur noch 12 Krankheiten übrig: Unterleibstyphus, Rückfallfieber, Ruhr, Genickstarre, Granulose, Diphtherie, Scharlach, Masern mit Rötheln, Keuchhusten, Tuberkulose, Kindbettfieber, Syphilis mit Gonorrhoe.

Unter diesen Krankheiten ist Kindbettfieber ein unbestimmter Begriff, der erfahrungsgemäss anders von dem behandelnden Arzte, anders von dem Medizinalbeamten verstanden wird; es dürfte nothwendig sein, ihn genauer zu umschreiben, indem man vielleicht den Ausdruck „übertragbare Wochenbetterkrankungen" wählt. Auch Ruhr und Genickstarre bedürfen des Beiworts „übertragbare", um ähnliche gleichbenannte, nicht ansteckungsfähige Krankheitsformen vom Seuchengesetz auszusondern. Da ferner nicht jede Erkrankung an Tuberkulose der Verbreitung fähig ist, sondern in erster Linie die mit starkem Auswurf verbundene Lungen- und Kehlkopfstuberkulose, so wird statt des allgemeinen Ausdrucks „Tuberkulose", speziell die „Lungen- und Kehlkopfstuberkulose in übertragbarer Form" hervorzuheben sein. Auf Syphilis und Gonorrhoe das Gesetz allgemein auszudehnen, ist bedenklich, weil bei der Scheu der Erkrankten vor der Oeffentlichkeit der Schaden leicht viel grösser als der Nutzen sein könnte. Da aber das Gesetz gegenüber derartigen Erkrankungen bei Prostituirten und der Prostitution verdächtigen Personen Handhaben bieten muss, so werden Syphilis und Gonorrhoe im Falle des Auftretens bei diesen Personen in das Gesetz hineingezogen werden müssen.

Man kann zweifelhaft sein, ob die Einbeziehung von Granulose, Masern nebst Rötheln und von Keuchhusten gerechtfertigt ist. Die Granulose herrscht nur in einigen Bezirken der Monarchie und ist dort trotz der unzureichenden Bestimmungen des Regulativs von der Medizinalverwaltung mit Erfolg bekämpft worden, so dass ihre Aufnahme überflüssig erscheinen könnte. Aber der Mangel geeigneter gesetzlicher Vorschriften hat sich auch bei der Bekämpfung der Granulose fühlbar genug gemacht, um eine Erleichterung der Aufgaben der Medizinalverwaltung dringend zu wünschen.

Bei Masern und Keuchhusten nimmt man im Allgemeinen an, dass das Kontagium so früh und so leicht beweglich sei, dass alle Massnahmen gegen die Verbreitung zu spät kommen. Es sind Stimmen laut geworden, ich erinnere an Wasserfuhr, welche alle Massnahmen gegen die Masern für verkehrt erachten und einer möglichst schnellen Durchseuchung der Bevölkerung Vorschub leisten wollten. Aber es wird wohl so mancher Kollege unter uns durch rechtzeitige Absonderung einer Masernerkrankung

die Entstehung einer Epidemie haben verhindern können. In den wohlhabenderen Kreisen, welche sich vor Masern zu schützen pflegen, giebt es zahlreiche Familien, die niemals von Masern ergriffen worden sind. Die bewährte Anweisung zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen vom 14. Juli 1884 will die Schulkinder vor Masern und Keuchhusten geschützt sehen. Wenn den Masern, wie ich schon bemerkte, von 1891—1900 83882 Menschenleben — fast 4000 mehr als dem Scharlachfieber — zum Opfer gefallen sind, und Keuchhusten in derselben Zeit sogar 139123 Menschen hinweggerafft hat, so können dieser gewaltigen Sterblichkeit gegenüber die sanitätspolizeilichen Hände unmöglich gänzlich in den Schoss gelegt werden. Mindestens würde das Gewissen des Volkes durch ein Masern und Keuchhusten berücksichtigendes Gesetz wieder geweckt werden, das jetzt besonders bei Keuchhusten eine fast frevelhafte Gleichgültigkeit an den Tag legt. Kein Mensch nimmt daran Anstoss mit seinen keuchhustenkranken Kindern, womöglich auf Anrathen des behandelnden Arztes eine Luftveränderung vorzunehmen und in einem Badeorte zahlreiche andere, mitunter der Erholung in hohem Grade bedürftige Kinder anzustecken. In den Ostseebädern sind Keuchhustenepidemien im Herbst fast die Regel und in den von Kindern stark besuchten Bädern des Binnenlandes sind gleiche Beobachtungen gemacht worden. Es wird daher nicht darauf verzichtet werden können, Masern und Keuchhusten unter das Seuchengesetz zu stellen.

Was soll mit diesen unter ein Seuchengesetz zu bringenden 12 Krankheiten geschehen?

Das preussische Seuchengesetz wird sich in seiner Gliederung voraussichtlich an das Reichsseuchengesetz anlehnen und daher gleichfalls die Abschnitte Anzeigepflicht, Ermittelung, Schutzmassregeln, Entschädigungen aufweisen müssen.

Die Voraussetzung jeglichen sanitätspolizeilichen Eingreifens ist die Kenntniss von dem Auftreten der Krankheiten. Es werden somit die in dem preussischen Seuchengesetz zu behandelnden Krankheiten zunächst der Anzeigepflicht zu unterwerfen sein. In Betreff der zur Anzeige zu verpflichtenden Personen und deren Reihenfolge würde eine Abweichung von den Bestimmungen des Reichsseuchengesetzes nur Verwirrung hervorrufen. Die Last der Anzeigepflicht wird auch in Zukunft hauptsächlich auf den Aerzten ruhen, denen sie durch zweckmässige Meldekarten möglichst zu erleichtern ist. Eine erhebliche Belästigung der übrigen Bevölkerung ist nicht zu befürchten, auch für die ländliche nicht, welche sich z. B. mit der Anzeigepflicht für die im Wesentlichen nur den Futterzustand und die Milchergiebigkeit der Thiere beeinträchtigende Maul- und Klauenseuche recht gut abgefunden hat.

Im Reichsseuchengesetz ist nicht nur für Erkrankungen und Todesfälle, sondern auch für den Krankheitsverdacht die Anzeigepflicht ausgesprochen worden. Die Aufnahme einer gleichen Bestimmung in das preussische Seuchengesetz und zwar für sämmtliche ihm unterstellte Krankheiten befürworte ich

dringend. Dem behandelnden Arzte fällt es viel leichter, einen Verdacht anzuzeigen, als eine thatsächliche Erkrankung. Es geht bis zur Stellung einer unerschütterlichen Diagnose viel kostbare Zeit verloren; denn dem behandelnden Arzte ist es keineswegs zu verdenken, wenn er nicht Gefahr laufen will, seine Diagnose durch den beamteten Arzt angezweifelt oder gar umgestossen zu sehen. Bei der Anzeigepflicht des Verdachts befindet sich der Medizinalbeamte zu dem behandelnden Arzte in dem angenehmen Verhältniss eines willkommenen Helfers, bei der Anzeigepflicht für die thatsächliche Erkrankung in der eines lästigen Kontroleurs. Es wird auch nur dann gelingen, die ersten Fälle der Volkskrankheiten zu fassen, wenn die verdächtigen Fälle der Anzeigepflicht unterliegen. Die mehrfach hervorgetretene sanitätspolizeiliche Ohnmacht gegenüber Masern, Scharlach, Diphtherie und Typhus hat ihren Grund, wie mir jeder praktisch erfahrene Medizinalbeamte zugeben wird, einzig und allein darin, dass die Anzeigen so überaus häufig viel zu spät eingehen.

Es wird ferner in gleicher Weise wie im Reichsseuchengesetz der Wechsel des Aufenthaltsorts angezeigt werden müssen, ebenso sehr um die Desinfektion der verlassenen Wohnung zu bewirken, als um der zuständigen Behörde des neuen Wohnorts die Möglichkeit zu rechtzeitigen Schutzmassregeln zu geben.

Mit der Regelung der Anzeigepflicht allein ist es nicht gethan. Sehr treffend wurden in der Kommission zur Vorberathung des Reichsseuchengesetzes von Seiten der Regierungsvertreter geltend gemacht, dass es wenig praktischen Werth habe, lediglich die Anzeigepflicht für bestimmte Krankheiten einzuführen, also einfach Medizinalstatistik zu treiben. Es muss auch das in den §§. 6—10 des Reichsseuchengesetzes vorgeschriebene Ermittelungsverfahren Platz greifen, um die ersten Fälle zu umfassen, und auf diese Weise das Entstehen einer Epidemie zu verhüten. Es mag vielleicht heute noch als ein weitgehendes Verlangen bezeichnet werden, dass der Medizinalbeamte bei der Meldung eines Verdachts von Masern oder Keuchhusten Ermittelungen an Ort und Stelle vornehmen solle. Ich stehe aber nicht an, meine Forderung als logisch wohl begründet aufrecht zu erhalten. Wenn seit vielen Jahren die Meldung des Verdachts von Maul- und Klauenseuche bei einem Schwein eine Ermittelung an Ort und Stelle durch den beamteten Thierarzt unfehlbar nach sich zieht, so wird bei der Meldung eines Verdachts auf Masern oder Keuchhusten eine amtliche Ermittelung ganz gewiss nicht unterbleiben dürfen. Den Medizinalbeamten aber erfüllt es mit ungleich grösserer Genugthuung, entweder einen Verdacht richtig zu stellen oder frühzeitig der Entwicklung einer Epidemie vorzubeugen, als wie jetzt gar nicht selten lange post festum als überflüssige Figur aufzutreten. Ein Missbrauch des Ermittelungsverfahrens, um durch Meldung eines Krankheitsverdachts zu billiger ärztlicher Hilfe zu gelangen, ist nach den Erfahrungen im Veterinärwesen im Allgemeinen nicht zu besorgen, und im einzelnen Falle wird der Kreisarzt etwaigen

Versuchen begegnen können. Eine Beschränkung des Ermittelungsverfahrens könnte vielleicht für die in der Behandlung eines Arztes stehenden Wochenbetterkrankungen zugelassen werden, einmal mit Rücksicht auf die Wöchnerin, sodann aber weil die einzige in Betracht kommende wirksame Schutzmassregel, die Desinfektion der Hebammen getrost auch ohne besonderes Ermittelungsverfahren angeordnet werden kann.

Die Schutzmassregeln gegen die einem Preussischen Seuchengesetz unterliegenden Krankheiten werden, wenn sie schliesslich auch alle auf Absonderung und Desinfektion hinauslaufen, den einzelnen Krankheiten angepasst sein müssen. Es darf wohl angenommen werden, das ähnlich wie das Reichsseuchengesetz das Preussische Gesetz nur allgemeine Bestimmungen enthalten wird, während die im Besonderen zu ergreifenden Massnahmen, namentlich die Desinfektionsanweisungen, ministeriellen Ausführungsbestimmungen überlassen bleiben, welche leichter beweglich den Fortschritten der Wissenschaft schneller folgen können. Ich würde es aber dankbar begrüssen, wenn den Hebammen die Massregel des Verbots der Ausübung ihrer Thätigkeit möglichst erspart und dafür mehr Gewicht auf die Desinfektion der Hebammen gelegt würde, welche unter voller Verantwortung des Kreisarztes zu geschehen hätte.

Zur Beseitigung der wohl allgemein anerkannten Misere des Desinfektionswesens in den kleineren Städten und auf dem Lande wird das Gesetz auf eine Regelung desselben seitens der Kreise durch statutarische Anordnung entsprechend den §§. 20 und 116 der Kreisordnung verweisen müssen. Das Wesentlichste bei der Ausführung einer Desinfektion sind bekanntlich weder die Desinfektionsmittel, noch die Apparate, sondern die Desinfektoren. Will man zuverlässige Männer als Desinfektoren gewinnen, denen die Verantwortung für eine wirksame und in Anbetracht der Entschädigungspflicht doch schonende Desinfektion übertragen werden darf, so muss ihnen eine dauernde Stellung gewährleistet werden, auf deren Beibehaltung sie Werth legen. Das Fehlen einer gesetzlichen Bestimmung über die Regelung des Desinfektionswesens würde die Vorzüge eines Preussischen Seuchengesetzes ganz ausserordentlich verringern und die Ausführung des Reichsseuchengesetzes theilweise unmöglich machen.

Nach den §§. 28—34 des Reichsseuchengesetzes sind unter gewissen Umständen für entgangenen Arbeitsverdienst und für Gegenstände, welche in Folge einer Desinfektion vernichtet oder beschädigt worden sind, Entschädigungen zu gewähren. Die Kosten derselben sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten; ihre Aufbringung ist der landesgesetzlichen Regelung überlassen. Einer ähnlichen Bestimmung darf in dem zu erwartenden Preussischen Seuchengesetze entgegengesehen werden.

Damit gelangen wir zu der überaus wichtigen Kostendeckungsfrage, von deren Erledigung es abhängen wird, ob das Preussische Seuchengesetz als ein lebenskräftiges Gebilde er-

stehen wird, oder vielleicht nach wenigen Jahren des Siechthums wieder ausser Uebung kommt.

In der Kommission zur Vorberathung des Reichsseuchengesetzes haben sich die Preussischen Kommissare mit der denkbar grössten Entschiedenheit dagegen ausgesprochen, dass die Kosten der Seuchenbekämpfung dem Staate aufgebürdet würden. In dem Min.-Erl. vom 12. Juli 1901 betr. Anordnungen zum Zwecke der Bekämpfung der Pest ist dann auch wieder in Abschn. IV Abs. 2 das bisherige Preussische Recht zum Ausdruck gebracht worden, nämlich, dass Kosten, soweit sie durch sanitätspolizeiliche Massnahmen im landespolizeilichem Interesse verursacht sind, der Staatskasse, soweit sie durch Massnahmen in ortspolizeilichem Interesse verursacht sind, dem zur Tragung der Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung verpflichteten Verbande zur Last fallen. Die von dem O.-V.-G. gebilligten Grundsätze, welche der Min.-Erl. vom 29. Juni 1893 darüber aufgestellt hat, welche Massnahmen als in landespolizeilichem und welche als im ortspolizeilichem Interesse geschehen anzusehen sind, lassen keinen Zweifel darüber, dass diejenigen Massnahmen, welche auf die Bekämpfung und Beschränkung einer ansteckenden Krankheit innerhalb eines einzelnen Orts gerichtet sind, ortspolizeilicher Natur sind.

Wenn, wie es den Anschein hat, diese Grundsätze in dem kommenden Preussischen Seuchengesetz aufrecht erhalten bleiben, und kein neues Recht geschaffen wird, so wird der Staat bei der Seuchenbekämpfuug zwar die Kosten des Ermittelungsverfahrens zu übernehmen haben, welche ihn durch §. 1 Abs. 6 des Kreisarztgesetzes zugefallen sind, aber den bei weitem grössten Theil der übrigen Kosten werden die Gemeinden, auf dem Lande also die Dörfer und Gutsbezirke, zu tragen haben.

Im Jahre 1893 bei der Berathung des damaligen Entwurfs eines Reichsseuchengdsetzes, entwarf der bekannte Reichstagsabgeordnete von Unruh-Bomst, der langjährige Landrath des Kreises Wollstein, im Reichstage eine drastische Schilderung, wie das Land, Gemeinden und Güter, sich wohl hüten, Anzeigen von ansteckenden Krankheiten zu erstatten, um sich vor kostspieligen Unannehmlichkeiten zu bewahren. Es ist das natürlich nicht etwa böser Wille, denn dem Bauern sind seine Kinder ebenso lieb wie dem Stadtbewohner, und der Grossgrundbesitzer des Ostens, hat für seine Arbeiter dasselbe warme Herz wie der Fabrikbesitzer des Westens, sondern nur die traurige Folge der geringen Leistungsfähigkeit der ländlichen Ortsverbände.

Erwägen Sie, m. H., dass auf dem Lande die Massnahmen zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten unvergleichlich kostspieliger und störender als in der Stadt sind, dass auf dem Lande im Jahre 1901 nur 6,8 % der Einwohner, in den Städten dagegen 14,4 % zur Einkommensteuer veranlagt waren und dass in demselben Jahre in den Städten auf den Kopf 8 M. 61 Pfg., auf dem Lande aber nur 2 M. 15 Pfg. an veranlagter Einkommensteuer entfielen, dass ferner in den zur Tragung der ortspolizeilichen Kosten verpflichteten Verbänden auf dem Lande recht

häufig nur ein einziger Steuerzahler in Betracht kommt, der sehr wohl durch die plötzliche unerwartete Mehrbelastung bei dem Auftreten von ansteckenden Krankheiten geradezu erdrückt werden kann.

Den Grundsatz, dass Massnahmen, welche auf die Bekämpfung und Beschränkung einer ansteckenden Krankheit innerhalb eines einzelnen Ortes gerichtet sind, lediglich in ortspolizeilichem Interesse liegen, vermag ich nicht mit der grossen Bedeutung zu vereinigen, welche dem Verkehr, den einschränken der Staat weder will noch kann, für das Auftreten und die Verbreitung der ansteckenden Krankheiten beigemessen werden muss. Ich bin vielmehr der Ueberzeugung, dass das ganze Preussische Volk in hohem Grade daran interessirt ist, dass in keinem Theile der Monarchie Zustände bestehen, welche bei dem heutigem, so enorm gewachsenen Verkehr stets auch anderen Theilen gefährlich werden können. Die Abneigung der ländlichen Bevölkerung bei geringerer Leistungsfähigkeit grössere Lasten für einen Zweck zu übernehmen, an dem, wie sie ganz richtig herausfühlt, im Grunde alle Einwohner des Staates in gleicher Weise betheiligt sind, ist daher wohl zu verstehen und gewiss nicht ungerechtfertigt.

Wir brauchen breitere Schultern für die sich aus einem Preussischen Seuchengesesetz ergebenden Lasten, als sie die schwachen ländlichen Verbände besitzen. Ich finde sie, nachdem der Staat ein weiteres Eintreten abgelehnt hat, nur in den Provinzialverbänden, denen ja auch bei den Viehseuchen nach §. 12 des Preussischen Gesetzes vom 12. März 1881 und 18. Juni 1894, betr. die Ausführung des Reichsgesetzes über die Abwehr und Unterdrückung der Viehseuchen, die Entschädigungspflicht übertragen worden ist.

Hiernach ergiebt sich der von mir in Leitsatz C. V, 1—5 für die Aufbringung der Kosten gemachte Vorschlag.

Bei einer derartigen Vertheilung der Kosten habe ich die Zuversicht, dass das sehnlichst erwartete Preussische Seuchengesetz für Stadt und Land zum Segen gereichen, und dass Preussen auch auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung der führende Staat in Deutschland werden wird.

(Lebhafter Beifall.)

Die von dem Referenten aufgestellten Leitsätze hatten folgenden Wortlaut:

A. In den 10 Jahren von 1891 bis 1900 sind in Preussen nach den amtlichen Quellen gestorben:

1, an den unter das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 fallenden gemeingefährlichen Krankheiten insgesammt 2301 Personen und zwar in Folge von

Cholera:	1633,
Pocken:	460,
Flecktyphus:	208;

2. an den vermeidbaren einheimischen Volkskrankheiten 1 438 324 Personen und zwar in Folge von

Tuberkulose:	727 020,
Diphtherie:	303 711,
Keuchhusten:	139 123,
Masern:	83 882,
Scharlach:	79 173,
Typhus:	48 238,
im Kindbett:	43 434,
Ruhr:	10 478,
Syphilis:	3 265.

Diese gewaltige Sterblichkeit in Folge der vermeidbaren einheimischen Volkskrankheiten, welche mit einer ungeheuren Erkrankungsziffer und schweren wirthschaftlichen Verlusten verbunden ist, erfordert dringend eine energische Bekämpfung dieser Krankheiten, zu der die gesetzlichen Bestimmungen des Regulativs von 1835 genügende und geeignete Mittel nicht bieten.

B. Ein Preussisches Seuchengesetz ist daher eine unabweisbare Nothwendigkeit.

C. Bei der Gestaltung des zu erwartenden Preussischen Seuchengesetzes sind folgende Forderungen zu berücksichtigen:

I. Der Anzeigepflicht unterliegen jede Erkrankung und jeder Todesfall an
   1. Typhus,
   2. Rückfallfieber,
   3. übertragbarer Ruhr,
   4. übertragbarer Genickstarre,
   5. Granulose,
   6. Diphtherie,
   7. Scharlach,
   8. Masern und Rötheln,
   9. Keuchhusten,
   10. Lungen- und Kehlkopftuberkulose in übertragbarer Form,
   11. übertragbaren Wochenbetterkrankungen,
   12. Syphilis und Gonorrhoe bei Prostituirten und der Prostitution verdächtigen Personen,

   sowie jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt.

II. Das in den §§. 6—10 des Reichsseuchengesetzes vorgeschriebene Ermittelungsverfahren gelangt bei den unter I genannten Krankheiten zur Anwendung.

III. Das Desinfektionswesen ist seitens der Kreise durch eine statutarische Anordnung entsprechend den §§. 20 und 116 der Kreisordnung zu regeln.

IV. Die Kosten werden unter möglichster Schonung der ländlichen Ortsverbände aufgebracht und zwar:
   1. der Staat übernimmt die Kosten des Ermittelungsverfahrens gemäss §. 1 Abs. 6 des Kreisarztgesetzes,

2. die Provinzialverbände tragen die Kosten der in den §§. 28—34 des Reichsseuchengesetzes vorgesehenen sowie die nach dem Preussischen Seuchengesetz zu gewährenden Entschädigungen,
3. die Kreise die Kosten des Desinfektionswesens, insbesondere die der Anstellung von Desinfektoren, Beschaffung von Apparaten und der Wohnungsdesinfektionen,
4. die Gemeinden die Kosten der Bereitstellung von Wohnungen und der besonderen Vorsichtsmassregeln bei Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen,
5. der Einzelne, im Unvermögensfalle die Gemeinde, die Kosten der laufenden Desinfektion und der ärztlichen Behandlung.

Vorsitzender: Zunächst erlaube ich mir, dem Herrn Vortragenden im Namen des Vereins den verbindlichsten Dank für seine interessanten Ausführungen auszusprechen. Sodann eröffne ich die Diskussion, und zwar über den Vortragsgegenstand im Allgemeinen.

H. Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Fielitz-Halle. M. H.! Ich glaube, wir könnten kürzer und schneller dazu kommen, wenn wir von einer allgemeinen Debatte abstehen, weil wir sonst mit der Zeit kaum auskommen dürften. Wir alle haben die Erfahrung gemacht, dass das Regulativ vom Jahre 1835 einer Aenderung bedarf und bei der heutigen Gesetzgebung eine wirksame Seuchenbekämpfung nicht erreicht werden kann. Es ist deshalb vom höchsten Werthe, wenn wir gerade über diese Frage ein einmüthiges Votum herbeiführten; diesem Wunsche möchte ich besonders Ausdruck geben.

Vorsitzender: M. H.! Von einer allgemeinen Debatte ganz abzusehen, halte ich nicht für richtig, gerade mit Rücksicht auf den von dem Vorredner ausgesprochenen Wunsch. Wir könnten sie aber auf die Frage über die Nothwendigkeit eines preussischen Seuchengesetzes beschränken und damit die Diskussion über die Leitsätze A u. B einschliessen. Ich bemerke dabei, dass der Herr Referent die von ihm aufgestellten Leitsätze zur Abstimmung bestimmt hat.

H. Kreisarzt Dr. Rockwitz-Cassel: Ich möchte kurz die Verhältnisse berühren, wie sie im hiesigen Bezirke liegen, um zu beweisen, dass auch hier die gesetztlichen Bestimmungen zur Bekämpfung der vermeidbaren einheimischen Volkskrankheiten unzureichend sind. In dem Regierungsbezirk Cassel, der dem vormaligen Kurfürstenthum Hessen entspricht, gilt nicht das Regulativ von 1835, sondern für die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten ist noch die Kurhessische Medizinalordnung vom Jahre 1830 massgebend, welche u. A. Bestimmungen über das Verhalten des Kreismedizinalbeamten beim Ausbruch ansteckender Krankheiten sowie über die Anzeigepflicht enthält. Besonders in der letzteren Beziehung sind die Vorschriften unvollkommen und entsprechen nicht mehr dem heutigen wissenschaftlichen Standpunkt. Es fehlt vor allem eine genügende Handhabe, um die Anzeigepflicht in genügend strenger Weise durchzuführen. Der §. 127 der Kurhessischen Medizinalordnung, der hier in Betracht kommt, hat eine dehnbare Fassung und lautet etwa: „Die Aerzte sind verpflichtet, epidemische und kontagiöse Krankheiten, welche eine allgemeine und gefährliche Verbreitung befürchten lassen, dem Physikus anzuzeigen.“ Schon aus diesem Wortlaut geht hervor, dass die Bestimmung verschieden ausgelegt und befolgt werden kann. Wenn ein Arzt sagt, als ich die ersten Fälle beobachtete, liess die Krankeit noch keine allgemeine Verbreitung befürchten, so lässt sich nach dem §. 127 dagegen nichts einwenden. Aber das ist gerade der Uebelstand; denn wie soll es möglich sein, dann die ersten Fälle zu entdecken und unschädlich zu machen? Das ist unmöglich! Ausserdem enthält die Medizinal-

ordnung keine Bestimmungen, um das Ausserachtlassen der Vorschriften zu bestrafen. Um diesen Mängeln abzuhelfen, ist eine Polizei-Verordnung im Jahre 1877 erlassen, welche zunächst die in dem Reichsseuchengesetz genannten Krankheiten in's Auge fasst, ausserdem aber die Erweiterung der Anzeigepflicht auf die einheimischen ansteckenden Krankheiten zulässt und die Nichterfüllung der Bestimmung mit Geldstrafe bedroht. Allein auf diese Polizei-Verordnung ist kein Verlass, sie ist anfechtbar, weil die Kurhessische Medizinalordnung Gesetzeskraft hat und noch zu Recht besteht. Wenn wir gegen einen säumigen Arzt vorgehen wollten, wäre es zweifelhaft, ob das Gericht nicht zu seinem Gunsten entscheiden würde. Die allgemein einheitliche Regelung des Verfahrens bei den einheimischen Seuchen ist daher eine zwingende Forderung und der baldige Erlass eines Seuchengesetzes dringend zu wünschen. Wenn man als Medizinalbeamter sieht, wie in der Praxis die Dinge vielfach im Argen liegen, und wie die Volksgesundheit oftmals bedroht wird, dadurch, dass das Versäumniss der Anzeige ein frühzeitiges Eingreifen unmöglich macht, so tritt das Bedürfniss nach neuen gesetzlichen Bestimmungen zur Regelung dieser Verhältnisse immer mehr zu Tage. Erlebte ich es doch, dass in einem Kreise der Typhus sich über mehrere Ortschaften ausbreiten konnte, ehe sein Auftreten zur Kenntniss der Behörden kam. Die behandelnden Aerzte hatten die Anzeige unterlassen und sich hinter dem §. 127 der Kurhessischen Medizinalordnung verschanzt. Ich möchte daher unter Berücksichtigung der hiesigen Verhältnisse den Antrag des Herrn Referenten besonders dringend befürworten und mich seinen Ausführungen in jeder Beziehung anschliessen.

H. Reg.- u. Geh. Med.-Rath Dr. **Barnick**-Frankfurt a./O.: Schon der Umstand, dass das Regulativ vom 8. August 1835, das nur einen Theil der übertragbaren Krankheiten und auch diesen in einer den heutigen Anschauungen nicht mehr entsprechenden Weise berücksichtigt, lediglich für die alten Provinzen Giltigkeit hat, spricht für die Nothwendigkeit eines neuen Seuchengesetzes in Preussen. Weitere Unterlagen bieten die Generalberichte über das Gesundheitswesen in der Monarchie, aus denen die gegenwärtig herrschenden Schwierigkeiten und Missstände bei der Bekämpfung von Seuchen klar ersichtlich sind. Ohne ein neues Seuchengesetz, das uns andere und bessere Handhaben bietet, kommen wir auf diesem Gebiete nicht vorwärts. Eine weitere Erörterung dieser Angelegenheit dürfte sich erübrigen; einstimmig müssen wir den Satz, dass ein preusisches Seuchengesetz eine unabweisbare Nothwendigkeit ist, annehmen.

Vorsitzender: Es hat sich Niemand mehr zum Worte gemeldet; der Herr Referent hat auf das Schlusswort verzichtet. Ich schliesse die Generaldiskussion sowie die Spezialdiskussion über die Leitsätze A u. B, die ich jetzt zur Abstimmung bringe. Diejenigen Herren, die mit diesen beiden Leitsätzen einverstanden sind, bitte ich, sich zu erheben.

Die Leitsätze sind einstimmig angenommen. Wir gehen nun zur Spezialdebatte über Leitsatz C über und zwar zunächst über Nr. I, die Anzeigepflicht betreffend.

H. Kreisarzt Dr. **Hoche**-Geestemünde. M. H.! In dem Leitsatz C I über die Anzeigepflicht sind unter Nr. 11, die übertragbaren Wochenbetterkrankungen angegeben; hier möchte ich eine Ausdehnung der Anzeige auch auf die übertragbaren Erkrankungen der Neugeborenen wissen. Wie nöthig eine solche ist, beweist eine in meinem Bezirke vorgekommene Reihe von Erkrankungen Neugeborener an diphtheritischen Nabelgeschwüren mit 6 Todesfällen in der Praxis einer Hebamme in einem Jahre, wobei es noch zu verwundern ist, dass nur ein Fall von tödtlich verlaufenem Puerperalfieber daneben auftrat. Ausserdem möchte ich einen Zusatz betreffs der Anzeigepflicht bei Masern und Rötheln machen. In Württemberg kam im Jahre 1900 eine Epidemie von typischen Schweissfrieseln mit einem hohen Prozentsatz an Todesfällen vor; ebenso sind in der Provinz Hannover seit Jahren frieselartige Erkrankungen aufgetreten, allerdings meist leichter Art, aber auch tödtlich verlaufende. Zu Masern und Rötheln müssten demnach noch Frieseln

genannt werden, zumal Scharlach und Masern hinter dem Ausdruck Frieseln häufig versteckt werden.

H. Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Fielitz-Halle: Ich bin entgegengesetzter Anschauung, als der Herr Vorredner. Zu den 12 Nummern sollten nicht noch mehr Krankheiten hinzugefügt werden, Krankheiten, die selten sind und deren wir auch anderweitig Herr werden können. Eher kann man der Anschauung sein, dass manche Krankheiten unter C. I aufgeführt sind, die in ein Landesgesetz nicht gehören. Es giebt Bezirke, in denen z. B. Masern, Scharlach, Rötheln nicht anzeigepflichtig sind. Ich bin erstaunt, dass nach den vom H. Referenten festgestellten Mortalitätsziffern so viele Tausende an Masern, Scharlach, Rötheln gestorben sind. Wir wissen aus dem praktischen Leben, dass in vielen Kreisen, wie z. B. in Halle, Masern gar nicht mehr gemeldet werden. Man muss allerdings auch schwache Individuen schützen, wie das Beispiel aus den Sool- und Seebädern lehrt, wo skrophulose und schwächliche Kinder z. B. vielfach durch eingeschleppten Keuchhusten zu Grunde gehen. — Betreffs der übertragbaren Krankheiten der Neugeborenen, insbesondere des Pemphigus, bin ich der Ansicht, dass diese lediglich durch die Hebammen gemeldet werden; eine derartige Meldepflicht kann aber den Hebammen durch Instruktion auferlegt werden.

Sodann habe ich ein Bedenken bei Nr. 12 betr. Syphilis und Gonorrhoe „bei Prostituirten und der Prostitution verdächtigen Personen". Man darf dem Arzte nicht zumuthen, dass er wissen soll, welche Personen der Prostitution „verdächtig" sind. Dass kann nur Sache der Sittenpolizei sein.

Wer zur Anzeige verpflichtet ist, ist vom Herrn Referenten nicht mitgetheilt. Die Anzeigepflicht durch die Kurpfuscher ist allerdings auch eine Nothwendigkeit, aber richtiger wäre es, wenn sie im Gesetze nicht aufgenommen würde. — Zustimmen kann man dagegen nur der Forderung, dass der Anzeigepflicht „auch jeder Fall, der den Verdacht einer dieser Krankeiten erweckt", unterliegen soll; denn es ist ja bekannt, dass, wenn es nur heisst: Typhus oder Diphtherie muss angezeigt werden, mancher nachlässige Arzt sagen wird: es thut mir leid, ich halte den Fall nicht für Typhus, für Diphtherie, und in Folge dessen die Anzeige unterlässt.

H. Reg.- u. Med.-Rath Dr. Wodtke: In Betreff der zur Anzeige zu verpflichtenden Personen habe ich mich auf die Bestimmungen des Reichsseuchengesetzes bezogen und deren Aufrechterhaltung in dem Preussischen Seuchengesetz für zweckmässig erklärt, damit jede Verwirrung vermieden werde.

Wenn man der starken Verbreitung, welche die Geschlechtskrankheiten gerade durch die heimliche Prostitution erfahren, zu Leibe gehen will, so müssen auch die Erkrankungen der der Prostitution verdächtigen Personen zur Anzeige gebracht werden. Meistens liegen die Verhältnisse so klar und einfach, dass ein Arzt kaum in Gewissensnoth oder Unannehmlichkeiten gerathen kann.

H. Reg.- u. Geh. Med.-Rath Dr. Barnick-Frankfurt a./O.: Ich trete dieser Ansicht bei, besonders was die Prostitution betrifft. Ob es sich durchführen lässt, steht noch dahin. Bei Syphilis und Gonorrhoe müssen wir Vorschläge machen, die eine wirksame Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ermöglichen. Wenn wir der Anzeigepflicht nicht auch die Syphilis und Gonorrhoe bei den der Prostitution verdächtigen Personen unterwerfen, so begeben wir uns namentlich in den Städten, in denen das Kellnerinnenunwesen weit ausgebildet ist, einer überaus wichtigen Handhabe zur Einschränkung jener verderblichen Krankheiten. Ich empfehle daher, Nr. 12 in der von dem Herrn Vortragenden vorgeschlagenen Fassung stehen zu lassen.

H. Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Fielitz-Halle. M. H.! Ich möchte nur mit Rücksicht auf die Anzeigepflicht bei Syphilis als Beispiel anführen, dass wir im Regulativ eine Bestimmung haben, die für Aerzte ebenso verhängnissvoll ist, wie jene Anzeigepflicht. Danach ist der Arzt für die Ausführung der Desinfektion verantwortlich; wie kann sich aber ein Arzt, besonders ein vielbeschäftigter Krankenkassenarzt, der von Patienten zu Patienten geht, um die Aufführung der Desinfektion kümmern? Ich frage Sie nun, wie soll ein Arzt sagen können: „ich halte eine Person für der Prostitution verdächtig?" Wenn er auch dadurch nicht mit dem §. 300 des Str.-G.-B. kollidirt, so kommt doch hier der Beleidigungsparagraph in Frage. Wie soll

überhaupt ein Arzt feststellen, ob eine Person der Prostitution verdächtig ist oder nicht? Darauf werden und können sich die Aerzte nicht einlassen.

H. Stadtarzt Dr. Schrakamp-Düsseldorf: Es wäre doch sehr wünschenswerth, wenn der Zusatz „der Prostitution verdächtige Personen" stehen bliebe. Sind der Polizeibehörde Fälle von Geschlechtskrankheit bei derartigen Personen bekannt, so kann nach §. 6 f des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 und §. 132 des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. Juni 1883 das Heilverfahren erzwungen werden, was für die Bekämpfung derartiger Krankheiten doch jedenfalls sehr wichtig und werthvoll wäre.

H. Kreisarzt Dr. Meder-Cöln. M. H.! Ich möchte zunächst zu Punkt 12, der in den Leitsätzen aus Versehen als 13 bezeichnet ist, noch etwas sagen. Meines Erachtens ist die vorliegende Fassung zu eng und bedeutet einen Rückschritt gegenüber dem alten Regulativ, nach dem alle Fälle, welche für das Allgemeinwohl eine Gefahr bilden, anzeigepflichtig sind. Auch auf die Meldung von Syphilis bei Militärpersonen kann von den Militärbehörden nicht verzichtet werden bei der Gefahr, welche jeder nicht behandelte Syphilitiker bei dem engen Zusammenwohnen in den Kasernen bildet. Für die Unterlassung der Anzeige ist auch eine Strafe festzusetzen, was leider im Regulativ nicht geschehen ist. Aehnlich liegen die Verhältnisse beim Schiffspersonal, das auch eng zusammen wohnt, ferner bei Kellnern, Bäckern und anderen Personen, die mit Nahrungsmitteln handeln. Wird die weitere Fassung, wie im Regulativ gewählt, dann braucht der Arzt auch keine Furcht vor eventuellen Beleidigungsklagen zu haben, weil er sagen kann, er habe den Fall angezeigt, weil er ihn für einen derartigen gehalten habe, welcher für das Allgemeinwohl, be zwdie Umgebung eine gewisse Gefahr sei.

Der Zusatz: „sowie jeden Fall, welcher den Verdacht einer der genannten Krankheiten erweckt", halte ich ebenfalls unbedingt für nöthig, denn gerade die leichten Fälle, was hier noch besonders hervorgehoben ist, sind für Verbreitung ansteckender Krankheiten sehr wichtig und gefährlich, wie der Typhus ambulans bei Handwerksburschen, die leichte Diphtherie bei Kindern, die in die Schule gehen.

H. Reg.- u. Med.-Rath Dr. Wodtke: Ich bitte die von mir aufgestellten Thesen in der vorgeschlagenen Fassung anzunehmen, insbesondere auch Nr. 12 in C. I. Ich erkläre mich gegen jede unbestimmte Fassung, welche die Anzeigepflicht dem Ermessen des einzelnen Arztes überlässt.

Ich erkläre mich ferner gegen die Aufnahme der „Frieseln", welche wie mir scheint, mehr eine örtliche Bedeutung haben und im Osten der Monarchie eine solche von Belang nicht beanspruchen können.

Dagegen betrachte ich den Vorschlag statt „übertragbare Krankheiten der Wöchnerinnen" zu setzen „übertragbare Krankheiten der Wöchnerinnen und Neugeborenen" als eine zweckmässige Erweiterung und empfehle meine Thesen mit dieser Aenderung zur Annahme.

Vorsitzender: M. H.! Ich schlage Ihnen vor, mit Rücksicht darauf, dass nur betreffs C. I, Nr. 11 und 12 der Leitsätze Differenzen zu bestehen scheinen, über diese besonders abzustimmen; dann werde ich über diese noch eine besondere Diskussion eröffnen. Dagegen bitte ich jetzt zunächst nur C. I, Nr. 1—10 mit dem Schlusssatze: „sowie jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt" zu erörtern, worüber scheinbar keine Meinungsverschiedenheit besteht. Es würde sich dann nur fragen, ob der H. Kollege Hoche seinen Antrag betreffs Ausdehnung der Anzeigepflicht auf „Frieseln" aufrecht hält. — Es ist dies nicht der Fall! Wünscht noch Jemand das Wort zu diesen Nummern zu ergreifen?

Da sich Niemand meldet, gehen wir zur Abstimmung über. Ich bitte diejenigen Herren, welche für Annahme der Leitsätze C. I, Nr. 1—10 nebst dem vorher erwähnten Schlussatz sind, sitzen zu bleiben. Es erhebt sich Niemand; dieselben sind somit einstimmig angenommen.

Wir kommen nunmehr zur Diskussion über C. Nr. 11: „übertragbare Erkrankungen der Wöchnerinnen“; hierzu beantragt also H. Kollege Hoche den Zusatz: „und Neugeborenen“, mit dem sich der H. Referent bereits einverstanden erklärt hat.

H. Reg.- u. Geh. Med.-Rath Dr. **Barnick**-Frankfurt a./O.: M. H.! Für die übertragbaren Krankheiten der Neugeborenen die allgemeine Anzeigepflicht anzuordnen, halte ich nicht gerade für nothwendig, zumal die Hebammen bereits zur Anzeige der Schälblasen angehalten sind. Höchstens könnte noch die Blenorrhoe der Neugeborenen in Frage kommen. Die übrigen infektiösen Erkrankungen der Neugeborenen, der Trismus, die Rose und die vom Nabel ausgehenden septischen Prozesse sind doch recht selten, so dass die Meldepflicht für sie kaum geboten erscheint.

H. Kreisarzt Dr. **Hoche**-Geestemünde: Ich bitte, meinem Antrage zuzustimmen; denn die Hebammen melden die betreffenden Krankheiten einfach nicht; sie melden nur dann, wenn sie glauben, dass es doch bekannt wird.

H. Reg.- u. Geh. Med.-Rath Dr. **Barnick**-Frankfurt a./O. M. H.! Das ist kein Grund; ich meine, wenn eine Hebamme verpflichtet ist, zu melden, so müssen wir von ihr wie von allen anderen Personen zunächst voraussetzen, dass sie ihrer Pflicht nachkommt. Zeigt sie sich hierin nachlässig, so stehen uns Mittel und Wege zu Gebote, um sie zur Erfüllung der Anzeigepflicht anzuhalten. Abgesehen von Polizeistrafen bieten hierfür die eventuell vierteljährlich zu wiederholenden Nachprüfungen eine vortreffliche Handhabe. In den Hebammenlehranstalten werden ausserdem die Schülerinnen über die Anzeigepflicht so eingehend unterrichtet, dass sie sich mit einer Unkenntniss auf diesem Gebiete nicht zu entschuldigen vermögen.

H. Kreisarzt Dr. **Meder**-Cöln: Ich möchte mich dafür aussprechen, dass die Neugeborenen mit einbegriffen werden. Die Hebammen in meinem Bezirke zeigen Wochenbettfieber meist auch nur erst dann an, wenn die Aerzte den Fall melden zu müssen erklären. Wozu sollen wir Kreisärzte uns die Arbeit machen, die Hebammen alle Vierteljahr zu bestellen? Das einfachste ist, man lässt sie bestrafen, polizeilich oder gerichtlich. Ich bin für Einbeziehung von Schälblasen und Blenorrhoe unter Ziffer 11.

Vorsitzender: Ich möchte nur bemerken, dass es für Hebammen keine Disziplinarstrafen giebt; dieselben können nur auf Grund von Polizeiverordnungen bestraft werden.

H. Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. **Fielitz**-Halle. M. H.! Es handelt sich hier um Krankheiten, die eigentlich nur durch Hebammen verschleppt werden, und solche passen nicht recht in ein Seuchengesetz; deshalb widerrathe ich ihre Aufnahme in ein solches. Für die Hebammen ist das Lehrbuch gleichsam Gesetzbuch in Bezug auf ihr Thun und Lassen; nur durch dieses wird am besten diese Anzeige geregelt.

Vorsitzender: Es hat sich Niemand mehr zum Wort gemeldet. Ich werde zunächst über Nr. 11 in der Fassung: „übertragbare Krankheiten der Wöchnerinnen“ und dann über den Zusatz: „und Neugeborenen“ abstimmen lassen, und bitte diejenigen Herren, welche für den ersten Absatz sind, sitzen zu bleiben. — Nr. 11 ist einstimmig angenommen.

Diejenigen Herren, welche für den Zusatzantrag sind, bitte ich aufzustehen.

(Geschieht.)

Ich bitte um die Gegenprobe.

Der Zusatzantrag ist mit grosser Mehrheit angenommen.

Wir kommen nun zu C. 1, Nr. 12: Anzeigepflicht bei Syphilis und Gonorrhoe. Ich bemerke, dass hierzu bereits

zwei Anträge vorliegen. Vom H. Kollegen Fielitz wird beantragt, dass der Absatz „und der Prostitution verdächtigen Personen“ gestrichen wird; vom H. Kollegen Meder ist dagegen eine weitergehende Fassung der Nr. 12 gewünscht und als solche vorgeschlagen: „Syphilis und Gonorrhoe bei Prostituirten und anderen Personen, sobald sie eine Gefahr für die Allgemeinheit befürchten lassen.“

H. Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Cimbal-Neisse. M. H.! Ich meine, dass „der Prostitution Verdächtige“ nicht ausreicht. Ich kenne einen Fall, wo in einem Konditorei-Geschäft die Verkäuferin an Rachenschanker litt; das Mädchen war durchaus nicht der Prostitution verdächtig. Personen, die dauernd im Verkehr mit Nahrungs- oder Genussmitteln beschäftigt sind, müssen nach meiner Ansicht, der Ansteckungsgefahr wegen, der Meldepflicht bei Syphilis unterliegen.

H. Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Fielitz-Halle. M. H.! Gegen den weitergehenden Antrag möchte ich mich aus praktischen Gründen aussprechen. Vergegenwärtigen Sie sich einmal, dass ein junger Mann, der früher an Syphilis oder Tripper gelitten hat, sich verheirathen wollte; den müsste man dann anzeigen, denn wo ist die Grenze des „allgemeinen Wohls“?! Der Arzt kann in solchen Fällen nur als Freund und Berather wirken und Heirathen verhindern, wo es nöthig ist, ohne dass die wahren Gründe den Betheiligten bekannt werden. Wohin soll das aber führen, wenn man dem Gesetzgeber vorschlagen will, der Arzt soll jeden Syphilitischen anzeigen, sobald dieser einen Andern schädigen kann. Wir dürfen doch nicht vergessen, dass selbst nach 10, ja 20 Jahren Erscheinungen von Syphilis bei scheinbar Geheilten wieder auftreten können! Ich bitte Sie deshalb, die Anzeigepflicht bei Syphilis und Gonorrhoe auf die Prostituirten zu beschränken und die Worte „und der Prostitution verdächtigen Personen“ zu streichen.

H. Kreisarzt Dr. Meder-Cöln. M. H.! Ich empfehle die von mir vorgeschlagene weiter gehende Fassung. Tertiäre Fälle von Syphilis kommen eigentlich nicht in Betracht, da sie nicht ansteckend mehr sind. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Aerzte leichtsinnige Syphylitiker, die im ansteckungsfähigen Stadium doch heirathen wollten, nicht anders herumkriegen konnten, als dass sie ihnen drohten, wenn sie die Verlobung nicht rückgängig machten, dass sie dann die Erkrankung der Polizei anmelden müssten. Diese Drohung half, und weiteres Unheil wurde vermieden. Dem Arzt ist es in solchen Fällen angenehm, wenn er sich auf eine polizeiliche Bestimmung stützen kann. Ich bitte daher die weitergehende Fassung anzunehmen.

Vorsitzender. M. H.! Ich möchte nur hervorheben, das bei der vom H. Referenten vorgeschlagenen Fassung nur das weibliche Geschlecht getroffen wird; Sie werden mir aber zugeben, dass das männliche Geschlecht durch Erkrankung an Gonorrhoe und Syphilis das Allgemeinwohl nicht minder gefährdet. Ich erinnere mich z. B. eines Falles, wo durch beurlaubte Soldaten fast ein ganzes Dorf syphilitisch wurde; von den durch sie infizirten Personen wurde die Krankheit immer weiter verschleppt, wobei sich allerdings durch die angestellten Ermittelungen ergab, dass diese Verschleppung durch den illegitimen geschlechtlichen Verkehr in dem betreffenden Dorfe sehr begünstigt war.

H. Reg.- u. Med.-Rath Dr. Wodtke: Bei einer derartigen weitgehenden Bestimmung würde gerade das eintreten, was ich vermeiden wollte, d ss nämlich Kranke, um der Anzeigepflicht zu entgehen, sich lieber an Kurpfuscher als an Aerzte wenden oder auch die Krankheit möglichst lange verheimlichen. Ich bitte nochmals Nr. 12 in der von mir vorgeschlagenen Fassung annehmen zu wollen.

Vorsitzender: Da Kurpfuscher auch anzeigepflichtig sind, so würde dies Bedenken hinfällig sein. M. H.! Wir kommen nun zur Abstimmung. Ich lasse zunächst über den ersten Absatz von Nr. 12: „Syphilis und Gonorrhoe bei Prostituirten“ abstimmen. Wer dafür ist, den bitte ich, sitzen zu bleiben. — Der Antrag ist einstimmig angenommen.

Wir stimmen jetzt über den von H. Kollegen Meder beantragten Zusatz: „und anderen Personen, sobald sie eine Gefahr für die Allgemeinheit befürchten lassen“ ab.

Ich bitte diejenigen Herren, welche für diesen Zusatz sind, aufzustehen. — Das ist die Minorität. — Ich bitte um Gegenprobe. — Das ist die Mehrheit. Der Zusatz ist somit abgelehnt.

Es ist nun noch über den Antrag des H. Kollegen Fielitz, in Nr. 12 die Worte: „und der Prostitution verdächtigen Personen“ zu streichen, abzustimmen. Ich bitte, diejenigen Herren, die diesem Antrag zustimmen, aufzustehen. — Das ist die Mehrheit. Ich bitte um die Gegenprobe. — Das ist die Minorität. Der Antrag ist also angenommen.

M. H.! Wir gehen jetzt zur Diskussion über den Leitsatz C. II. über, der das Ermittelungsverfahren betrifft. Es meldet sich Niemand zum Worte; ich bringe den Leitsatz daher zur Abstimmung und bitte diejenigen Herren, die mit ihm einverstanden sind, sitzen zu bleiben.

Der Leitsatz ist einstimmig angenommen.

Ich eröffne jetzt die Diskussion über den Leitsatz C. III, das Desinfektionswesen betreffend.

Auch hierzu wünscht Niemand das Wort. Wir gehen demzufolge sofort zur Abstimmung über; die Zustimmenden bitte ich sitzen zu bleiben.

Der Antrag ist einstimmig angenommen.

Wir kommen jetzt zur Berathung des letzten Leitsatzes C. IV: über die Aufbringung der Kosten.

H. Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Fielitz-Halle. M. H.! Ich habe nur Bedenken, soweit Punkt 5 dieses Leitsatzes in Frage kommt. Wieweit Staat und Provinzialverbände herangezogen werden sollen, wird angemessen in 1 und 2 bestimmt; sie sollen die Ermittelungs- und Entschädigungskosten tragen, während die übrigen Lasten sich auf Kreise, Gemeinden und den Einzelnen vertheilen sollen. Ich möchte den Herrn Referenten bitten, Absatz 3—5 zusammenzuziehen. Wenn die Kreise das Desinfektionswesen regeln sollen, dann muss man ihnen auch überlassen, bezüglich der Kostenvertheilung Bestimmung zu treffen; desgleichen kann man nicht jedem Einzelnen zumuthen, die Kosten der Schlussdesinfektion zu tragen. Betreffs der Kosten für die laufende Desinfektion ist das schon eher berechtigt, weil sie zur Behandlung gehören und vielfach von Krankenkassen zu übernehmen sind. Der praktische Arzt wird hier entsprechend einwirken können. Aber bei der Schlussdesinfektion und dem Zwang zur Zahlung muss man erwägen, dass es ausserordentlich arme Gemeinden giebt, die bei Epidemien schwer belastet werden und die Kosten unter 4 und 5 nicht übernehmen können. Dies kann ein grösserer Verband, wie der Kreis, weit besser; selbst in Städten, wo die reichere Bevölkerung ansässig ist, könnte bestimmt werden, dass jede Zwangsdesinfektion umsonst ausgeführt wird, denn sie geschieht nicht nur im Interesse der Familien, sondern in demjenigen des Gemeindewesens. In Halle bestehen z. B. derartige Einrichtungen, die sich bewährt haben. Ich meine, jede obligatorische Desinfektion müsste unentgeltlich und nur für fakultative zu zahlen sein. Nicht jeder Fall von Diphtherie, Scharlach u. s. w. kommt zur Behandlung, sei es wegen geringer Symptome, sei es wegen Indolenz der Angehörigen. Sollen solche Leute noch 10 oder 20 M. für die derartige Desinfektion bezahlen, dann lassen sie diese Fälle überhaupt nie behandeln. Ich möchte deshalb den Antrag stellen: dass die Vertheilung der unter 3—5 bezeichneten Kosten durch Kreisstatut geregelt wird.

Vorsitzender: Ich theile diese Bedenken nicht; denn bei der vom Herrn Referenten vorgeschlagenen Fassung bleibt es den Kreisen unbenommen, für nicht leistungsfähige Gemeinden einzutreten und die Kosten zu übernehmen; für die leistungsfähigen Gemeinden einzutreten, liegt aber kein Grund vor. Der Antrag des Kollegen Fielitz entspricht auch nicht der jetzt bestehenden Gesetzgebung in Preussen; denn danach haben die Gemeinden die Kosten der Ortspolizei zu tragen; eine Aenderung dieser Gesetzgebung ist aber wohl kaum zu erreichen. Dass derartige Kosten von grösseren Verbänden getragen werden, ist allerdings sehr zweckmässig; das wird aber z. B. durch die Uebernahme seitens der Amtsverbände erzielt, wie dies in Westfalen vielfach der Fall ist. Ich empfehle Ihnen daher den Leitsatz IV 1—5 in der vom H. Referenten vorgeschlagenen Fassung anzunehmen.

Vorsitzender: Der H. Referent hat auf das Schlusswort verzichtet; wir können daher zur Abstimmung übergehen und zwar zunächst zu derjenigen über Leitsatz C. IV, Nr. 1 u. 2. Diejenigen Herren welche dafür sind, bitte ich sitzen zu bleiben.

Nr. 1 u. 2 des Leitsatzes C. IV sind einstimmig angenommen.

Ich bringe jetzt den Antrag des H. Kollegen Fielitz: „die Tragung der übrigen Kosten durch das Kreisstatut zu regeln“ zur Abstimmung und bitte diejenigen Herren, die mit diesem Antrag einverstanden sind, aufzustehen. — Das ist die Minorität; der Antrag ist abgelehnt.

Nun bitte ich die Herren, welche dem Leitsatz C. IV. in der vom H. Referenten vorgeschlagenen Fassung zustimmen, sitzen zu bleiben.

Der betreffende Leitsatz ist fast einstimmig angenommen.

IV. Die Thätigkeit des Kreisarztes auf dem Gebiete der Schulhygiene und seine Stellung zu den Schulärzten.[1])

H. Kreisarzt Dr. **Berger**-Hannover: M. H.! Die Sorge um die heranwachsende Jugend ist etwas ganz Natürliches; unzweifelhaft stellt der Mensch das kostbarste Kapital dar, und wo mit diesem leichtsinnig umgegangen wird, da nimmt die wirthschaftliche und kriegerische Kraft eines Volkes ab. In dieser Ueberzeugung war schon durch die Solonische, auf die Betheiligung der gesammten Bürgerschaft an öffentlichen Dingen hinzielende Verfassung in Athen den Eltern die Sorge für die Erziehung der Jugend zur Bürgerpflicht gemacht, deren Vernachlässigung vom Areopag gerügt wurde. Abgesehen von den Elementen blieb aber die geistige Bildung in Athen, welche das Ziel verfolgte, Verstand, Gefühl, Geschmack und Urtheil an den Werken der Meister zu üben, mehr dem Elternhause überlassen, während in den öffentlichen

[1]) Der Stoff konnte wegen der Kürze der für den Vortrag zur Verfügung stehenden Zeit nur summarisch behandelt werden; ausführlich ist die ganze Frage von dem Referenten behandelt unter dem Titel „Kreisarzt und Schulhygiene“, Verlag von Leop. Voss, Hamburg und Leipzig.

Gymnasien die körperliche Tüchtigkeit vom Gesichtspunkte des Gemeinwohls ins Auge gefasst wurde.

In Rom tadelt Polybius im 7. Jahrhundert die Gleichgültigkeit der Römer gegen die Jugenderziehung, die sich dort anfangs in den Schranken engster Häuslichkeit abspielte, mit Aufopferung der individuellen Bildung, unter Verzicht auf die lockenden und verlockenden Gaben der Musen. Lucius Aemilius Paullus wies später nachdrücklich auf die Wichtigkeit einer richtigen Jugenderziehung hin, ohne jedoch die nach römischen Begriffen unzulässigen Turnübungen bei seinen Knaben einzuführen; erst später finden wir die Palaestra neben der Badestube in vornehmen römischen Landhäusern.

M. H.! Während die Alten in ihren Schulen hauptsächlich die physische Entwicklung der Knaben im Auge hatten, wurde allmählich immer mehr vorwiegend die geistige Entwicklung ins Auge gefasst, auch der Mädchen, und als 1717 König Friedrich Wilhelm es jedem Hausvater zur Pflicht machte, sein Kind in die Schule zu schicken, da wollte er seinem Volke eine solide elementare Bildung allgemein verschaffen, während die Sorge um das körperliche Wohl dem Elternhause überlassen blieb.

In der Schule empfängt das Kind, neben dem Elternhause, die ersten und bleibenden Eindrücke für das Leben in Beispiel, Praxis, Wort und Bild; die Eindrücke in der Kinderseele werden zu Gewohnheiten und so zu sagen zur andern Natur. Man versteht ohne Weiteres den Leibniz'schen Ausspruch: „Man gebe mir die Jugend in die Hand, und mir gehört das Jahrhundert. Die besten Männer hat eben, wer die beste Jugend hat, und die beste Jugend hat, wer die beste Schule hat, und wer die beste Schule hat, dem gehört die Zukunft."

Allmählich gelangte man auch zu der Einsicht, dass keineswegs diejenige die beste Schule ist, welche die beste geistige Entwicklung verfolgt, sondern die, welche eine harmonische Ausbildung von Körper und Geist herbeiführt. Es genügt aber nicht, die körperliche Ausbildung dem Elternhause zu überlassen; denn es steht fest, dass die körperliche Entwicklung in der Schule, oder sagen wir während der Schulzeit, Schaden nehmen kann und auch häufig nimmt, aber nicht zu nehmen braucht. Ist doch jeder genötigt, einen grossen Theil seiner Jugend in der Volkschule zuzubringen oder in anderen Schulen zur Erlangung besonderer Befähigungen; dazu kommt, dass die Zeit des obligatorischen und fakultativen Schulbesuches gerade in die Zeit fällt, in welcher der menschliche Geist sich in der Entwicklung befindet und am aufnahme- und bildungsfähigsten ist, welche aber gleichzeitig die Zeit der stärksten körperlichen Entwicklung ist. Dass man dieser Frage besonders näher getreten ist in unserem Zeitalter, in dem man sich anschickt, den Kampf mit dem menschlichen Elend in jeder Form aufzunehmen, in dem Zeitalter, welchem durch die allseitige Bethätigung humanitärer Gesinnung in grossen sozialen Fragen der Stempel

aufgedrückt ist, war selbstverständlich. Man sah ein, dass man sich nicht darauf beschränken konnte, demjenigen, dem die geistige Bildung anvertraut war, auch nebenher die Berücksichtigung des Körpers aufzugeben, sondern man überzeugte sich bald, dass man in dieser Richtung den Mann hören muss, der als der berufenste in Fragen des körperlichen Wohlbefindens zu gelten hat, den Arzt.

Der Staat bedient sich hierbei seines Berathers in ärztlichen Dingen, des Kreismedizinalbeamten; er erfüllt damit, dass er sich um das körperliche Wohlbefinden der Kinder in der Schule kümmert, nur seine Pflicht. Verlangt er von den Bürgern gleichmässig die Benutzung einer von ihm getroffenen Einrichtung, der Schule, so übernimmt er auch die Pflicht, in jeder Weise dafür zu sorgen, dass bei Benutzung dieser Einrichtung Niemand an seiner Gesundheit Schaden leidet.

M. H.! Der Kreisarzt hatte als Berater des Landraths in gesundheitlichen Dingen früher hauptsächlich mit den Schulen nur zu thun, wenn es sich um ansteckende Krankheiten handelte, gemäss Ministerial-Erlass vom 14. Juli 1884. In den Gesundheitsberichten war zwar jährlich in einem besonderen Kapitel über bauliche Einrichtung der Schulen, Gesundheitszustand der Schüler, Ferien-Kolonien, Kindergärten, Spielschulen zu berichten, das sollte aber geschehen auf Grund von gelegentlich sonstiger Anwesenheit am Orte vorgenommener Besichtigungen und Untersuchungen. Im Allgemeinen blieb daher die mehr oder weniger ausgiebige Beschäftigung mit den Schulen der persönlichen Liebhaberei des einzelnen Kreismedizinalbeamten überlassen. In dem Berichte über das Sanitätswesen im Preussischen Staate während der Jahre 1892—1894 ist z. B. noch wenig von einer Mitwirkung der Medizinalbeamten in den Schulen die Rede, während der betreffende Bericht über die Jahre 1895—1897 die Fortschritte nach mehreren Richtungen gleich im Anfange des betreffenden Kapitels hervorhebt.

Es wird Keinem entgangen sein, dass in vorkreisärztlicher Zeit sich die Verfügungen im Laufe der Zeit mehrten, welche den Medizinalbeamten die Sorge um die Schulen ans Herz legten; aber es handelte sich im Grossen und Ganzen um Verfügungen der einzelnen Regierungen; bald wurde auf die Reinlichkeit hingewiesen, bald auf den Anstrich, dann wurde ein Schema für die gelegentlichen Besichtigungen entworfen; immer deutlichere Schatten warf somit das grosse Ereigniss voraus, bis dieses selbst eintrat: das am 1. April 1901 in Kraft getretene Kreisarztgesetz vom 16. September 1899 und die dazu erlassene Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901. Danach unterliegen in gesundheitlicher Beziehung der Ueberwachung durch den Kreisarzt alle der Aufsicht der Regierung unterstehenden Schulen, also Volks-, Mittel-, höhere Mädchenschulen, Fortbildungs- und Fachschulen, Kleinkinderschulen, Kindergärten und ähnliche Anstalten, Bergschulen; die den Provinzialschulkollegien unterstehenden höheren Lehranstalten sind nur auf besondere Verfügung hin zu besichtigen. Es soll besichtigt werden jede Schule innerhalb eines in der Regel fünfjährigen Zeitraumes und zwar ab-

wechselnd im Sommer und Winter aus naheliegenden Gründen. Die Besichtigungen sollen mit den allgemeinen Ortsbesichtigungen verbunden werden, wenn sie nicht gelegentlich sonstiger Dienstgeschäfte erfolgen. Dass das Letztere, wenigstens soweit es sich um die ordentlichen Besichtigungen handelt, nur ausnahmsweise möglich ist, ergiebt sich aus den sonstigen Bestimmungen über diese Besichtigungen, als da sind rechtzeitige Benachrichtigung des Landraths, des Kreisschulinspektors, Besichtigung der Kinder. Bei einer Anwesenheit wegen übertragbarer Krankheiten wird eine Schulbesichtigung schon wegen der Frage des Schulschlusses oft möglich, aber keineswegs immer thunlich sein; Besichtigungen von Drogenhandlungen werden als Rundreisen ausgeführt, auch Impftermine werden im Allgemeinen selten an einem Orte allein abgehalten; immerhin bieten sie manchmal günstige Gelegenheit zu einer Schulbesichtigung während dies bei dienstlicher Anwesenheit wegen der Untersuchung eines Geisteskranken oder wegen Apothekenmusterungen nicht der Fall sein dürfte, da sich die letzteren auf die Neige des Jahres zusammendrängen und die Untersuchung eines Geisteskranken sich nicht lange verschieben lässt. Allgemein ist jedenfalls zu berücksichtigen, dass man nie weiss, wie lange einen ein Geschäft aufhält, und dass das eine Geschäft nicht zu Gunsten eines anderen beliebig zurückgesetzt werden kann.

M. H.! Während nun bei den Ortsbesichtigungen eine längere oder kürzere als 5jährige Periode zugelassen ist, soll für die Schulbesichtigungen die 5jährige Periode die Regel sein. Ausser bei diesen periodischen Revisionen sollen jedoch auch bei anderen Gelegenheiten die Schulen des Bezirks besucht werden; es wird sich da meistens um die Kontrolle der Beseitigung der früher besonders gelegentlich der ordentlichen Besichtigung festgestellten Mängel handeln. Werth wird vor allem darauf zu legen sein, dass die erste Besichtigung einer Schule ebenso wie die erste Ortsbesichtigung recht gründlich vorgenommen wird, damit man für später von dem Ort und der Schule immer ein bleibendes sicheres Bild hat, das für spätere Fragen, die an den Medizinalbeamten bei Aufforderung zu gutachtlichen Aeusserungen herantreten, von Wichtigkeit sein kann. Gewiss können an einem Tage mehrere Orte besucht werden, aber ein Zuviel, ein Hasten von Ort zu Ort, mit Verspätungen, die manchmal dann unvermeidlich sind, liegt nicht im Interesse der Sache, ganz abgesehen von der Rücksichtnahme auf die Zeit des Unterrichts.

Eine einmalige Besichtigung jeder Schule innerhalb 5 Jahren würde nun vollkommen genügen, wenn es sich nur um das Schulhaus im Allgemeinen, die Klassenräume, die Nebenanlagen handelte, vorausgesetzt, dass sich der Kreisarzt über Veränderungen gelegentlich auf dem Laufenden erhält oder erhalten wird; sie ist jedoch ganz unzulänglich, weil auch der Gesundheitszustand der Kinder in der Schule überwacht werden soll und muss. Das ist der Angelpunkt, um den sich alles dreht; wir wollen eben nicht in erster Linie ausgefüllte Formulare

über die Beschaffenheit der Schule und der Schuleinrichtungen haben, sondern wir wollen praktische Hygiene treiben. Bei den 5jährigen Perioden bekommt aber der Kreisarzt manches Kind während seiner Schulzeit (das ist im engeren Sinne immer die obligatorische Schulzeit in der Volksschule) nur ein Mal, höchstens zwei Mal zu sehen; da kann man wohl augenblickliche Feststellungen machen, aber man bekommt keinen Einblick in die Wechselbeziehungen zwischen Kind und Schule in den Schuljahren.

M. H.! Dass die Termine für die Schulbesichtigungen so angesetzt werden müssen, dass zu der Zeit Unterricht stattfindet, braucht nicht weiter begründet zu werden. Man muss sich deshalb genau über die Ferien, die bei den verschiedenen Schulen meistens ganz verschieden sind, ebenso orientiren wie über die Unterrichtszeiten, denn auch diese sind in den einzelnen Schulen und in den Jahreszeiten verschieden; auch die Einrichtung der sogenannten Halbtagsschule ist zu berücksichtigen. Es empfiehlt sich deshalb, sich eine Uebersicht über die Kreisschulinspektionen, die Ortsschulinspektionen, die Schulen, die Ferien- und die Unterrichtszeiten anzulegen; man kann sich dann immer schnell informiren. Wenn möglich, ist in diese Uebersicht auch die Zahl der Kinder und dergleichen einzutragen. Bei Ansetzung der Termine ist ferner Rücksicht zu nehmen auf die Ernte, auf dringende Landarbeiten, Märkte, Schulprüfungen, und zwar im Allgemeinen weniger der Kinder, als der Erwachsenen wegen, die im Schulvorstand u. s. w. sitzen; man darf nicht den Widerstand gegen Geldausgaben, die ja manchmal eine Schulbesichtigung im Gefolge hat, den Widerstand, mit dem der Mensch und besonders der Bauer erblich belastet ist, durch Ausseracht-lassen solcher kleinen Rücksichtnahme besonders steigern.

Von der beabsichtigten periodischen Besichtigung soll weiterhin der Landrath und der Kreisschulinspektor, bei Fortbildungs- und Fachschulen der Vorsitzende des Schulvorstandes rechtzeitig — also etwa 14 Tage vorher — benachrichtigt werden. Bei den gelegentlichen wird es dagegen nur selten möglich sein, den Ortsschulinspektor oder ein Mitglied des Schulvorstandes zuzuziehen. Der Zweck dieser Einladung, den betreffenden Herren die Theilnahme an der Besichtigung zu ermöglichen, wird nur ganz ausnahmsweise erreicht; wünschenswerth wäre eine häufigere Betheiligung, dann würde manchmal viel Schreibwerk erspart. Dass auch die Lehrer benachrichtigt werden, ist dagegen entschieden nicht zu billigen; man kommt sonst in ein festlich gescheuertes Schulzimmer, die Dielen sind noch nass, die Kinder sitzen da mit soeben gewaschenen glänzenden Backen und Ohren, die Haare sind glatt, man erkennt die frisch durch Wasser zusammengehaltenen Haarsträhne- und Tollen. Da ist der Zweck einer Besichtigung zum grossen Teil illusorisch gemacht; wir wollen die Schule und die Kinder sehen, wie sie sind, ohne momentane Nachhülfe von Kulturmitteln. Die Benachrichtigung der Lehrer muss desshalb unterbleiben oder darf nur dann erfolgen, wenn man sicher ist, dass diese sie für sich behalten; denn das Wesent-

liche ist ja, dass die Kinder und deren Angehörige nichts von der Besichtigung vorher wissen. Nun, m. H., ich habe viele verständige Lehrer gesehen, — mir als Medizinalbeamten sind die Lehrer als Vorposten der Gesundheitspflege überhaupt sehr sympathisch, ich habe gern mit ihnen zu thun, und habe bei ihnen immer viel Verständniss und grosses Interesse in gesundheitlichen Dingen gefunden — die auf meine vorherige Bitte mir Schule und Schulkinder im natürlichen Zustand zeigten, aber, es kommen da doch so verschiedene Dinge in Frage, — ich erinnere nur an die Reinigung, — dass die Bedeutung der Sache es erforderlich macht, eine Schule möglichst unangemeldet und unvorhergesehen zu betreten. Es ist dies allerdings mit grossen Schwierigkeiten verbunden; denn die Besichtigung soll ja unter Zuziehung des Schulvorstandes oder des Leiters der Schule, sowie des Schularztes stattfinden, und der Schulvorstand, um kurz nur von diesem zu reden, bezw. dessen Vorsitzender, muss demnach rechtzeitig vorher benachrichtigt werden. Namentlich auf dem Lande, wo die Schulvorstände oder Schulkommissionen in der Regel aus Bauern bestehen, machen sich derartige Schwierigkeiten bemerkbar. Eine Verpflichtung zur Geheimhaltung des Besichtigungstermins für die Schulvorstände kommt nicht in Frage. Wollte man es nun darauf ankommen lassen, diese erst bei der beginnenden Besichtigung oder während derselben zu rufen, so würde man sie zuweilen nicht antreffen; ihr Erscheinen ist aber dringend erwünscht, nur um das Resultat der Besichtigung mit ihnen zu besprechen. Endlich bleibt noch zu bedenken, dass von der Ortsbesichtigung Vorsteher und Gesundheitskommission zu benachrichtigen sind und diese daher auch von der gleichzeitig beabsichtigten Schulbesichtigung Kenntniss erhalten. Man wird also, da man sich an die gesetzlichen Bestimmungen halten muss, vorläufig mit dieser Unzulänglichkeit, welche die Resultate und die Absicht der ganzen Einrichtung beeinträchtigen kann und oft beeinträchtigt, zu rechnen haben. Ein kleiner Ausweg hat mir in der Regel recht gute Dienste gethan. Ich habe es gewöhnlich so gemacht, dass ich die Ortsbesichtigung zu einer bestimmten Stunde angesetzt habe, und die Schulbesichtigung einige Stunden später. Dann bin ich später sofort nach meiner Ankunft in dem Orte zuerst in die Schule gegangen, habe mir Schule und Kinder angesehen, den Lehrer gebeten, die Kinder vor der angesetzten Besichtigung nicht erst noch einmal nach Hause gehen zu lassen, und erst darauf die Ortsbesichtigung vorgenommen. Ueber die Reinlichkeit im Schulzimmer wird man allerdings so nicht immer ins Klare kommen; da muss dann eine gelegentliche Besichtigung ergänzen.

Nach Ziffer 7 des §. 10 der Geschäftsanweisung für die Gesundheitskommission vom 13. März 1901 soll letztere sich auch über die sanitären Verhältnisse der Schulen unterrichten. In dem Abschnitt über Schulhygiene der Dienstanweisung für die Kreisärzte steht jedoch nichts über die Betheiligung der Gesundheitskommission. Eine besondere Benachrichtigung derselben zwecks

Theilnahme an der Besichtigung oder an der Besprechung über das Ergebniss der Besichtigung dürfte sich aber erübrigen, da die Gesundheitskommission an der Ortsbesichtigung theilnimmt und mündlich eingeladen werden kann.

M. H.! Soll nun der Schulvorstand u. s. w. bei der ganzen Besichtigung dabei sein? Schaden kann dies nichts; dann sehen auch andere, was alles in Augenschein zu nehmen ist, was für Beziehungen zwischen Kindern und Einrichtungen bestehen u. s. w. Aber manchmal steht ein Mitglied der Schulkommission da und dreht verlegen an der Mütze, ein anderes lässt sein Licht leuchten durch eine Frage, deren Auseinandersetzung viel Zeit erfordern würde, ein drittes fragt einmal mitten in dem Messen der Bänke und Fenster und zwingt den Kreisarzt, noch einmal mit dem Messen von vorn anzufangen; deshalb dürfte es empfehlenswerth sein, den Schulvorstand erst auf eine Zeit zu laden, wenn der Abschluss der Besichtigung zu erwarten ist. Dasselbe gilt bezüglich der Gesundheitskommission. Dann kann das Ergebniss besprochen werden; schulhygienische und oft auch andere hygienische Fragen können in Musse auseinandergesetzt werden. So dürfte allen gedient sein, dem Schulvorstande und dem Kreisarzte; auch der Vorschrift der Dienstanweisung scheint mir hierdurch in praktischer Weise genügt zu sein, jedenfalls in einer Weise, welche dem Zweck — und darauf kommt es doch an — vollkommen gerecht wird. Wenn der Schulleiter dagegen an der ganzen Besichtigung Theil nimmt, so kann das dem Kreisarzt nur angenehm sein.

M. H.! Der Gang der Besichtigung hat zu berücksichtigen die Schule und die Kinder. Gewöhnlich werden das Schulhaus und die Schuleinrichtungen an erster Stelle angeführt, es folgen die Unterrichtsmittel und zuletzt die Kinder, so liest man die Reihenfolge in allen Untersuchungen, in allen Berichten, in allen Formularen, und diese Reihenfolge ist für schriftliche und mündliche Erörterungen die richtige, das Fortschreiten vom Allgemeinen zum Speziellen. Für die Praxis empfiehlt es sich jedoch, eine andere Reihenfolge einzuhalten: ich sehe mir zuerst die Kinder in ihrer Gesammtheit an, wie sie sitzen, wie sie in der Klasse vertheilt sind, wie die Bänke für die einzelnen passen, wie sich das Licht vertheilt in der besetzten Klasse, dann Bücher, Hefte, Schreibmaterial u. s. w.; darauf werden die Kinder einzeln besichtigt und zuletzt die Klasse mit allen ihren Einrichtungen, das Schulhaus und seine Umgebung. Diese Reihenfolge ist zweifellos praktischer. Wozu sollen die Kinder eine lange Zeit beim Ausmessen der Schulräume u. s. w. zusehen, sie sind dabei sogar direkt im Wege; es ist deshalb richtiger, zuerst die Kinder zu besichtigen, diese dann laufen zu lassen und hierauf die Besichtigung des Schulhauses u. s. w. vorzunehmen. Die Befürchtung, dass einem bei diesem Verfahren vielleicht die Beziehung irgend einer fehlerhaften Schul-Einrichtung zu den Schulkindern entginge, kann nur in der Theorie aufgeworfen werden.

Die Punkte, welche bei der Besichtigung zu be-

rücksichtigen sind, ergeben sich aus dem für diese vorgeschriebenen Formular. Man kann an der Hand des ausgefüllten Formulars eine Schule genau beurtheilen; wer einzelne spezielle Fragen vermisst, dem ist es unbenommen, dieselben in der Antwort mit zu berücksichtigen, Platz dafür ist da. M. H.! Ich sehe davon ab, die Fragen des vorgeschriebenen Formulars der Reihe nach durchzusprechen, sondern werde versuchen, die vom gesundheitlichen Standpunkte an Schule, Unterricht und Kinder zu stellenden Anforderungen im Zusammenhang vorzutragen, die Fragen sind dabei berücksichtigt. Selbstverständlich kann ich bei der Kürze der Zeit die einzelnenen Gesichtspunkte nur kurz besprechen, viele nur leicht streifen.

Zunächst kommt also der Baugrund in Betracht, der hygienisch und bautechnisch geeignet sein muss. Er darf nicht feucht und verunreinigt sein, soll möglichst gewachsener Boden sein und einen so niedrigen Grundwasserstand haben, dass die Kellersohle womöglich 1 m über dem höchsten bekannten Grundwasserstande zu liegen kommt; in dem Ministerial-Erlass vom 15. November 1895 ist das Mindestmass allerdings nur auf 30 cm festgesetzt. Zeigt der Grundwasserstand bedeutende Schwankungen, so ist besser ein anderer Baugrund zu wählen, und ist die Auswahl beschränkt, so ist feuchter Untergrund durch Drainage trocken zu legen. Vor allem aber muss auf dem Grundstücke einwandfreies Trinkwasser vorhanden sein. Das Schulgrundstück soll weiter in der Mitte des Schulbezirkes liegen, damit die Kinder nicht zu weite Wege haben, nicht über 4 km; im Gebirge nicht über 2 km. Es soll ferner an einem ruhigen Platze liegen; unruhige, staubige Strassen, die Nähe üble Gerüche verbreitender, rauchiger, lärmender Fabrikanlagen, stehender Gewässer, von Thalmulden, Gräben, Begräbnissplätzen sind zu vermeiden, ebenso besonders feuergefährliche Umgebung; es muss Schutz da sein gegen rauhe Ost- und Nordwinde, gegebenenfalls durch Bäume, welche aber das Licht nicht beeinträchtigen dürfen. Vor allem muss das Schulgrundstück reichlich frische Luft und Licht haben und deshalb frei liegen, nicht in der Nähe von hohen Gebäuden; liegt es an einer Strasse, so müssen die gegenüberliegenden Gebäude mindestens 20 m entfernt bleiben; dies lässt sich manchmal erreichen durch Zurücklegung des Schulhauses, womit dann auch noch der Spielplatz gewonnen wird. Auch auf das Gemüth der Kinder ist bei der Wahl des Platzes Rücksicht zu nehmen; die Nähe von Schlachtereien und sittlich anstössigen Anlagen ist zu vermeiden. Betreffs der Grösse des Bauplatzes ist auch an eine in Zukunft nothwendige Vergrösserung des Schulgebäudes zu denken; ländliche Schulhäuser mit 1 bis 2 Klassen erfordern einen Bauplatz von etwa 600 qm Grösse, davon kommen 200 auf die Gebäude, 400 auf Turn- und Spielplatz, man rechnet also auf den Kopf einen Raum von 6 bis 10 qm. Dieser Flächenraum wird natürlich kleiner mit der steigenden Zahl der Kinder, er sinkt in Grossstädten auf $2^1/_2$ qm. Für ländliche Schulen fordert der Ministerialerlass vom 15. November 1895 mindestens 3 qm, lässt

aber in grossen Städten, in Gebirgsgegenden u. s. w. eine Ermässigung auf 1,5 qm zu.

Die Vertheilung der einzelnen Gebäude auf dem Schulgrundstücke muss so erfolgen, dass die Fensterwände des Schulgebäudes von den Nachbargrenzen soweit entfernt liegen, dass etwa später auf dem Nachbargrundstück errichtete Bauten Licht und Luft nicht beeinträchtigen, nach dem ebengenannten Min.-Erlass mindestens 8 m von der Nachbargrenze und allen Baulichkeiten auf dem Schulgrundstück, sowie von einem gegenüberliegenden Gebäude doppelt so weit, als das Gebäude hoch ist. Wirthschafts- und Nebengebäude sind vom Schulgrundstücke zu trennen, sie dürfen sich durch keinerlei Einflüsse bemerkbar machen können. Spielplatz und Zugänge zu den Aborten sollen übersehbar sein, aber doch etwas entfernt liegen. In der Erwägung, dass das Sonnenlicht den Menschen günstig körperlich und seelisch beeinflusst, dass es ein natürlicher Feind der organischen Verunreinigungen ist, anderseits in Rücksicht darauf, dass direktes Sonnenlicht während des Unterrichts störend ist, hat man gefordert, die Front der Klassenfenster so zu orientiren, dass beiden Erwägungen Rechnung getragen wird. Das geschieht durch Lage der Fenster nach Nordosten oder nach Nordwesten, auch Südosten und Westen ist statthaft. Oft wird man Vor- und Nachtheile sorgfältig abwägen müssen, wobei die herrschenden Winde eine Hauptrolle spielen; diese sollen nicht auf die Fensterwand treffen. Die Zimmer an der entgegengesetzten Seite des Schulgebäudes sind in anderer Richtung zu verwenden. Ist es nöthig, die Fenster nach Norden zu legen, so soll nach dem Min.-Erlass vom 15. November 1895 ein Fenster im Rücken der Kinder angelegt werden, das während des Unterrichts zu verblenden ist.

Auf die Bauart des Schulhauses in Bezug auf Baumaterialien, Massiv- oder Fachwerkbau, Schutz gegen aufsteigende und seitliche Feuchtigkeit, Beschaffenheit der Treppen, Decken, Wände u. s. w. will ich hier nicht weiter eingehen und nur hervorheben, dass sich für Schulgebäude das Seitenkorridorsystem empfiehlt, um Licht und Luft möglichst ausgiebig zuzulassen; gegen die Anlage von Schulgebäuden im Pavillonsystem, wie in Ludwigshafen, haben sich, so vorzüglich dieses auch sonst erscheint, gewichtige Bedenken erhoben. Nothwendig ist es jedenfalls, dass die Flure hell, luftig, geräumig, am besten so gross sind, dass die Kinder bei schlechtem Wetter sich darin bewegen können; sie müssen ausserdem zum Ablegen der Kopfbedeckungen, Ueberkleider u. s. w. dienen und in Folge dessen hier die nothwendigen Haken (von Schmiedeeisen) in genügender Zahl und in richtiger Höhe angebracht sein; in den Schulzimmern dürfen die Ueberkleider u. s. w. unter keinen Umständen aufbewahrt werden, da sie die Luft wesentlich verschlechtern. Die Haken werden zweckmässig nummerirt; desgleichen ist darauf zu achten, dass hinter den Hakenleisten abwaschbarer, undurchlässiger Anstrich der Flure vorgesehen wird. Die Mindestbreite des Flures soll

bei einem Schulzimmer 2, bei 2—3 Klassen 2,50, bei mehrklassigen 3 Meter betragen, sind bei Korridorbauten beide Seiten des Korridors bebaut, so ist die Breite in den beiden letztgenannten Fällen auf wenigstens 3 und $3^1/_2$ Meter zu bemessen.

Mit Rücksicht auf das Vorkommen von ansteckenden Krankheiten in der Lehrerfamilie ist es wichtig, dass die Lehrerwohnung von dem Schulverkehr vollständig getrennt ist. Den gemeinsamen Flur für Lehrer und Schüler trifft man in ländlichen Schulen noch recht häufig; unbedingt ist dann zu fordern, dass die Lehrerwohnung auch noch auf einem anderen Wege, über einen besonderen Flur erreichbar ist, allermindestens muss eine abschliessbare Thür zwischen den beiden Fluren vorhanden sein; dasselbe gilt betreffs der etwaigen Wohnung für den Schuldiener.

M. H.! Bei dem Schulzimmer, von dem man bei der Besichtigung zweckmässig eine kleine Skizze entwirft (vielleicht auch von der Schulanlage), kommt ausser den allgemeinen Gesichtspunkten zunächst die Grösse in Betracht. Nach dem Min.-Erlass vom 15. November 1895 sollen in einklassigen Schulen nicht mehr als 80, in mehrklassigen nicht mehr als 70 Kinder gleichzeitig unterrichtet werden. Diese Zahlen sind sehr hoch, wenn das Individuum zu seinem Recht kommen soll; sie sind deshalb möglichst auf 60 und 50, für höhere Schulen bis auf 50 in den unteren und bis auf 30 in den oberen Klassen zu reduziren. Das Schulzimmer darf höchstens 9,70 m lang sein, wegen der natürlichen Sehweite (da ein gesundes Auge 4 cm hohe Schrift in höchstens 9 m Entfernung sehen kann), der Verständlichkeit der Sprache und der Uebersichtlichkeit; die Tiefe soll wegen der Beleuchtung nicht mehr als 6,50 m betragen. Langklassen sind besser als Tiefklassen. Zweckmässig ist ein Raum von 9 : 6 m Grösse und 4 m Höhe. Hinsichtlich der Sitzfläche schreibt der Min.-Erlass vom 15. Novbr. 1895 vor:

	Länge	Tiefe	Flächenraum	Kubikraum
für kleinere Kinder	0,50 m	0,68 m	0,340 qm	mindestens
„ mittlere „	0,52 „	0,70 „	0,364 „	2,250 cbm
„ grössere „	0,54 „	0,72 „	0,389 „	

Der Raum zwischen der ersten Bankreihe und der Wand soll 1,70, zwischen der letzten Bankreihe und der Wand 0,30 m breit sein.

Breite des Ganges längs der Fensterwand	0,40 m
„ „ „ „ „ entgegengesetzten Wand	0,60 „
„ „ Mittelganges	0,50 „
Entfernung des nächsten Sitzplatzes vom Ofen	0,80 „
Bodenfläche auf das Kind in grossen Klassen	0,64 „
„ „ „ „ „ kleinen „	0,74 „

Das sind selbstverständlich alles Grenzmaasse, welche am besten etwas erhöht werden.

Die Wände der Schulzimmer müssen ohne Vorsprünge und glatt sein. Der Wandanstrich soll wenigstens in $1^1/_2$ m Höhe abwaschbar sein (Lack-, Oel- oder Emaillefarbe), im Uebrigen empfiehlt sich Leimfarbe (alle 1—2 Jahre zu erneuern), Kalkanstrich ist ebenso ungeeignet wie Tapetenbekleidung. Die Farbe des Wandanstrichs soll einfarbig, hellgrau, gelblich, vor allen Dingen nicht zu dunkel sein. Die gegen die Mauerkälte oft in

1—1½ m Höhe angebrachten Holzverkleidungen sind recht gut; sie sind mit Oelfarbe zu streichen. Im Uebrigen sind Verzierungen, Gesimse und alle Ecken zu vermeiden; deshalb sollen auch die Fensterbrüstungen nicht eingenischt werden.

Der Fussboden muss eben, widerstandsfähig, dicht sein, keinen Staub erzeugen, sowie schlecht Schall und Wärme leiten. Reinigung und Dichtigkeit des Fussbodens stehen in engen Beziehungen. Das Dichtmachen der Fugen ist dringend erforderlich; es lässt sich auch auf dem Lande leicht bewerkstelligen durch eine Masse, die aus Quark und ungelöschtem Kalk im Verhältniss von 5 : 1 bereitet wird; man kann diesen Kitt auch durch Zusatz von Ocker, Terra de Siena und andere Erdfarben färben; er wird in den Fugen zu einer steinharten Masse. Es ist auch zu fordern, dass die Holzporen durch Tränkung mit Leinöl oder Streichen mit Oelfarbe oder Leinölfirniss geschlossen werden, erstere ist alle Jahre, letztere alle drei Jahre zu erneuern.

M. H.! Eine der wichtigsten Fragen ist die Beleuchtung der Schulzimmer. Cohn fordert für jeden Platz zum Lesen und Schreiben eine Helligkeit von 10 Normalkarzen. Um bei den Besichtigungen die Helligkeit eines Platzes zu ermitteln, hat man verschiedene Mittel, z. B. Lesen von Probebuchstaben bezw. Erkennen der Hackentafel, Berechnen des Oeffnungswinkels, den man an dem freien Himmelsgewölbe sieht und der mindestens 5° betragen soll bei einem mittleren Einfallswinkel von mindestens 28°, Berechnung des von einem Platz aus sichtbaren Himmelsstückes mittels des Weber'schen Raumwinkelmessers. Diese Prüfungen nehmen jedoch keine Rücksicht auf Bewölkung, Sonnenstand, reflektirtes Licht, denn die Strahlen, die auf einen Platz gehen, sind durchaus nicht gleichartig; steil einfallende Strahlen erleuchten besser als schräg einfallende, deshalb sollen ja auch die Fenster möglichst hoch an die Decke hinaufgeführt werden. Der Raumwinkelmesser giebt allerdings schon recht gute Einblicke; um die wirkliche Lichtstärke auf einem Platz zu ermitteln, muss man sich aber entweder des Weber'schen Photometers oder des Wingen'schen Lichtmessers bedienen. — Auf die künstliche Beleuchtung will ich hier nicht näher eingehen; denn im Durchschnitt kommt nur das Tageslicht in Frage. Störende Schatten sollen vermieden werden; deshalb soll das Licht möglichst nur von links in's Zimmer fallen. Die Fenster sollen gleichmässig vertheilt sein, möglichst hoch an die Decke reichen und gradlinigen Sturz haben; die Zwischenpfeiler sollen nicht breiter als 1,20 m und sowohl nach aussen, als nach innen auf mindestens 35 cm abgeschrägt, die Fensterbrüstung höchstens 1 m hoch sein; die Holztheile der Fenster sind thunlichst zu beschränken. Der Min.-Erlass vom 15. November 1895 fordert, dass die gesammte Fensterfläche, im lichten Mauerwerk gemessen, — Fenster im Rücken bleiben dabei ausser Betracht — mindestens ⅕ der Bodenfläche beträgt. Mit der Fensterfläche sollte aber die Lichtfläche gemeint sein und demgemäss die letztere, im lichten Mauerwerke, ¼—⅓ der

Bodenfläche betragen, da bis $^1/_4$ der Fensterfläche auf die undurchsichtigen Holztheile fällt. Bei ungünstiger Umgebung, bei niedrigen Fenstern ist mehr Glasfläche erforderlich; Erismann fordert 2670 qcm Glasfläche für jeden Schüler.

Zur Fernhaltung schädlicher Lichteinwirkungen dürfen Vorhänge nicht fehlen; dieselben sind aus weissem Shirting, hellgrauem oder hellgelbem Köper oder Dowlas herzustellen und nicht, wie dies noch vielfach geschieht, aus grauem oder womöglich noch gemusterten Leinen oder Drell; sie müssen nach oben, unten oder nach der Seite so zurückziehbar sein, dass sie nirgendwo die Lichtzufuhr im geringsten beeinträchtigen.

Die Luft in Schulräumen verschlechtert sich mit der Dauer des Aufenthaltes in Folge Lungenathmung, Hautathmung, Schweissabsonderung u. s. w., durch Wärme, Wasserdämpfe; man nimmt die CO_2 nach Pettenkofer (Wolpert's Methode) als Massstab, obwohl es keineswegs auf diese allein ankommt, und verlangt, dass der CO_2 Gehalt im Schulzimmer nicht über 0,1 % steigen soll; dass ist erfahrungsgemäss die Grenze des Erträglichen, darüber hinaus macht sich schlechter Geruch, das beste Erkennungszeichen für schlechte Luft, bemerkbar. Wichtig ist auch der relative Feuchtigkeitsgehalt; er soll 50—60 % betragen, wobei die Aenderung der Temperatur selbstverständlich zu berücksichtigen ist. Zu beachten ist ferner die Luftverderbniss durch Aufhängen der Ueberkleider in dem Schulzimmer; sie sind daher, wie schon erwähnt, ausserhalb desselben aufzubewahren. Desgleichen sind Scharreisen zur Reinigung des Schuhwerks vor der Aussenthür anzubringen; vor allen Dingen müssen aber die Kinder selbst an sich und in der Kleidung reinlich sein. Die Bestimmung in Württemberg (vom 28. Dezember 1870), dass in der Schule ein Waschbecken, Seife und Handtuch vorhanden sind, ist empfehlenswerth. — Die verdorbene Luft ist abzuführen, reine Luft zuzuführen. Man kann den Luftwechsel berechnen (Differenz des CO_2 Gehaltes der ausgeathmeten und gewöhnlichen Luft), der pro Kopf erforderlich ist; er beträgt für Kinder unter 10 Jahren etwa 14 cbm, für grössere 22 cbm. Die Luft muss stündlich erneuert werden; da dies, ohne die Empfindung von Zug hervorzurufen, nicht mehr als fünf Mal in der Stunde möglich ist, so ergiebt sich als zulässiges Mass ein Luftraum von 3 cbm für kleine, 4,5 cbm für grosse Kinder. Für die Erneuerung der Luft ist die natürliche Lüftung, namentlich für Volksschulen, viel wichtiger als die künstliche. Vor allem sollen die Schulzimmer sowohl vor Beginn des Unterrichts, als in den Pausen (alle Kinder haben in den Pausen die Schulzimmer möglichst zu verlassen) und nach Schluss des Unterrichts, event. Nachts, gründlich durch Oeffnen sämmtlicher Fenster und Thüren gelüftet werden; deshalb ist auch nothwendig, dass alle Fensterflügel zum Oeffnen eingerichtet sind, die oberen ausserdem mit Kippvorrichtung (oder als Jalousiefenster), so dass durch sie auch während des Unterrichts gelüftet werden kann. Die durch Benutzung der Wärmeunterschiede herbeigeführte künstliche Ventilation muss in den Schulen

eine möglichst einfache sein, ohne maschinelle Einrichtung. Es genügen Zu- und Ableitungskanäle, nicht nur eins von beiden; die zugeführte Luft muss staubfrei von aussen, nicht vom Korridor entnommen und im Winter vorgewärmt (Heizkammer, Mantelöfen) werden. Die Entlüftung geschieht am zweckmässigsten durch Luftschächte, die mindestens eine lichte Weite von 25 cm haben und mit dem Schulzimmer durch mit Regulirklappen versehene Oeffnungen am Fussboden und an der Decke in Verbindung stehen; die erstere für die Winter-, die letztere für die Sommerlüftung. Durch Lockkamine und ähnliche Einrichtungen kann ihre Wirkung erhöht werden.

Es würde zu weit führen, auf die einzelnen Arten der Heizung einzugehen; bei Einzelheizung entsprechen den Wünschen in Bezug auf genügende Luftzufuhr zum Rost, Regulirbarkeit, Reinlichkeit, Nutzbarmachung für die Ventilation u. s. w., die Mantelöfen (Mantelabstand 10—30 cm) am besten. Zentralheizungen sind selbstverständlich noch besser; sie kommen nur für mehrklassige Schulen in Betracht, haben sich aber hier in Folge ihrer grossen Vortheile immer mehr eingebürgert. Jedenfalls ist bei den Schulrevisionen den Heiz- und Lüftungseinrichtungen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden, auch ihre Bedienung zu kontroliren, da gerade diese sehr häufig zu wünschen übrig lässt, so dass an sich gute Anlagen zu erheblichen Mängeln Veranlassung geben. Ebenso ist darauf zu achten, dass ein Ofenschirm und ein an zweckmässiger Stelle angebrachtes Thermometer vorhanden ist.

Einer der allerwichtigsten Punkte für die Gesundheit der Kinder und der Lehrer ist weiterhin die Reinhaltung der Schulzimmer; es müsste täglich gesprengt, gefegt und wöchentlich gescheuert werden (Wiesbaden), wie es in jedem Haushalt mit 3—4 Personen gewohnheitsgemäss geschieht. Grundbedingung einer möglichst guten Reinigung ist glatter, ebener Boden. Die Verwendung staubbindender Oele (Dustless) wird gelobt. Dass eine Verunreinigung des Fussbodens durch Ausspucken nicht stattfindet, soll nicht nur durch Aufstellen von Spucknäpfen, sondern vor allem durch ein Verbot des Ausspuckens und strenger Kontrole dieses Verbots durch die Lehrer erreicht werden.

M. H.! Von der Schulbank wird verlangt, dass sie eine gerade Körperhaltung beim Sitzen sichert, beim Aufrechtstehen ausreichend stützt, eine gewisse Bewegungsfreiheit gestattet, ein schnelles, geräuschloses Aufstehen, ein gerades Stehen, ungehindertes Aus- und Eintreten, bei Mädchen schnelles Ordnen der Kleider ermöglicht. Das ist nicht leicht. Wie schwer es ist, das ersieht man daraus, dass es allein etwa 200 Konstruktionen von Schulbänken und ebenso viele Arbeiten über diese Frage giebt. Vor allem muss die Grösse der Schulbänke der Schülergrösse entsprechen; zu Anfang jedes Semesters sind daher die einzelnen Schüler zu messen und auf die ihrer Grösse nach passenden Bänke zu vertheilen. Der Min.-Erlass vom 11. April 1888 verlangt für jede Klasse 2—3 Grössen; für mehrklassige Volksschulen genügen

sieben Grössen, bei einklassigen vier Grössen. Die speziellen Forderungen in Bezug auf die Schulbänke (richtige Differenz und Distanz, ausreichende Sitzlänge, Bank- und Tischhöhe, Rückenlehne u. s. w.) übergehe ich als bekannt und erwähne nur, dass von den Bänken mit unbeweglichen Theilen die mit Null- oder geringer (2—3 cm) Plusdistanz die besten sind, und von den Bänken mit beweglichem Tisch die Schiebetische, welche die Herstelluug jeder beliebigen Distanz gestatten, vorzuziehen sind; während die Bänke mit beweglichem Sitz im Allgemeinen weniger empfohlen werden können, noch weniger solche mit beweglichem Tisch und Sitz. Ein hygienisch guter Sitz ist nach Müller[1]) gar nicht von Plus-, Null- oder Minusdistanz abhängig, sondern von der Sitzraumtiefe, d. h. dem horizontalen Abstand der Sitzlehne von der dem Schüler zugewendeten Tischkante; sie soll 19 % der durchschnittlichen Körperlänge betragen. Diesen Anforderungen entspricht die Rettig'sche Bank; sie ist warm zu empfehlen. Bei dieser braucht der Schüler beim Schreiben die Lehne mit dem Rücken nicht zu verlassen, doch muss der Lehrer die Schüler erst dafür erziehen. Ich gestatte mir, Ihnen hier Litteratur über Schulbänke herumzureichen, und erbitte Ihre Aufmerksamkeit besonders für eine sehr instruktive Zusammenstellung von Schulbankmodellen, welche ich Herrn Müller in Berlin verdanke. M. H.! Man sieht oft, dass die besten Bänke ihren Zweck nicht erfüllen, denn bei der Bankfrage ist die Hauptsache der Lehrer; das Kind muss das richtige Sitzen beigebracht bekommen, es muss lernen, gerade sitzen zu wollen, dann ist viel geschehen.

Von nicht geringer hygienischer Bedeutung sind in der Schule auch die Lehrmittel (Tafeln, Karten, Abbildungen u. s. w.); sie sind oft so mangelhaft beschaffen, dass das Sehvermögen der Kinder darunter Schaden erleidet.

Wie mangelhaft ferner die Bedürfnissanstalten sind wie nicht nur ihre Lage und Einrichtung, sondern namentlich ihre Belichtung und Reinhaltung sehr viel zu wünschen übrig lassen, wird Ihnen allen aus eigner Beobachtung bekannt sein; hier wird ebenso wie bei der Wasserversorgung durch Brunnen nur zu oft gegen die fundamentalsten Grundsätze der Hygiene gesündigt.

Schulbäder und Turnhallen werden bei den meisten Volksschulen, wenigstens auf dem platten Lande, noch lange fromme Wünsche bleiben; ein ausreichender grosser Schulhof oder Spielplatz darf aber nirgends fehlen; auch zweckentsprechende Turngeräthe müssen überall vorhanden sein und stets im brauchbaren Zustande erhalten werden.

M. H.! Bei der Hygiene des Unterrichts ist nur eine beschränkte Mitwirkung des Arztes möglich, sie ist auch eigentlich Sache der zentralen Behörden. Vom gesundheitlichen Standpunkte muss man aber fordern, dass den Kindern keinerlei Gefahren oder

[1]) Moderne Schulbänke, Vortrag auf der Versammlung der Polytechnischen Gesellschaft. — Berlin am 5. Dezember 1901. Schulhaus-Verlag. 1902.

Schädigungen entstehen, körperliche wie geistige Ueberanstrengungen vermieden werden und neben der geistigen Ausbildung auch eine symmetrische des Körpers im Auge behalten wird. Um dies zu erreichen, sind Massnahmen bezüglich der Dauer, der Lage, der Art des Unterrichts, der Erholung vom Unterricht in Pausen und Ferien erforderlich. Der Unterricht muss zweckmässig abwechseln; die gleiche Thätigkeit darf nicht längere Zeit gestattet werden, die Schädlichkeit der Naharbeit des Auges ist durch Ausruhen des Auges auszugleichen; dasselbe gilt bezüglich des Sitzens, der Haltung u. s. w. Hierbei darf nicht vergessen werden, dass die Kinder nicht nur in der Schule zum Gesundheitsgemässen erzogen werden, sondern auch das in der Schule Gelernte im Elternhause befolgen sollen. Eine Begutachtung des Stundenplans in hygienischer Hinsicht durch den Schularzt wird sicherlich dazu beitragen, dass dabei eine zweckentsprechendere Reihenfolge und Abwechselung der Fächer stattfindet, dass den Beleuchtungs- und Temperatur-Verhältnissen zu den verschiedenen Tageszeiten mehr Rechnung getragen wird u. s. w.; auch die Frage, ob ungetheilte Schulzeit am Vormittag oder getheilte am Vor- und Nachmittage zweckmässiger ist, sollte nicht ohne Schularzt entschieden werden.

Mit der Hygiene des Unterrichts hängen eng zusammen die häuslichen Arbeiten und Ferienaufgaben; hier werden oft viel zu hohe Forderungen gestellt; sogenannte häusliche Strafarbeiten sollten ganz verboten sein. Nicht minder wichtig ist die erwerbsmässige Beschäftigung der Schulkinder. Die Berufsstatistik im Jahre 1895 hat ergeben, dass in Deutschland nicht weniger als 214954 Kinder theils in Fabriken, theils in der Hausindustrie, Landwirthschaft u. s. w. erwerbsmässig beschäftigt werden; in Wirklichkeit wird diese Zahl noch auf das Doppelte erhöht werden können, das ist erschreckend! Die wirthschaftliche Lage der Eltern lässt ja oft die Beschäftigung der Kinder nicht umgehen und es würde verkehrt sein, einfach zu dekretiren, erwerbliche Arbeit ist nicht gestattet, ganz abgesehen von der Hausarbeit. Sie darf aber nicht übermässig, nicht zu falscher Zeit und in unpassender Art stattfinden; Morgens vor dem Unterricht und Abends nach 7 Uhr muss sie untersagt und höchstens 3 Stunden am Tage sowie nur vom vollendeten 10. Jahre an gestattet sein.[1])

Ebenso wichtig wie die Hygiene des Unterrichts ist die Hygiene der Unterrichtsmittel; in den Büchern kommt es z. B. auf die Grösse, Form und Nähe der Buchstaben, die Länge der Zeilen u. s. w. an.

Die sogenannten Schulkrankheiten kann ich hier unerörtert lassen. Betreffs der Schulschliessungen beim Auftreten von ansteckenden Krankheiten möchte ich dringend rathen, die Entscheidung darüber stets erst auf Grund einer zuvorigen

[1]) Dem Reichstage ist unter dem 10. April 1902 der Entwurf eines Gesetzes betreffend Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben nebst Begründung zugegangen.

örtlichen Besichtigung vorzunehmen. Die Schliessung wird ausnahmslos angezeigt sein beim Vorkommen von Cholera, Pocken, Pest, Fleckfieber, Rückfallfieber, Genickstarre unter Schulkindern; dasselbe gilt bei Ruhr, Scharlach und Diphtherie, wenn anzunehmen ist, dass bereits erkrankte oder im Inkubationsstadium befindliche Kinder am Unterricht theilgenommen haben, sowie wenn kurz hintereinander mehrere oder schwerere Fälle unter den Schulkindern auftreten. Bei Lepra und Unterleibstyphus wird es auf die Besonderheit des Falles ankommen. Ist das Schulgrundstück als Infektionsquelle irgendwie verdächtig, so empfiehlt sich, den Schulschluss herbeizuführen, sonst wird dieser aber nicht bei einzelnen Erkranknngen nöthig sein, wohl aber, wenn zahlreichere Erkrankungen in Frage kommen. Bei Keuchhusten ist der Schulschluss nur bei ausgebreitetem und heftigem Auftreten angezeigt, bei Windpocken, Mumps und Lepra wird er nur ausnahmsweise nöthig sein. Masern und Rötheln erfordern ebenfalls das Schliessen einer Schule nur dann, wenn eine grosse Anzahl der Kinder fehlt, $^1/_4$ bis $^1/_3$. Oft wird hier gemeldet, der Unterricht hätte keinen Zweck mehr, es fehlten zu viele Kinder; nun, m. H.! dann erfolgt der Schulschluss aus pädagogischen Gründen. Dies geht den Kreisarzt zwar nichts an, immerhin spielen auch hierbei meist sanitäre Momente mit. Man kann sich zuweilen deutlich überzeugen, dass der Höhepunkt einer Epidemie überschritten ist, trotzdem fast die Hälfte der Schulkinder fehlt, und man wird dann den Schulschluss nicht befürworten.

Die Ansichten über den Nutzen der Schulschliessungen gehen bekanntlich ausserordentlich weit auseinander. Einige weisen mit Recht auf deren Zweischneidigkeit hin, auf die häuslichen gedrängten Verhältnisse, gegen welche die Schule vortheilhaft absticht, andere betonen, dass ein Schulschluss nur Sinn hat, wenn er so schnell als möglich, möglichst nach dem ersten oder zweiten Krankheitsfall erfolgt, und dass dann das Inkubationsstadium abzuwarten ist, noch andere wollen erst eine gewisse Zahl von Erkrankungen sehen. Da heisst es, jeden derartigen Fall nach allen Richtungen sorgfältig abwägen. Bestehen im Schulhause selbst irgendwie Gefahren, ist im Schulhause selbst eine übertragbare Krankheit ausgebrochen, so wird man die Schliessung der Schule veranlassen müssen, wenn nicht eine sichere Absonderung gewährleistet ist; wie das damit auf dem Lande aussieht, ist bekannt. Massgebend ist da der Gesichtspunkt, dass man die Eltern nicht zwingen soll und kann, ihre Kinder an den Ort einer möglichen Infektion zu schicken; es ist dies ein berechtigtes menschliches Verlangen, mit dem wir zu rechnen haben. Indessen soll eine Schule wegen ansteckender Krankheiten nur geschlossen werden, wenn weniger eingreifende Massregeln einen ausreichenden Schutz gegen die Weiterverbreitung nicht gewähren; solche sind: Ausschluss der Kinder aus den befallenen Häusern, vorübergehende Schliessung einer Klasse und Desinfektion, strenge Isolirung der im Schulhause wohnenden erkrankten Kinder, Fernbleiben des Lehrers (in dessen Hause die Krankheit aufgetreten ist) vom Unterricht. Uebrigens würden

wichtige epidemiologische und sanitätspolizeiliche Fingerzeige durch die Anlage von Katastern über ansteckende Krankheiten bei Schulkindern zu erhalten sein. Wo Schulärzte angestellt sind, genügen hierzu die Gesundheitsbogen über die Kinder; aber auch auf dem Lande liessen sich solche Kataster über die in die Schule eintretenden Kinder durch die Lehrer, nach entsprechenden Rückfragen bei die Eltern (die Angaben der Kinder sind nicht zuverlässig genug) anlegen, die dann im Einvernehmen mit dem Kreisarzt durch die Lehrer weitergeführt würden. Wie wichtig wäre das bei Masern, Rötheln. Da würde sich z. B. ergeben, dass manchmal nicht die Schule die Schuld trägt, dass in manchen Häusern und Haushaltungen jahraus jahrein bestimmte Erkrankungen gehäuft vorkommen und dergl.

Mit dem Schulschluss ist aber die Sache nicht abgethan; es handelt sich weiterhin um den zeitgemässen Wiederbeginn des Schulunterrichts, um die Schulpflicht der erkrankt Gewesenen und der Verdächtigen, um die Reinigung und Desinfektion der Schule. Wann die Krankheit als erloschen anzusehen ist, hängt von dem einzelnen Fall ab und ist schwer zu sagen. Für die Dauer der Ausschliessung vom Unterricht werden angenommen in

	Deutschland	Frankreich	England
Masern	4 Wochen { 4 Wochen nach dem Regulativ	25 Tage	21 Tage mindestens
Rötheln	14 Tage		14 „
Scharlach	6 Wochen	40 „	42 „
Diphtherie	6 „	40 „	28 „ mindestens
Mumps	7 Tage (nach Heilung)	22 „	28 „

Keuchhusten in Deutschland 3 Wochen (nach Verschwinden der Hustenanfälle), in Frankreich 20 Tage (nach Verschwinden der Hustenanfälle), in England 42 Tage;

Windpocken in Deutschland nach Verschwinden aller Krusten, in Frankreich 25 Tage, in England muss jede Abschuppung vorüber sein.

Diese Zahlen werden sich häufig entsprechend abkürzen lassen; schwache Rekonvaleszenten sind längere Zeit von der Schule fernzuhalten.

Von Wichtigkeit ist auch die Zeit, während welcher man Kinder, die mit Kranken in Berührung gekommen sind, als verdächtig anzusehen und demgemäss zu behandeln hat, diese Zeit (sie ist auch etwas grösser zu nehmen, als die erfahrungsgemässe mittlere Inkubationszeit) beträgt:

		nach Layet
bei Masern	2 Wochen	16 Tage
„ Rötheln	3 „	20 „
„ Scharlach	10—12 Tage	12 „
„ Diphtherie	10—12 „	10 „
„ Mumps	3 Wochen	24 „
„ Keuchhusten	3 „	24 „
„ Windpocken	3 „	20 „

M. H.! Ganz ausserordentlich wichtig ist, dass die Schule nur Schulzwecken dient; in vielen Gemeinden dient aber das Schulzimmer — von Impfterminen, Gottesdienst und dergl. abgesehen — als allgemeiner Gemeinde-Versammlungsort und dergl., das ist unbedingt verwerflich. Da kann man erleben, dass nach

einer solchen Gemeinde-Versammlung Zigarrenstummel und Asche herumliegen, dass massenhaft auf den Boden gespukt ist — das gehört zu jeder Versammlung im Wirthshaus und sonst auf dem Lande — ja man kann es sogar erleben, dass dann zur Reinigung eines solchen Schulzimmers noch die Schulkinder verwendet werden.

Bei der Schulbesichtigung ist auch auf den Gesundheitszustand der Lehrer zu achten. Tuberkulöse Lehrer sind für die Kinder, besonders jüngere (Min.-Erlass vom 10. Dezbr. 1890), eine Gefahr; sie müssen Kuren gebrauchen und die nöthigen Vorsichtsmassregeln streng befolgen. Nach Flügge's Untersuchungen sollte man die Ausschliessung tuberkulöser Lehrer vom Unterricht unbedingt fordern und gegebenenfalls darüber besonders berichten.

Was den Gesundheitszustand der Kinder anbetrifft, so wird man ansteckende Krankheiten bei der vorgeschriebenen Schulbesichtigung im Allgemeinen selten feststellen können, abgesehen von Krätze und Tuberkulose. Hinsichtlich der Gründe des Fehlens von Schulkindern ist man auf die gemachten Angaben angewiesen. Bei den Anwesenden soll festgestellt werden: 1. die Reinlichkeit des Körpers und der Kleider, 2. der allgemeine Ernährungszustand, 3. etwaige Krankheiten, insbesondere Kurzsichtigkeit und Schwerhörigkeit. Dann sind noch einige Fragen bezüglich der ansteckenden Krankheiten zu beantworten, die nicht näher erörtert zu werden brauchen. Es empfiehlt sich auch, auf die Haltung beim Sitzen und Schreiben zu achten, auf die Art der Pausen und ihre allseitige Verwendung u. s. w., kurz auf alles den Gesundheitszustand angehende. Der Reinlichkeit des Gesichts, der Ohren, der Hände ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken; wie oft lassen die Hände zu wünschen übrig, manche Nägel zeigen tiefste Trauer an und die Ohren sind besonders auf dem Lande oft recht schmutzig. Die Mängel werden Anlass geben zur Belehrung, man hüte sich jedoch vor zu scharfen Worten an das einzelne Kind.

Der allgemeine Ernährungszustand würde zu gruppiren sein in gut, mittel und schlecht. Die Prüfung der Augen und Ohren hat festzustellen, ob normale Sehschärfe (Zimmersehschärfe, besser wären die Prüfungen im Freien) und normale Hörfähigkeit vorhanden ist. Bei grossen Kindern hat diese Prüfung keine Schwierigkeiten, wohl aber bei kleinen; sie müssen sich an das Sehen erst gewöhnen, ev. ist die Hakentafel heranzuziehen. Geflüsterte Worte muss das Kind über das ganze Schulzimmer verstehen; manches kleine Kind hört sehr gut, versteht aber die hochdeutsche Sprache des Kreisarztes nicht. Dies ist zu beachten, es empfiehlt sich in solchen Fällen die Nachprüfung durch den Lehrer. Wo Fehler und Krankheiten gefunden werden, da ist der Art derselben genau nachzuforschen.

Verkrümmungen des Rückgrats brauchen nach dem Formular nicht festgestellt zu werden; ein Entkleiden der gesammten Kinder ist nicht angezeigt, zumal in gemischten Klassen. Immerhin sind solche Feststellungen in geeigneten Fällen zu empfehlen; die Vergleiche zwischen verschiedenen Schulen, zwischen Stadt und Land, sind sehr lehrreich.

Das Gleiche gilt von den Zähnen; bei der Besichtigung der Zähne sind entsprechende Belehrungen anzubringen. Welcher himmelschreiende Unterschied zwischen Theorie und Praxis besteht, erhellt aus folgender Geschichte. Ich frage einen Jungen: „Was muss man thun, wenn man die Zähne schön und weiss erhalten will?“ „Putzen,“ lautete die Antwort. „Und wann muss man putzen?“ „Morgens.“ „Sonst auch noch?“ „Abends.“ „Na und weiter?“ Alles schweigt. „Womit putzt man?“ „Mit einer Zahnbürste.“ „Hast Du denn eine Zahnbürste?“ „Nein.“ „Hat Dein Vater eine Zahnbürste?“ „Nein.“ „Hat Deine Mutter eine Zahnbürste?“ „Nein.“ „Woher weisst Du denn das mit der Zahnbürste?“ „Wir verkaufen Zahnbürsten.“

Im Uebrigen werden meist dem Kreisarzt bei der Besichtigung eine Unmenge Krankheiten geklagt, besonders auf dem Lande, wo die Untersuchung als eine billige Gelegenheit zur ärztlichen Konsultation angesehen und den Kindern meist genau eingetrichtert wird, was sie sagen sollen. Da wird geklagt über Schwindel, Ohrensausen, Nasenbluten, Jucken, Leibweh, Müdigkeit, Herzklopfen, Husten, Ausschlag, Brüche u. s. w., über alles, über was der Mensch überhaupt klagen kann. In manchen Fällen findet sich sogar die Mutter ein, nicht selten werden sonst wegen Krankheit das Haus hütende Kinder zum Besichtigungstage geschickt, um den Kreisarzt bei dieser Gelegenheit zu hören. Man wird je nach Lage der Sache der einzelnen Klage die nöthige Beachtung schenken oder darüber zur Tagesordnung übergehen.

Dass die vorherige Benachrichtigung über die Zeit der Besichtigung diese oft illusorisch macht, ist bereits erwähnt. Ich habe es erlebt, dass am Tage vor der Besichtigung die besseren Bauern zum Arzt gingen und diesen ersuchten, ihre Kinder einmal auf Läuse zu untersuchen; Läuse gingen ja zwar nur an Gesunde, aber sie wollten doch nicht die Blamage haben.

Anderseits möchte ich dringend empfehlen, eine vorherige Feststellung über den Gesundheitszustand der Kinder durch den Lehrer vornehmen zu lassen. Derselbe lässt sich sehr wohl mit der Forderung des Unvermutheten bei der Revision vereinen, wenn der Lehrer angehalten wird, sich ein Verzeichniss des Gesundheitszustandes der Kinder anzulegen und alle 4 Wochen auf seine Richtigkeit zu kontroliren; sie soll auch den Kreisarzt keineswegs entlasten, sondern nur dazu beitragen, die gemeinsame Besprechung ausserordentlich fruchtbringend, beispielsweise über die Behandlung der kurzsichtigen und der schwerhörigen Kinder u. s. w. zu gestalten. Wie oft wird man dann finden, dass ein Kind als unaufmerksam angesehen und behandelt wird, das schwerhörig ist; auch das Umgekehrte habe ich erlebt und später dann gehört, dass das betreffende Kind sich recht gut gemacht hatte.

Gerade dieser gesundheitliche Speech mit dem Lehrer ist ja die Hauptsache; die Richtigkeit der Beobachtungen des Lehrers wird durch den Arzt kontrolirt und korrigirt; oft wird auch der Arzt wichtige Fingerzeige für die Feststellung vom Lehrer erhalten. So wird der Lehrer gewöhnt, dem Gesundheitszustand

seiner Kinder sorgfältige Beachtung zu schenken; es ist sehr bezeichnend, zu sehen, wie der eine Lehrer eine ungeheure Krankenliste hat, fast aller Kinder, der andere nur eine ganz kleine, während man nachher schielende und schwerhörige findet. Es dürfte sich empfehlen, dem Lehrer zu diesem Zwecke besondere Anhaltspunkte zu geben; die Feststellungen werden von den Lehrern, davon bin ich überzeugt, im Allgemeinen mit Lust und Liebe gemacht werden.

Ich sehe mir alle Kinder erst an in den Bänken, kontrolire dabei auch ihre Lernmittel (Bücher, Schreibtafeln u. s. w.), hierauf frage ich, ob sie alle gut sehen und hören, und nehme bei allen Kindern die nöthigen Feststellungen vor. Ich habe noch nie erlebt, dass Kurzsichtige und Schwerhörige vorhanden gewesen sind, die es nicht gesagt hätten; man braucht also in dieser Richtung keine unnöthige Sorge zu haben. Aber auch die genaue Prüfung der Einzelnen auf Gesicht und Gehör ist durchaus nicht mühsam. Dann lasse ich mir die vom Lehrer aufgestellte Liste geben und frage, wem etwas fehlt; die vom Lehrer aufgeschriebenen und die noch hinzugekommenen Kinder werden hierauf aufgefordert, dazubleiben, die anderen lasse ich mit ihren Büchern ganz langsam an mir vorüberziehen; dabei werden Körperkonstitution, Reinlichkeit, Zähne, Augen beachtet, Verdächtige werden angehalten und ebenfalls zurückbehalten, die anderen nach Hause geschickt. Von den Dabehaltenen werden die mit kleineren Klagen zuerst vorgenommen, dann die Sehprüfungen bei Kurzsichtigen und zuletzt die Hörprüfungen.

Kurz zusammengefasst, dürfte sich die Schulbesichtigung in folgenden Etappen vollziehen: 1. Allgemeine Besichtigung der Kinder (Haltung, Lehrmittel u. s. w.), 2. Hygiene der Unterrichtsmittel, 3. Gesundheitszustand der Kinder, 4. Gesundheitliche Unterhaltung mit dem Lehrer über die Kinder, 5. Schulzimmer, 6. Schulhaus und Nebenanlagen, 7. Baustelle und Umgebung.

Ist nun die Besichtigung zu Ende, so folgt zum Schluss die Verwerthung des Festgestellten zum Wohle der Kinder. Was gleich zu erledigen ist, wird am besten sofort erledigt; dadurch wird manche Schreiberei gespart. Das Ergebniss der Besichtigung wird daher am besten im Anschluss an dieselbe mit dem Schulvorstand besprochen; denn m. E. ist der Kreisarzt wohl in der Lage, das Aenderungsbedürftige zu bezeichnen, er muss sich eben nur über die nothwendigen Forderungen der Schulhygiene und das Leistungsvermögen einer Gemeinde klar sein. Ausserdem wird ja doch nicht Alles gleich geändert; der Schulvorstand wartet, selbst wenn er Abhülfe zusagt, die Verfügung des Regierungspräsidenten ab, an den erst noch zu berichten ist; unberechtigte und nicht ausführbare Forderungen können somit noch korrigirt werden. Bei den angeregten Verbesserungen ist es gut, die nothwendigen von den wünschenswerthen zu trennen, auch die Zeit zur Vornahme der Verbesserungen ist zu berücksichtigen, besonders gilt dies in Bezug auf bauliche und Einrichtungs-Verbesserungen. Wir können nicht an jede Schule einen Massstab legen, der

dem platonischen Eidos-Begriff in der Sinnlichkeit entspräche; wir können nicht lauter Schulen, ja nicht eine Schule haben, die hygienisch im ganzen Umfange einwandfrei wäre, die Hygiene der Schule ist eine Geldfrage. Gerade auf diesem Gebiete kann man die Erfahrung machen, dass man mehr erreicht, wenn man sich auf das Nothwendige — und in manchen Schulen ist Nothwendiges genug zu fordern — bescheidet. Nirgendwo ist es verkehrter, viel zu fordern, als auf diesem Gebiete, etwa in der Meinung, dass man, wenn man ordentlich fordert, wenigstens einiges erreicht, da immer etwas abgehandelt wird. Derjenige, der alles Mögliche fordert, wird aber erleben, dass der Schulvorstand ihm alles, auch Nothwendiges, rundweg abschlägt mit den Worten, es ist auch so solange gegangen, wir sind auch gross geworden, und sind Soldaten gewesen; er wird sogar erfahren, dass der Schulvorstand kein Vertrauen zu ihm fasst oder dass er das bisher besessene Vertrauen verliert. Was nothwendig ist, muss allerdings gefordert werden, klar, bestimmt und genügend begründet; man wird auf der fordernden Seite dann die Freude haben, dass man auf der bewilligenden Seite entgegenkommt. Vor zu hohen Forderungen, wie sofortige Anschaffung neuer Bänke u. s. w., ganz zu schweigen von einem neuen Schulbau, abgesehen natürlich von ganz besonderen Fällen, kann jedoch nicht dringend genug gewarnt werden. Man erreicht manchmal die Anschaffung neuer Bänke, wenn man damit zufrieden ist, dass jedes Jahr zwei neue angeschafft werden; man kann dafür dann die Gesichtspunkte angeben. Man muss sich klar sein über das thatsächliche Bedürfniss und hat die finanziellen Mittel der Gemeinde zu berücksichtigen. Der Laie sagt sich, was so lange ging, ohne sichtbaren Schaden zu schaffen, das kann doch nicht mit einem Male absolut verwerflich sein; und wenn natürlich auch der Laie sich der Ansicht nicht verschliesst, dass eine veraltete Einrichtung durch eine neue zweckmässige ersetzt wird, so sieht er doch oft nicht ein, warum denn das Hals über Kopf sein muss.

In der Beschränkung zeigt sich der Meister! Je vorsichtiger man fordert, desto grösser wird das Vertrauen und das Entgegenkommen. Vielleicht hält man im Augenblick diese oder jene Verbesserung noch für erforderlich, aber nicht gerade für dringend; ausserdem sind eine Reihe dringender Verbesserungen da. M. H.! Dann bewahren Sie diesen Wunsch in Ihrem Busen; deuten Sie nur das Unzulängliche bei der Besprechung an, der Schulvorstand wird sich in Folge dessen freuen, dass Sie Ihre sonstigen Forderungen nicht auch noch erhoben, sondern sich diese für einen späteren günstigeren Augenblick aufbewahrt haben, der doch sicher einmal wiederkehrt. Sie haben dadurch zwei Vortheile: einmal erreichen Sie das Nothwendige eher, und auf die künftige Forderung wird vorbereitet, anderseits hat der Schulvorstand Zeit, sich mit dieser Frage herumzutragen und wird im Laufe der Zeit überzeugt von der Nothwendigkeit der weiteren Forderung. Wird nicht über das nothwendige Mass hinaus gefordert, so gewinnt und erhält sich der Kreisarzt das Vertrauen,

dessen er so dringend bedarf, während ein ungestümer Forderer und Hygiene-Stürmer auch zum bestgehassten Manne werden kann. Ich habe es erlebt, dass mir am Schlusse der Besichtigung gesagt wurde: „Ja, das wollen wir machen, das hatten wir uns viel schlimmer gedacht", eine recht bezeichnende Aeusserung. Mancher Schulvorstand ahnt nichts Gutes von dem Kreisarzt; er hat dunkle Vorstellungen, hat verworrene Sachen gehört und fürchtet grosse Geldausgaben, für die ihn die Gemeinde wieder verantwortlich macht. Also nochmals kurz, m. H., stellen Sie bestimmte, begründete Forderungen, beschränken Sie sich auf das Nothwendige, erhalten Sie sich das Vertrauen der Bevölkerung und rechtfertigen Sie das Vertrauen der Regierung; der Staat hat den Kreisarzt nicht hingesetzt, um ihn hygienische Forderungen stellen zu lassen, — hygienische Normen sind zu geben, ohne dass es des Kreisarztes bedarf, — sondern um ihn die Wissenschaft in die Praxis umsetzen zu lassen; er soll praktische Hygiene treiben!

Manche nothwendige Verbesserung wird sich sofort erledigen lassen, wie das Umstellen von Bänken; darüber braucht dann natürlich nicht weiter berichtet zu werden. Auch über die nothwendigen Forderungen, z. B. bezüglich Reinigung, Trinkwasser, wird mit dem Schulvorstand sofort verhandelt werden können; der Schulvorstand hat sich dann bezüglich Zusage oder Ablehnung zu entscheiden. Dabei ist stets zu erörtern, wie etwas am billigsten und wann es zu machen ist; auf dem Lande kann manchmal etwas durch Leute aus der Gemeinde zur Zeit, wo Landarbeiten nicht drängen, billig hergestellt werden, dann wird man die Erfüllung der Forderung auf eine bestimmte Zeit festsetzen. M. H.! Ich habe den Eindruck, dass man auf grosses Verständniss der Lehrer und Schulvorsteher jetzt vielerorts rechnen kann; ich habe immer das grösste Entgegenkommen gefunden und von vielen Seiten ist mir meine Erfahrung bestätigt worden.

Auch die wünschenswerthen Verbesserungen sind selbstverständlich zu besprechen, zu begründen und die Wege zur Abhülfe zu erörtern; man wird dann sehen, dass vieles Wünschenswerthe geleistet wird und manchmal bereitwilligst gebessert wird. Die örtlichen Verhältnisse sind bei den einzelnen Schulen nicht aus dem Auge zu verlieren.

Alle Berichte über die vorgeschriebenen periodischen Besichtigungen — und für jede Schule ist immer ein besonderer Bericht erforderlich, da es sich gegebenenfalls um Verhandlungen mit den betreffenden Schulvorständen handelt, welche ganz verschieden zusammengesetzt sind — gehen durch die Hand des Kreisschulinspektors und des Landraths an den Regierungspräsidenten. Bei Feststellung von kleinen Mängeln bei gelegentlichen Besichtigungen wird dagegen nicht immer ein Bericht an den Regierungspräsidenten nothwendig sein. In den Berichten sind die Verbesserungen (nothwendige und wünschenswerthe) aufzuführen, sowie praktische und billige Wege zur Beseitigung anzugeben, auch gegebenenfalls die Erklärung des Schulvorstandes,

ob er bereit ist zur Abhülfe oder nicht; im letzteren Falle wird eine eingehende Begründung erforderlich.

Was nun die sonstige Thätigkeit des Kreisarztes auf dem Gebiet der Schulhygiene, abgesehen von den Besichtigungen, anbetrifft, so ist zunächst ein sachgemässes Zusammenwirken mit dem Baurath und dem Kreisschulinspektor nothwendig; es sind gegenseitige Benachrichtigungen über die Besichtigungen, über die Tagesordnung der Kreislehrerkonferenzen und dergl. wünschenswerth. Bei Neubauten oder grossen Umbauten sind die Baupläne nebst Beschreibung dem Kreisarzt zur hygienischen Prüfung vorzulegen. M. H.! Diese Prüfung ist ausserordentlich wichtig. Der Kreisarzt muss den Bauplan genau studiren, wirklich studiren; es genügt nicht ein oberflächliches Ansehen des Planes und ein „Gesehen" darunter. Man muss bautechnisch zu lesen verstehen, das ist aber bei gutem Willen nicht schwer. Auch der Erläuterungsbericht ist sorgfältig durchzulesen; ist er nicht genügend, — er kann nicht genau genug sein, — so gebe man das Projekt einfach zur Vervollständigung zurück. Manchmal findet man über wichtige Sachen (über Venilation, Heizung) gar keine Anhaltspunkte in dem Erläuterungsbericht, sondern nur im Kostenanschlag, darauf ist zu achten. Diese Prüfung der Baupläne kann, wie gesagt, nicht genau genug vorgenommen werden, sie ist ja der Grundstein, auf dem sich das Wohl der zukünftigen Schule aufbaut. Wird hier etwas versehen, so ist das später als Mangel von dem Begutachter des Bauplanes selbst zu rügen. Zu beachten sind alle einzelnen Punkte, die oben angeführt sind. Hält der Kreisarzt eine zuvorige Besichtigung des Bauplatzes für nothwendig, so muss er dies in seinem Bericht bemerken und einen Auftrag dazu veranlassen. In Württemberg besteht die sehr zweckmässige Vorschrift, dass die definitive Wahl des Bauplatzes erst erfolgt, nachdem dieser von dem Oberamtsarzt besichtigt und in hygienischer Hinsicht begutachtet ist. Ebenso empfehlenswerth wäre es, wenn unmittelbar nach der Fertigstellung des Baues der Kreisarzt mit dem Bausachverständigen die Schule eingehend besichtigte, bevor sie der Benutzung übergeben wird, damit noch einmal festgestellt würde, ob alles so gemacht ist, wie es im Plane gefordert war.[1])

M. H.! Es ist die fernere Aufgabe des Kreisarztes, die Lehrer für das Gebiet der Schulhygiene zu interessiren und gemeinnützige Bestrebungen (Verabreichung zweckmässiger Nahrung an Kinder armer Eltern u. s. w.) nach Kräften zu unterstützen. Das Interesse der Lehrer ist da! Wie ich schon oben gesagt habe, halte ich die Lehrer für die wichtigsten Pioniere der Gesundheitspflege; ich habe bei ihnen grosses Verständniss und grosse Wissbegierde in gesundheitlichen Dingen gefunden und demzufolge gern mit ihnen zu thun; ich wüsste

[1]) Eine solche Bestimmung findet sich in §. 18 der Instruktion für die Bezirksärzte im Königreich Sachsen vom 10. Juli 1884; desgleichen besteht sie im Reg.-Bezirk Minden.

keinen Stand, dem eine gleiche Bedeutung für die Verbreitung der Lehren der Gesundheitspflege zukäme. Alle Versammlungen der Lehrer, Bezirksversammlungen und Kreiskonferenzen, sind sehr geeignet für Vorträge und auch für Besprechungen in den Debatten, da hygienische Themata schon oft auf dem Programm solcher Versammlungen Platz finden. Ich kann in dieser Hinsicht nur über erfreuliche Erfahrungen berichten.

Gefordert werden muss weiterhin die Aufnahme der Hygiene als Unterrichtsgegenstand in den Lehrerbildungsanstalten. Ich habe an Lehrerseminarien Vorträge über Hygiene gehalten; dem Gegenstand wurde das grösste Interesse entgegengebracht; bei den fakultativen Vorträgen waren alle regelmässig da, und die gestellten Fragen bewiesen das Nachdenken über das Gehörte.

Einen andern Weg, allgemeine hygienische und schulhygienische Kenntnisse ins Volk zu tragen, habe ich eingeschlagen, indem ich im Einverständniss mit einem befreundeten sehr tüchtigen Direktor einer landwirthschaftlichen Winterschule seit vielen Jahren an dieser Schule jeden Winter hygienische Vorträge halte. Ich reiche Ihnen den Jahresbericht der Winterschule in Neustadt a. Rbge. herum; Sie ersehen daraus, wie der Gegenstand betrieben wurde. Die Besucher dieser Schule nehmen später in den Dörfern geachtete Stellungen ein, sind meist in den wichtigsten Kommissionen, auch in dem Schulvorstand; man bekommt im Kreise später mannigfach wieder mit ihnen zu thun; dieser Weg verdient somit allgemeine Beachtung. Auch von Gewerbeschulen gilt dasselbe; desgleichen sollte in den oberen Klassen der Volksschule die Hygiene wöchentlich einen 1—2stündigen Unterrichtsgegenstand bilden. Die Pädagogen stehen allerdings der Einführung von einem neuen Unterrichtsgegenstand bei der heutigen Belastung der Schulkinder nicht geneigt gegenüber; das entspricht der falschen Meinung, dass den Kindern Mehrarbeit verursacht wird; dies soll aber nicht der Fall sein; es soll gewissermassen ein erzählender Unterricht sein, in welchem die Kinder bekanntermassen nicht am unaufmerksamsten sind. Wo die Gesundheitslehre jedoch einen besonderen Gegenstand nicht bildet, da soll auf sie Rücksicht genommen werden beim Lesen durch entsprechende Artikel im Lesebuch oder beim Unterricht in der Naturkunde.[1]) Als Weg zur Verbreitung der Gesundheitspflege unter Schulkindern möchte ich den modernen Weg durch Ansichtspostkarten empfehlen. Heutzutage werden von Kindern viel Ansichtspostkarten geschrieben, namentlich auf Spaziergängen; man sorge durch Nachfrage überall für das Anschaffen hygienischer Postkarten mit entsprechenden Bildern und Versen, wie ich mir hier einige vorzulegen erlaube.[2]) Wie

[1]) Die Bayr. Min.-Entschl. vom 16. Dezember 1875 schreibt Gesundheitslehre im Anschluss an Lesebuch und Naturkunde vor.

[2]) Eine Serie hygienischer Ansichtspostkarten von mir ist im Kunstverlag von F. Astholz in Hannover erschienen. Die Karten wurden auf der Ausstellung für volksverständliche Hygiene in Hannover 1902 mit der goldenen Medaille ausgezeichnet.

Christenthum, Königstreue, Vaterlandsliebe den Kindern in der Schule eingepflanzt werden, so muss es auch mit der Gesundheitspflege geschehen, da alle Bethätigung des Individuums überhaupt von der Gesundheit in letzter Linie abhängt.

M. H.! Auch der Hülfe des Elternhauses — vor allen Dingen der Mütter — müssen wir uns versichern; an sie werden wir uns nicht vergeblich wenden, wenn es das Wohl ihrer Kinder gilt. Die Belehrung muss Gewohnheit zur Folge haben; in einzelnen Fällen dürfte sogar ein wohlthätiger Einfluss auf das Elternhaus durch gesundheitlich belehrte Kinder stattfinden. Gedruckte Belehrungen über Körperhaltung, Ernährung[1]) u. s. w. auf der Innenseite der Schulhefte werden von den Kindern und auch von den Eltern häufig gelesen.

Endlich verspreche ich mir recht gute Erfolge, speziell auch in der Richtung der Schulhygiene, durch die allgemeine Einrichtung von Familienabenden in der Stadt und besonders auf Lande. Ich habe kürzlich in den Pastoralblättern[2]) auf diese Abende hingewiesen und ihre Wichtigkeit betont. Pastor und Arzt müssen Hand in Hand gehen; Erbauliches allein nutzt nichts, auch Praktisches muss dabei sein, und da sind sehr angebracht ärztliche Vorträge über ansteckende Krankheiten, über Alkoholismus, über Schulhygiene u. s. w. Noch mannigfacher gestalten sich solche Abende durch Betheiligung der landwirthschaftlichen Winterschuldirektoren, welche mit Vorträgen über Wirthschaftsfragen und dergl. abwechseln. Die hygienischen Vorträge kann der Kreisarzt halten; noch zweckmässiger würde es sein, wenn sie der Distriktsarzt bezw. Armenarzt hielte; der Arzt würde dadurch mit seinem Sprengel gewissermassen verwachsen, was nicht nur im Interesse der Bevölkerung, sondern auch des Arztes selbst liegt.

Dass der Kreisarzt sich die Förderung von Ferienkolonien, Kinderhorten u. s. w. u. s. w. angelegen sein lässt, bedarf keiner weiteren Erörterung.

Der Kreisarzt muss aber weiter das gesammelte Material wissenschaftlich verwerthen; es werden sich interessante Beziehungen und Verschiedenheiten ergeben zwischen Stadt und Land, zwischen Knaben und Mädchen, zwischen kleinen und grossen Kindern u. s. w.

M. H.! Die Thätigkeit des Kreisarztes an den einzelnen Schulen ist eine regelmässige, periodisch-fünfjährige und eine gelegentliche, zufällige innerhalb der fünfjährigen Perioden. Zur Feststellung der baulichen und Einrichtungs-Verhältnisse muss diese Zeit im Allgemeinen als eine genügende bezeichnet werden, häufiger ist sie nicht nöthig, zumal wenn der Kreisarzt über Veränderungen auf dem Laufenden erhalten wird; dies müsste allerdings immer

---

[1]) Im Schweizer Kanton St. Gallen erhalten die Eltern eine Anleitung zur Fürsorge für die Gesundheit der Schuljugend, worin der zweckmässigen Ernährung der erste Platz vergönnt ist.

[2]) Pastoralblätter, Zeitschrift für Homiletik, Katechetik und Seelsorge. Herausgeber Pastor Lic. Neuberg-Dresden. Richter's Verlag, Dresden und Leipzig, 1902; Juniheft.

geschehen. Was nun aber die Hygiene des Unterrichts, die Hygiene der Unterrichtsmittel, den Gesundheitszustand der Kinder anlangt, so kann es keinem Zweifel unterliegen, dass die fünfjährigen Feststellungen durchaus ungenügend sind; auch gelegentliche Besichtigungen können dies Resultat in keiner Weise verbessern, denn da können wohl augenblickliche Feststellungen gemacht werden, aber weiter nichts. Rückschlüsse auf die Beziehungen zwischen Schule und Kinder in gesundheitlicher Hinsicht lassen sich nur auf Grund sorgfältiger, früherer anderweitiger Feststellungen erzielen; vor allen Dingen ist die Feststellung des Gesundheitszustandes der Kinder beim Eintritt in die Schule nothwendig. M. H.! Diese Feststellung ist sehr wichtig, damit der Gesundheitszustand durch die Schule weiter kontrollirt werden kann; aber zu dieser Kontrolle — soll sie zu einer sachgemässen Beurtheilung, worauf ja Alles hinausläuft, zur Verwerthung für die Gesundheit der Kinder führen — reicht eine fünfjährige oder gelegentliche Besichtigung nicht aus. Dies haben die Städte mit vielklassigen Schulen zuerst eingesehen und deshalb Schulärzte in städtischen Diensten angestellt, die auf Alles zu achten haben, was im Vorhergehenden als Aufgabe des Kreisarztes an der einzelnen Schule aufgeführt worden ist. Aus Gründen der Schuldisziplin wurden die Armenärzte in Dresden schon 1857 mit schulärztlichen Feststellungen beauftragt. Vorbildlich ist weiterhin Wiesbaden, mit seiner Schularzteinrichtung gewesen, und diese durch den Min--Erlass vom 18. Mai 1898 allgemein den Städten empfohlen. Die Schularztfrage ist bekanntlich in den grossen Städten entstanden. Aerztliche oder sonstige Feststellungen ergaben über die Gesundheitsverhältnisse der Kinder recht bedenkliche Resultate. Es lässt sich allerdings nicht leugnen, dass auch bei der Schularztfrage eine gewisse Neigung zur Uebertreibung sich bemerkbar macht, indem Alles, was am Kinde Abweichendes gefunden wurde, auf die Schule geschoben wurde; diese sollte die Schuld an Allem tragen, und von allen Seiten schrie man nach ärztlicher Hülfe. Auch auf ärztlicher Seite fanden sich Heissporne, welche die ärztliche Oberaufsicht über die Schulen forderten; dies führte wieder zu Missstimmungen in den Kreisen der Pädadogen. Allmählich hat sich aber doch allseitig die Ueberzeugung Bahn gebrochen, dass der Schularzt eine nothwendige Einrichtung ist, und dass sich diese auch bewährt, wenn sie in der richtigen Weise getroffen wird, wenn bei dem Schulhausbau und der Schuleinrichtung dem Arzte neben dem Bausachverständigen Gehör geschenkt wird [gemeinsame Besichtigungen empfehlen sich sehr[1])], wenn in der Hygiene des Unterrichts, der Unterrichtsmittel, in der Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der Schulkinder der Arzt mit dem Pädagogen Hand in Hand geht, wenn der Arzt der gesundheitliche Berather in der Frage des Schulbaues, des Unterrichts, des gesundheitlichen Wohles der Kinder wird. Päda-

[1]) v. Esmarch: Schulärztliches. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1899, Nr. 7.

goge und Schularzt ergänzen sich, und das wird um so klarer eingesehen werden, je mehr beide hygienisch gebildet sind; dann wird keiner mehr von dem anderen Beeinträchtigungen auf seinem Gebiete befürchten. Zum Wohle der Schulkinder müssen Verwaltungsbeamte, Aerzte, Pädagogen und Bausachverständige zusammenkommen; es dürfen keine Eifersüchteleien zwischen ihnen entstehen, keiner darf arrogant sein und über seine Kompetenzen hinausgreifen. Ebenso wie der verständige Pädagoge heute nicht mehr auf die Mithülfe des Arztes verzichten will, ebenso wird der verständige Arzt sich hüten, im Interesse der Gesundheitspflege eine ganze Umwälzung des Schulwesens zu verlangen. Die Schulgesundheitspflege ist der Pädagogik unterzuordnen; diese muss und wird ihr auch dann die gebührende Berücksichtigung zu Theil werden lassen. Auf diesem Boden wird die Schularzteinrichtung zu dem, was mit ihr beabsichtigt ist, zu einer ausserordentlich segensreichen Einrichtung. Dass sie dies ist, darüber besteht kein Zweifel; es sprechen sich alle Berichte über die Thätigkeit der Schulärzte übereinstimmend sehr günstig aus, von allen Seiten wird über gute Erfolge durch diese Einrichtung berichtet, so neuerdings auch aus Berlin.

Der Schwerpunkt der Thätigkeit der Schulärzte liegt in der Untersuchung der Kinder beim Eintritt in die Schule, in der Kontrolle des Gesundheitszustandes während der Schulzeit, in der Begutachtung desselben und in der Anregung zu Verbesserungen, Begutachtung von Dispensationsgesuchen aus gesundheitlichen Gründen, Beachtung der übertragbaren Krankheiten. Die Befürchtungen, die man hegte bezüglich des Verhältnisses des Schularztes zum Elternhause, zu Haus- und Armenarzt und zum Kreisarzt haben sich im Allgemeinen nicht als begründet erwiesen. Es hat sich gezeigt, dass durch entsprechende Mittheilungen der Feststellungen des Schularztes nach dem Elternhause in der Regel das erreicht wird, was der Zweck der ganzen Einrichtung ist, nämlich Abhülfe. Auf diese kommt es ja vor Allem an, nicht auf die Feststellungen. Durch die schulärztlichen Untersuchungen in den Städten wurde auch der Antheil der Schule an den Krankheiten der Kinder in den thatsächlichen Grenzen festgelegt; man sah, dass keineswegs der Schule die Schuld zufällt, die ihr von Fanatikern beigemessen wurde, man sah, dass oft die Schule den Kleinen bessere Verhältnisse bietet als das Elternhaus u. s. w. M. H.! Alle diese Feststellungen und die Wege zur Abhülfe sind eben nur möglich, wenn Schulärzte vorhanden sind, die Schulkinder beim Eintritt in die Schule untersucht werden, und ihr Gesundheitszustand einer fortwährenden Kontrole unterworfen wird.

Die Instruktionen der Schulärzte stimmen im grossen Ganzen darin überein, dass der Schularzt den baulichen Einrichtungen innerhalb der Schule seine Aufmerksamkeit widmen muss, neueintretende Schulkinder untersucht und begutachtet, sowie für jedes Kind einen Gesundheitsschein ausstellt, dass er weiter periodische Untersuchungen vornimmt, dass er eine regelmässige Sprechstunde

in der Schule abhält, ausserordentliche auf Verlangen, dass er auf ansteckende Krankheiten sein besonderes Augenmerk richtet, event. Vorträge über Schulgesundheitspflege hält, und über seine Thätigkeit einen Jahresbericht erstattet. Wünschenswerth ist es, dass der Lehrer verdächtige Kinder in dem gegebenen Zeitpunkt sofort zum Schularzt schicken kann. Selbstständige Anordnungen darf der Schularzt nicht treffen, den Kindern auch keine Behandlung zu Theil werden lassen; die Eltern werden über besondere abnorme Gesundheitsverhältnisse ihrer Kinder benachrichtigt, event. mit Anweisungen versehen. Im Einzelnen finden sich natürlich Abweichungen in den Dienstanweisungen; ich reiche eine Zusammenstellung hier herum. Sie finden die bekannten Wiesbadener Bestimmungen, dann die in Frankfurt a. M., die in mancher Beziehung bemerkbaren in Nürnberg, die in Dresden und Leipzig und die neuesten in Mainz, welche erst am 1. Oktober in Kraft treten. Die kleine Zusammenstellung bietet einen interessanten Ueberblick über die ganze Einrichtung; auf eine Besprechung über die Zweckmässigkeit der einzelnen Bestimmungen kann ich mich natürlich hier nicht einlassen. Um auch die Frage kurz zu streifen, möchte ich mich dahin aussprechen, dass ich die Anstellung von Spezialärzten an Schulen nicht für nothwendig halte, da die Feststellungen ja auch so gemacht werden können und Behandlung nicht Sache der Schule ist.

M. H.! Die Einrichtung des Schularztes kann den Städten mit mehrklassigen Schulen nicht dringend genug empfohlen werden, wünschenswerth wäre die Ausdehnung auf die Privatschulen. Freilich kann man gegen den Einwurf mancher Städte, warum bedient sich der Staat nicht der von ihm selbst gepriesenen Schularzteinrichtung an seinen Schulen, an seinen Gymnasien u. s. w., wo sie doch nicht minder nothwendig ist, als sonstwo, leider nicht viel erwidern. Die Beaufsichtigung und Revision der höheren Schulen ist übrigens in verschiedenen deutschen Bundesstaaten ebenfalls den beamteten Aerzten übertragen.

Sind nun nicht auch für das Land Schulärzte zu schaffen? M. H., ich halte dies nicht für unbedingt nothwendig und auch noch nicht für durchführbar. Wünschenswerth, höchst wünschenswerth ist die Einrichtung allerdings auch auf dem Lande, sowohl zur Kontrole des Gesundheitsstandes der Kinder und nicht zum wenigsten wegen der wohlthätigen Rückwirkung auf die Landbevölkerung. Ebenso wie sich aber auch bei den kleineren Städten immer mehr die Ueberzeugung Bahn bricht, dass sie sich den Ansprüchen der Zeit nicht mehr entziehen können, dass sie dem Gesundheitszustand ihrer Kinder Rechnung tragen müssen und Schulärzte anstellen, so wird diese Ueberzeugung auch auf dem Lande allmählich durchdringen. Vorläufig scheut man sich jedoch besonders wegen der Kosten, obwohl diese für den einzelnen Ort keine nennenswerthe Höhe erreichen würden bei der Verwendung der Armen- bezw. Distriktsärzte. Man könnte auch die ärztliche Fürsorge für die Schüler nur insoweit in's Auge fassen, als noch nicht schulfähige Kinder zu untersuchen, event.

zurückzuweisen sind und Schulkinder mit bestimmten Gebrechen besonders berücksichtigt werden. Der Kreisarzt besieht die Schulen und Schuleinrichtungen; er kann auch der Hygiene des Unterrichts und der Unterrichtsmittel die nöthige Berücksichtigung zu Theil werden lassen; der springende Punkt ist aber die Untersuchung der neu aufgenommenen Schulkinder und ihre häufige Kontrole, dem kann der Kreisarzt für seinen ganzen Kreis nicht nachkommen. Die Aufnahme findet in den 100—200 Schulen seines Kreises annähernd zu gleicher Zeit statt; er kann sie daher nicht alle bald nach der Aufnahme gesundheitlich kontroliren; selbst die Besichtigung innerhalb eines Jahres ist ihm nicht möglich, sie müsste sich überdies jedes Jahr wiederholen.

Bezirksschulärzte auf dem Lande für grössere Bezirke anzustellen, dürfte kaum zweckmässig sein; es wäre in den einzelnen Orten nur sehr wenig zu thun, eine ungeheure Zeit würde mit Reisen verbracht, dieses Reisen würde die Vernachlässigung anderer Geschäfte nach sich ziehen, und die Besoldung würde kaum eine solche sein können, dass Ausfälle auf anderer Seite dadurch gedeckt würden. Jedenfalls ist die Bestallung von Schulärzten auf dem Lande für mehrere Schulen nothwendig, nicht für jede Schule ein besonderer Schularzt, da sonst das Beobachtungsgebiet ein zu kleines wäre, was doch nicht im Interesse der Sache liegt. Meines Erachtens könnte der Forderung nach Untersuchung der eintretenden Kinder und periodischer Kontrole der Schulkinder genügt werden durch die Armen- bezw. Distriktsärzte. Jeder Distriktsarzt hätte als Schularzt in dieser Richtung in seinem Distrikt, sagen wir für 6—8 Dörfer, bezw. für 6—8 Schulen zu fungiren, die Untersuchungen hätten stattzufinden auf Grund einheitlicher Bestimmungen und in laufendem Einvernehmen mit dem Kreisarzt (periodische gemeinsame Besprechungen). Ich verkenne durchaus nicht die Bedenken, die gegen diesen Vorschlag vorgebracht werden können, ich wollte mir nur erlauben, einen vielleicht gangbaren Weg anzudeuten. Kein einziger Bundesstaat hat sich übrigens bis jetzt entschlossen, staatliche Schulärzte bei allen Schulen anzustellen, nur in Hessen und Sachsen-Meiningen ist für alle Schulen eine regelmässige Kontrole vorgeschrieben.

Dass genügende Vorbildung auf dem Gebiete der Schulhygiene für den Schularzt Vorbedingung ist, bedarf keiner besonderen Erörterung.

M. H.! Die Nothwendigkeit einer hygienischen (vor allem praktischen) Ausbildung der Lehrer, nicht nur der Volksschullehrer, sondern aller, welche unterrichten, ist bereits von mir betont. Sie sollen alle gehalten sein, eine Prüfung in der Schulgesundheitspflege abzulegen; der Lehrplan wäre dementsprechend festzulegen. Diese hygienisch gebildeten Lehrer sollen jedoch keinen Ersatz der Schulärzte bilden; das können sie gar nicht, wie es von anderer Seite[1]) behauptet wird, eine

[1]) von Hranilowic: Die Fortschritte Kroatiens auf dem Gebiete der Schulhygiene. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1898, Nr. 10.

Anschauung, gegen die sich mit Recht Schubert[1]) wendet. Sie werden aber eine sachgemässe Beurtheilung schulhygienischer Fragen, wenn nicht gewährleisten, so doch wahrscheinlich und sicher anbahnen und den Schularzt wie Kreisarzt in seinen schulhygienischen Bemühungen wirksam unterstützen.

M. H.! Die Stellung des Kreisarztes zu den Schulärzten ist in Preussen keine ganz klare; sie ist überhaupt in keinem Bundesstaat eine klare, da allenthalben dem staatlichen Arzt die Schulen unterstellt sind, und die Schulärzte Gemeindebeamte sind; eine Ausnahme macht nur Sachsen. Einfacher liegt die Sache in solchen grossen Städten, wo ein Stadtarzt vorhanden ist, dem die staatlichen Funktionen mit übertragen sind; aber wenn das letztere auch nicht der Fall ist, ist in dem Stadtarzt der Oberschularzt, die Spitze gegeben. Die Verhältnisse, wie sie z. B. in Frankfurt a. M.[2]) sind, müssen als sehr gute bezeichnet werden; es wäre zu wünschen, dass das Verhältniss zwischen den Schulärzten und dem Kreisarzt allgemein ein derartiges organisches würde. Dem Kreisarzt hat zu verbleiben, bezw. ist ihm zuzuweisen: die Begutachtung des Schulhausgrundstückes vor der Wahl, der Neubauten, Umbauten, Neueinrichtungen, die Abnahme des fertigen Baues, die Prüfung der Unterhaltungsvoranschläge. Er hat periodische Besichtigungen, an welchen die angestellten Schulärzte theilzunehmen haben, auszuführen und umgekehrt an den periodischen (3—4 Mal jährlich) und ausserordentlichen (nach Bedarf) Konferenzen der Schulärzte theilzunehmen und da den Vorsitz zu führen, wie es in Mainz ist. Diese zeitweiligen Konferenzen und ihre Leitung durch den Kreisarzt sind nothwendig, um das unbedingt erforderliche gleichmässige Wirken der Schulärzte zu sichern. Desgleichen hat bei jedem Auftreten einer übertragbaren Krankheit der Schularzt an den Kreisarzt zu berichten; dieser allein giebt die entsprechenden Massnahmen an. Auch die Jahresberichte der Schulärzte sind dem Kreisarzt einzureichen, welcher sie verarbeitet und dann an die Schulbehörde (Magistrat, Schulausschuss) weiter giebt.

Während dem Kreisarzt die Beantwortung allgemeiner hygienischen Fragen zufällt, liegt somit dem Schularzt die Ueberwachung der gesundheitlichen Einrichtungen der Schule, des Gesundheitszustandes der Kinder, die Untersuchung der neu eintretenden Kinder, die fortlaufende Kontrole der Schulkinder ob. Die Untersuchung der Lehrer und die Untersuchung der Kinder zwecks Auswahl für die Ferienkolonien ist ebenfalls seine Sache.

M. H.! Dass Kreisarzt und Schularzt in organische Verbindung gebracht werden können, sehen wir z. B., wie schon erwähnt, in Sachsen. Nach den Dienstordnungen für die Schulärzte in Dresden und Leipzig hat der Schularzt die Aufgabe, den Stadt-Bezirksarzt bei der gesundheitlichen Beaufsichtigung der Schulen zu unter-

[1]) Schubert: Soll der Schularzt durch den Lehrer ersetzt werden? Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1900, S. 589.

[2]) Spiess, Stadtarzt und Schularzt. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; Bd. 31, H. 2.

stützen. In Leipzig erfolgt die Anstellung eines Schularztes nach Anhörung des Stadtbezirksarztes seitens des Schulausschusses, in Dresden durch den Rath; hier kann Entlassung nach Anhörung des Stadtbezirksarztes eintreten. In beiden Städten erhalten die Schulärzte nähere Anweisungen in Betreff ihrer Thätigkeit durch den Stadtbezirksarzt, nach dessen Anweisung und Auftrag haben sie zu handeln; ihre Wünsche, Anträge, Beschwerden gelangen zuerst unmittelbar an den Stadtbezirksarzt. Man sieht die engste Verbindung. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse in Frankfurt a. M. und Breslau.

Diese organische Verbindung zwischen Schularzt und Kreisarzt ist auch in Preussen dringend anzustreben; bei Verwendung der Distriktsärzte als Schulärzte auf dem Lande würde diese Verbindung eine Hauptsache sein. Nicht unerwähnt möchte ich lassen, dass es dringend erforderlich ist, dem Schularzt, bezw. Oberschularzt in den Schulkommissionen, bezw. Kuratorien Sitz und Stimme zu geben; dies würde allerdings nach §. 59 der Städteordnung für den Kreisarzt nicht möglich sein.

M. H.! Um der Schulhygiene die Berücksichtigung zu Theil werden zu lassen, die ihr jetzt nach dem allgemeinen Urtheil aller Betheiligten zukommt, ist zu wünschen, dass in der Schulabtheilung des Ministeriums ein hygienisch und speziell schulhygienisch durchgebildeter Arzt als vortragender Rath für Schulgesundheitspflege thätig ist. Arbeit wird er genug haben, so dass grosse Staaten sich kaum mit einem solchen Rath würden begnügen können. Er hat alle in das Dezernat Schulhygiene fallenden Fragen zu begutachten, die Befolgung der schulhygienischen Vorschriften zu überwachen und für den weiteren Ausbau der Schulhygiene nach den verschiedenen Richtungen zu sorgen. Auch wird so eine gleichmässigere Vollziehung der Bestimmungen über Hausarbeiten u. s. w., besonders über körperliche Uebungen gewährleistet; denn man glaubt gar nicht, wie verschieden die körperlichen Uebungen und das Turnen in manchen Gegenden ist. Es würde sich empfehlen, solche Beiräthe auch den Provinzen, bezw. den Regierungen zu geben; dann würde der Gegenstand so berücksichtigt, wie er berücksichtigt werden muss, die schwebenden Fragen würden geklärt und zur Klarheit gebracht, sowie die entsprechenden Massnahmen getroffen.

M. H.! Die Schularztfrage wird nicht wieder von der Tagesordnung verschwinden, im Gegentheil, sie wird einen immer breiteren Raum in der allgemeinen Debatte einnehmen. Viel ist schon geschehen, viel bleibt noch zu thun! Die Angelegenheit ist in Fluss, der Strom wird immer breiter und das ist ein Beweis für die gute Sache; eine gute und zeitgemässe Sache findet eben ihren Weg selbst, sie hat die Gründe dafür in sich. Lassen Sie uns der Angelegenheit unsere ganze Theilnahme entgegen bringen, aber nicht stürmisch fordern, sondern alles vorsichtig abwägen, um vor zeitweiligen Irrwegen bewahrt zu bleiben.

Das Wohl der Jugend bedeutet das Wohl des Staates und seine glorreiche Zukunft; daran nach Kräften mitzuarbeiten,

m. H., das soll unsere stolzeste Pflicht und unsere schönste Aufgabe sein!

(Beifall.)

Seine Ausführungen hatte der Referent in folgende Schlusssätze zusammengefasst:

1. Dem Staat liegt es ob, für eine gesundheitliche Ueberwachung der Schule Sorge zu tragen, damit die Kinder durch den Besuch der Schule an ihrer Gesundheit keinen Schaden leiden.

2. Diese gesundheitliche Ueberwachung hat durch den Kreisarzt unter Mitwirkung besonderer Schulärzte zu geschehen, deren Anstellung überall anzustreben ist, wo es die Verhältnisse gestatten.

Auch in ländlichen Gemeinden ist eine solche wünschenswerth, z. Z. jedoch nicht dringend nothwendig. Es bleibt hier die weitere Entwickelung der im Fluss befindlichen Schularztfrage abzuwarten; desgleichen dürfte die Wahrnehmung der schulärztlichen Funktionen durch die Armen- oder Distriktsärzte zu erwägen sein.

3. Die gesundheitliche Ueberwachung der Schulen hat sich zu erstrecken auf das Schulgrundstück, das Schulhaus, insbesondere das Schulzimmer und dessen Einrichtungen, die Unterrichtsmittel, den Gesundheitszustand der Schulkinder und des Lehrers, sowie auf die erforderlichen Nebenanlagen des Schulhauses und in beschränktem Masse auch auf den Unterricht.

4. Der Kreisarzt hat periodische (mindestens alle 5 Jahre) und gelegentliche Besichtigungen der Schulen vorzunehmen und bei diesen auf die unter Nr. 3 aufgeführten Punkte zu achten. Desgleichen hat er die Baupläne zu allen Neu- und grösseren Umbauten von Schulen zu begutachten. Bei den regelmässigen Besichtigungen ist stets der Schulvorstand und der Schularzt, wenn ein solcher angestellt ist, zuzuziehen.

5. Seine Forderungen hat der Kreisarzt den thatsächlichen Bedürfnissen und der Leistungsfähigkeit der Gemeinden unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse anzupassen, und sich hierbei auf das Nothwendige und Erreichbare zu beschränken; dies ist aber klar, bestimmt und genügend begründet zu fordern.

6. Der Kreisarzt hat sich ausserdem durch Belehrung der Bevölkerung und der Lehrer durch Vorträge, sowie Unterstützung gemeinnütziger Bestrebungen u. s. w. die Förderung des Wohles der Schule und der Schulkinder angelegen sein zu lassen.

7. Wo Schulärzte angestellt sind, ist eine organische Verbindung derselben mit dem Kreisarzt anzustreben, derart, dass dem Kreisarzt die allgemeine hygienische und sanitätspolizeiliche Ueberwachung der Schulen, dem Schularzt dagegen die fortlaufende Ueberwachung der gesundheitlichen Einrichtungen der Schulen und des Gesundheitszustandes der Schulkinder, sowie die Untersuchung der in die Schule eintretenden Kinder zufällt.

Kreisarzt und Schularzt nehmen gemeinsame Besichtigungen der Schulen vor und vereinigen sich zu gemeinsamen Besprechungen. Die Berichte der Schulärzte gehen durch die Hand des Kreisarztes.

8. Unbedingt nothwendig ist eine hygienische Vorbildung der Lehrer; dieselbe kann zwar den Schularzt nicht ersetzen, doch wird durch das Hand in Hand gehen hygienisch vorgebildeter Lehrer mit dem Kreisarzte auch in den ländlichen Schulen den gesundheitlichen Forderungen mehr als bisher Rechnung getragen werden.

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion, indem ich bemerke, dass der Referent die von ihm aufgestellten Leitsätze nicht zur Abstimmung bestimmt hat.

Herr Kreisarzt und Geh. Med.-Rath Dr. **Koppen**-Heiligenstadt: Ich bin wohl mehr, als ein anderer der hier anwesenden Kollegen, in der glücklichen Lage gewesen, seit mehreren Dezennien mit der praktischen Gesundheitspflege in der Schule mich beschäftigen zu können. Als Impfarzt, wie mit der Aufsicht über die Behandlung der granulosekranken Schulkinder beauftragt, kam ich mindestens zweimal jährlich, oft monatlich, in alle Schulen des Kreises. Ausserdem hatte die Königliche Regierung zu Erfurt schon in den 70er Jahren den Kreisphysikern die Berechtigung, ja sogar den Auftrag ertheilt, so häufig als möglich, die ihr unterstellten Schulen auch während des Unterrichtes zu besuchen; so dass wir, was jetzt die Dienstanweisung fordert, schon längst geübt haben.

Ich habe immer bedauert, dass zwischen den Lehrern, Schulaufsichtsbehörden, den Gemeinde- und Baubehörden auf der einen Seite, und dem beamteten Arzte auf der anderen Seite kein festerer Zusammenhang bestand, wenn ich auch gerne bekenne, dass ich bei einer Reihe von Lehrern Verständniss für hygienische Fragen und Entgegenkommen gefunden habe. Vielfach trafen die einzelnen Behörden ohne Mitwirkung des beamteten Arztes ihre separaten Anordnungen nach der sanitärer Seite.

Die Neigung der verschiedenen Behörden, an der offiziellen Schulbesichtigung Theil zu nehmen, ist trotz Einladung eine äusserst geringe. Den Gemeindevorstehern mitgetheilte Anträge werden selten beachtet und, selbst durch Vermittelung des Herrn Kreislandrathes angeordnet, in meist unzweckmässiger und ungenügender Weise ausgeführt.

Ich lege das Hauptgewicht darauf, dass Verwaltungs-, Gemeinde-, Schulaufsichts- und Baubehörden mit dem Kreisarzte gemeinsam bezüglich der hygienischen Schulverhältnisse arbeiten. Zweimal im Jahre würde die vom Landrath auf Antrag der besichtigenden Behörde zu berufende Kommission gemeinsam in den gefährdensten Schulen gleichzeitig Besichtigungen vornehmen und gemeinsam wegen der Abhilfe von Missständen berathen müssen.

Die Bestimmung, dass dem Kreisarzte die Pläne von Neubauten zwecks hygienischer Begutachtung vorgelegt werden, ist sicher erspriesslich, aber ohne örtliche Besichtigung verspricht diese Massregel keinen Erfolg. Bezüglich der hygienischen Vorbildung der Lehrer habe ich trübe Erfahrung gemacht. Mit einem Gesuche, im katholischen Seminar meines Wohnortes jeden Winter 10—12 Stunden Schulhygiene vortragen und in der Uebungsschule jeder Zeit eintreten zu dürfen, um die unterrichtenden Seminaristen auf den Sitz etc. der Schüler aufmerksam zu machen, bin ich zu meinem grossem Bedauern abgewiesen.

Wenn auch die Schulbesichtigungen sicher segensreich sein werden, so müssen neben diesen her auch unerwartete abgehalten werden, da dann das Bild ein verändertes, aber wahres sein wird; dies wird besonders wegen des Urtheils über die Reinlichkeit der Lokale und der Kinder nöthig sein.

Die Sitzfrage angehend, so kann man an die Dorfschulkinder nicht die idealsten Anforderungen stellen. Die Königliche Regierung zu Erfurt hat in den letzten Jahren recht beträchtliche Beträge zur Beschaffung von Bänken mit dreierlei Sitzhöhe und einer mässigen Plusdistanz bewilligt. Aber selbst in diesen Bänken kann nur ein gesundheitliches Sitzen stattfinden, wenn die Kinder in den einzelnen Klassen nicht nach ihren Geistesleistungen, sondern nach ihren Körperverhältnissen gesetzt werden, was vorerst allerdings von einem Arzte ausgeführt werden muss, — weiter, wenn die Lehrer „sehen“

gelernt haben, wie die armen kleinen Geschöpfe sitzen. Beim Schreiben sitzen sie mit dem Steissknochen auf der Bank, die Beinchen schweben in der Luft, Kopf und Brust liegen schief auf der Bank, die Augen bis auf 10 cm Nähe vom Schreibpult. Ich habe auch Bauernkinder kurzsichtig, krumm und schief werden sehen.

Die Untersuchungen der Schulkinder auf Gesundheit anlangend, so muss man von den Lehrern zu erfahren suchen, welche Kinder Erscheinungen von Kurzsichtigkeit, Schwerhörigkeit, von Lungen- und Herzkrankheiten etc. darbieten, und diese einer Spezial-Untersuchung unterwerfen. Weiter dürfte, abgesehen von den in der Anweisung genannten Krankheiten auch den Hals- und Nackendrüsen, sowie der Zahnbeschaffenheit Aufmerksamkeit zuzuwenden sein.

Endlich ist es nöthig, sich nach der Ernährung der Kinder zu Hause, wie in der Schule, und nach dem Gesundheitszustande der Eltern zu erkundigen.

H. Kreisarzt Dr. Hoche-Geestemünde: In einem Punkte muss ich dem Kollegen Berger entgegentreten, er betrifft die Schulvorstände. Es sollten m. E. Besprechungen mit den Schulvorständen vermieden, die weiteren Erwägungen völlig den Regierungen überlassen werden. Im Reg.-Bez. Stade wenigstens, wo schon seit nunmehr 6 Jahren Schulbesichtigungen in der Art der durch die Medizinalreform eingeführten stattfinden, wurde uns alsbald mit Rücksicht auf Unzuträglichkeiten, welche die Besprechungen mit den Schulvorständen zu Folge hatten und die nur zu leicht eine Desavouirung des betreffenden Kreisarztes veranlassen, die Anweisung ertheilt, uns in Bezug auf nöthige Aenderungen jeder Rathsertheilung den Schulvorständen gegenüber zu enthalten. Meines Erachtens mit vollem Recht.

H. Ober-Reg.-Rath Fliedner-Cassel. Was die Schulvorstände betrifft, so kommt es darauf an, aus welchen Personen sie bestehen. Meist sind es Bürgermeister, Schulzen, Hausväter u. s. w., bei denen im Allgemeinen nur geringes Verständniss vorhanden ist. Hier im Regierungsbezirk ist es anders: In den Landgemeinden besteht der Schulvorstand aus Landrath und Pfarrer; sie bilden die beiden Personen des Vorstandes, während in den Städten Schuldeputationen bestehen. Nothwendig erscheint es, festzusetzen, wer hinzugezogen werden soll. Im hiesigen Bezirk würde die Zuziehung des Schulvorstandes sich gut machen lassen; ob dies aber allgemein möglich ist, darüber möchte ich eine Entscheidung im Augenblicke nicht abgeben.

Med.-Rath Dr. Dütschke-Arnsberg: Gestatten Sie mir, m. H., dass auch ich zu einigen der von dem Herrn Vortragenden aufgestellten Schlusssätze das Wort ergreife und Ihnen gleichzeitig die Erfahrungen mittheile, welche wir im Regierungsbezirk Arnsberg bezüglich der Thätigkeit des Kreisarztes auf dem Gebiete der Schulhygiene bislang gemacht haben.

Zunächst hat es sich bei uns sehr bald herausgestellt, dass es unmöglich ist, die vorgeschriebenen Schulbesichtigungen mit den Ortsbesichtigungen zu vereinen. (Sehr richtig.) Der Herr Regierungspräsident hat deshalb auch kein Bedenken getragen, den Anträgen verschiedener Kreisärzte, die Schulbesichtigungen in Gestalt von Rundreisen auszuführen, stattzugeben, und kann ich auf Grund unserer Erfahrungen nur dazu rathen, diesem Beispiel zu folgen. Die grosse Schwierigkeit bei den Schulbesichtigungen bildet ja bekanntlich die Untersuchung der Schulkinder selbst, welche nur während der Unterrichtsstunden in der Schule vorzufinden sind; der Kreisarzt muss daher für die nutzbringende Ortsbesichtigung einen grossen Theil seiner Zeit verlieren, wenn er Ortschafts- und Schulbesichtigung gleichzeitig vornehmen will an einem Tage, besonders wenn die Zahl der Schulen und der Schüler eine grosse ist, wie in manchen unserer industriellen Orte mit ländlichem Charakter.

Was sodann die Prüfung der Baupläne der neu zu errichtenden Schulen durch den Kreisarzt anbetrifft, so war es Anfangs mit einigen Schwierigkeiten verknüpft, eine Einigung darüber zu erzielen, wie weit sich die hygienische Prüfung der Baupläne durch den Kreisarzt erstrecken solle, ob eine Prüfung der Pläne und Beschreibungen allein genüge, oder ob hierzu auch eine Untersuchung des Baugrundes, der Grundwasserverhältnisse u. s. w. durch den Kreisarzt erforderlich sei. Ich persönlich vertrete den Standpunkt, dass eine örtliche Besichtigung des Baugrundes durch den Kreismedizinal-

beamten, verbunden mit Ausschachtungen, erforderlich ist, um feststellen zu können, ob der Baugrund gesund und geeignet ist für einen Schulneubau. Mit Rücksicht aber auf die nicht unerheblichen Kosten, welche durch diese Reisen erwachsen würden, ist im Regierungsbezirk Arnsberg die Anordnung getroffen, dass der Kreisarzt nur dann eine örtliche Besichtigung und Untersuchung des Baugeländes vornimmt, wenn aus dem ihm zugestellten Material, den Bauplänen, der Baubeschreibung u. s. w. nicht mit Sicherheit erhellt, dass Baugrund und Trinkwasserverhältnisse einwandfrei sind. Hierüber hat der Kreisarzt sich pflichtgemäss zu äussern und eine örtliche Besichtigung zu beantragen, welchem Verlangen dann auch stets bei genügender Begründung stattgegeben wird.

Nicht richtig, und vor allem nicht im Interesse des Kreisarztes liegend muss ich es bezeichnen, wenn letzterer, wie der Herr Vortragende es wünscht, nach erfolgter Schulbesichtigung sich sofort mit den Schulvorständen persönlich in Verbindung setzt behufs Abstellung der gerügten Mängel. Dieses Verfahren schliesst die grosse Unannehmlichkeit in sich, dass später von der Schulabtheilung event. die von dem Kreisarzt gemachten Vorschläge zur Abstellung der Mängel keine Billigung erfahren, oder die Mängel überhaupt nicht als in hygienischer Beziehung bestehend anerkannt werden, wodurch dann die persönliche Stellung des Kreisarztes zu den Schulvorständen, Schulinspektoren, Lehrern u. s. w. leicht beeinträchtigt wird. Im Bezirk Arnsberg hat sich bisher das Verfahren gut bewährt, dass der Kreisarzt auf dem Schulbesichtigungsformular einfach die Monita aufführt, welche er gezogen hat und seine Abänderungsvorschläge hinzufügt, und dass die Schulabtheilung sodann unter Mitwirkung des medizinisch-technischen und hochbautechnischen Dezernenten in einer den thatsächlichen Bedürfnissen Rechnung tragenden Weise und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit und der örtlichen Verhältnisse, den Schulgemeinden aufgiebt, welche Mängel abzustellen sind und in welcher Weise dieses zu geschehen hat. Warnen möchte ich davor, im Anfang jetzt die Forderungen zu hoch zu schrauben und nicht nur Musterschulen zu verlangen; ich bin überzeugt, dass wir weit mehr erreichen werden, wenn wir hier langsam und zielbewusst vorgehen. (Sehr richtig.)

Wie schon von einem der Herren Vorredner hervorgehoben wurde, bleibt die Subsellienfrage stets der wichtigste Punkt in der ganzen Schulhygiene und ehe die Subsellienfrage glücklich gelöst sein wird, werden noch viele Jahre vergehen! Das Haupthinderniss, auch bei der Subsellienfrage, bildet der Kostenpunkt. Mit geradezu photographischer Treue wiederholt sich bei den Schulbesichtigungen der Kreisärzte stets dasselbe Bild: der Kreisarzt findet bei der Untersuchung eine erhebliche Zahl von Schulkindern mit Skoliosen, Kurzsichtigkeit u. s. w. und muss, nachdem er die völlig ungeeigneten, dem Alter der Schulkinder nicht angepassten Schulbänke gesehen hat, die festgestellten Leiden mit den ungenügenden Subsellien in ursächlichen Zusammenhang bringen; er berichtet in diesem Sinne und hält die Beschaffung neuer, hygienisch einwandfreier Bänke für durchaus erforderlich, und die Schulabtheilung verfügt durch die Hand des Landraths im Sinne des Kreisarztes. Nach einiger Zeit berichtet der Amtmann, dass der Schulvorstand die erst vor kurzem vielleicht beschafften Bänke noch für sehr gut und brauchbar halte, und dass die Gemeinde nicht in der Lage sei, neue Bänke zu beschaffen; der Landrath giebt diesen Bescheid des Schulvorstandes weiter an die Schulabtheilung, indem er warm befürwortet, „bei der anerkannten Mittellosigkeit und den ohnehin schon hohen Steuerumlagen die finanzielle Lage der Gemeinde nicht noch mehr zu verschlechtern“ und die Sache bleibt beim Alten, bis eine erneute Schulbesichtigung dieselben Verhältnisse wie vor 5 Jahren wieder zeigt. Hier kann eben nur die Zeit helfen und vor allem sollte der Kreisarzt bei der Prüfung der Projekte von Neubauten der Subsellienfrage seine ganze Aufmerksamkeit widmen und verlangen, dass bei der Baubeschreibung auch die Schulbankfrage gleich in hygienischem Sinne richtige Erledigung findet; hier muss er eingreifen und wird sicherlich nutzbringend dadurch wirken.

Was schliesslich die hygienische Vorbildung der Lehrer anbelangt, so habe ich auch dieselben günstigen Eindrücke und Erfahrungen gewonnen bei der Ertheilung hygienischen Unterrichts, wie der Herr Vortragende. In meinem früheren Wirkungskreise in Aurich habe ich im dortigen Schul-

lehrerseminar während eines Semesters 12—24 Vorträge aus dem Gesammtgebiet der Gesundheitslehre, insbesondere aus dem Gebiete der Schulhygiene gehalten und ich habe selten ein so aufmerksames und sich für den Gegenstand interessirendes Auditorium vor mir gehabt, auch erfreuliche Resultate bei der Ausbildung dieser jungen Leute im Samariterdienst zu verzeichnen gehabt, wie hier. Das Verständniss für die Nothwendigkeit der Ausbildung der jungen Lehrer auf den Seminarien in der Gesundheitspflege scheint aber bei der vorgesetzten Stelle der Schullehrerseminare nicht allgemein vorzuherrschen, und der Wunsch, die angehenden Lehrer auch hierin auszubilden, nicht allgemein getheilt zu werden; denn als der damalige Seminardirektor in Aurich auch im nächsten Semester wiederum darum bat, die hygienischen Vorlesungen aufzunehmen und dieserhalb an seine vorgesetzte Behörde berichtete, unter gleichzeitiger Stellung des Antrages, dem Seminararzte hierfür auch eine Vergütung zu bewilligen, was bislang nicht geschehen war, wurde der Antrag wegen Mangels an Mitteln abgelehnt mit dem Hinzufügen, dass die ohnehin schon stark besetzte Zeit der Seminaristen zweckmässig nicht noch mehr durch diese Unterrichtsstunden in Anspruch genommen würde! Ich muss hiernach annehmen, dass man an massgebender Stelle die hygienische Vorbildung der Lehrer auf den Seminaren z. Z. noch nicht überall für erforderlich hält.

Und in der That hat die hygienische Vorbildung der Lehrer auch recht bedenkliche Seiten, wie ich jüngst selbst gelegenlich der Bearbeitung der Kurfuschereifrage zu ersehen Gelegenheit hatte. Ich war gerade erstaunt, aus dem mir zugängigen reichen statistischen Material der ganzen Monarchie die Thatsache entnehmen zu müssen, dass ein grosser Theil der Lehrer sich zu den begeistertsten Anhängern der Naturheilmethode bekennt und mit Schrift und Wort in oft massloser Weise für die Naturheilmethode eintritt und die Schulmedizin sowie das Impfwesen in jeder Weise bekämpft. Besonders charakteristisch sind in dieser Hinsicht die Schilderungen, welche aus dem Regierungsbezirk Oppeln vorliegen, aber auch aus anderen Bezirken wird über das häufige Pfuscherthum der Lehrer berechtigte Klage geführt. Solche Thatsachen, m. H., geben ernstlich zu denken und dass durch allzu hygienische Belehrung der Lehrer das Kurpfuscherthum immer mehr gestärkt und gefördert werde, davor möchte ich doch allen Ernstes warnen und Sie bitten, diese Ausbildung der Lehrer in der Hygiene auf das richtige Mass zu beschränken, wollen Sie nicht das Unwesen des Pfuscherthums noch mehr zur Blüthe und Entwickelung bringen! (Bravo!)

Vorsitzender: M. H.! Ich kann mich im Grossen und Ganzen den Ausführungen des Herrn Vorredners anschliessen, nur in einem Punkte weiche ich von ihm ab, indem ich die Befürchtung nicht theile, dass die Lehrer durch eine grössere hygienische Vorbildung zu Kurpfuschern herangezogen werden. Im Gegenteil, gerade die Lehrer, welche keine solche Vorbildung genossen haben, treiben viel eher Kurpfuscherei, da sie keinen Begriff von den Gefahren der letzteren haben oder sich über diese Gefahren in gewissenloser Weise hinwegsetzen, was sie jedenfalls weniger thun werden, wenn sie hygienisch gründlich vorgebildet sind.

Die im Regierungsbezirk Arnsberg in Bezug auf die Betheiligung der Kreisärzte auf dem Gebiete der Schulhygiene gemachten Erfahrungen sind auch im Regierungsbezirk Minden beobachtet. Vor allem möchte ich betonen, dass der Kreisarzt bei der Begutachtung von Schulbauplänen sich stets vergegenwärtigen muss, dass, wenn er hierbei hygienische Mängel übersieht, diese ihm später gleichsam zur Last fallen; denn es wird ihm dann mit Recht der Vorwurf gemacht werden können, warum hast du nicht bei Prüfung des Bauplans die Mängel monirt und für ihre Abstellung Sorge getragen. Der Kreisarzt muss den Plan, wie H. Kollege Berger mit Recht fordert, gründlich durchstudiren, und zwar nicht nur die Bauzeichnungen, sondern auch den Erläuterungsbericht und den Kostenanschlag, aus denen er erst über viele Punkte die erforderliche Klarheit erlangen wird. Sehr häufig wird er z. B. auf dem Bauplan dreiflügelige Fenster für das Schulzimmer finden; unterlässt er es dann, einen Blick in den Kostenanschlag zu werfen, dann wird es vorkommen, dass bei diesen Fenstern nur ein Flügel zum Oeffnen eingerichtet wird, während zu fordern ist, dass entweder alle oder wenigstens die beiden Seitenflügel geöffnet werden können. Ebenso lassen sich nicht nur aus Kosten-

anschlag und Erläuterungsbericht die Art der Lüftung und Heizung, die Wasserversorgung, die Einrichtung der Aborte u. s. w. feststellen.

M. H.! Die Betheiligung der Medizinalbeamten bei den Schulbauten ist bekanntlich von den betheiligten Kreisen nicht gerade mit Freude begrüsst; dies gilt besonders auch von den Bautechnikern, die unsere Mitwirkung vielfach als nebensächlich und überflüssig ansehen, ebenso wie die Gewerbeaufsichtsbeamten unsere Betheiligung auf dem gewerbehygienischen Gebiete. Mit der Zeit wird der Kreisarzt aber auch von den Kreisbaubeamten als gleichberechtigt beim Bau von Schulen angesehen werden, besonders wenn er es vermeidet, sich in rein bautechnische Fragen hinein zu mischen. Um Meinungsverschiedenheiten zwischen diesen beiden Beamten zu vermeiden, ist es überhaupt nothwendig, dass der Kreisarzt den Bauplan stets zuerst zur Prüfung erhält, damit der Kreisbaubeamte bei der darauf von ihm vorzunehmenden Prüfung sich auch darüber äusseren kann, ob und in welcher Art und Weise die hygienischen Forderungen des Kreisarztes bautechnisch auszuführen sind. Sehr zweckmässig ist es weiterhin, dass die Schlussabnahme des Schulbaues nicht durch den Kreisbaubeamten allein, sondern unter Mitwirkung des Kreisarztes erfolgt, um festzustellen, ob der Bau auch wirklich dem genehmigten Bauplan gemäss ausgeführt ist. Sehr häufig geschieht dies nicht; es sind manche von der Aufsichtsbehörde gestellte Anforderungen unberücksichtigt geblieben oder nachträglich ganz erhebliche Aenderungen ohne zuvorige Genehmigung vorgenommen, da sich bekanntlich manche ländliche oder städtische Bautechniker sehr gern über die nach ihrer Ansicht „kleinlichen" Anforderungen der Aufsichtsbehörde hinwegsetzen und hierfür bei den Gemeinden jederzeit ein williges Ohr finden, besonders wenn ein paar Mark gespart werden. Gegen solche Eigenmächtigkeiten hilft nur strenge Schlussabnahme; wird dann die sofortige Beseitigung der hierbei vorgefundenen Mängel verlangt, und ist dies erst in den betheiligten Kreisen bekannt, so werden ähnliche Vorkommnisse immer seltener werden. Im Reg.-Bez. Minden ist deshalb auch die Bestimmung getroffen, dass ein Schulbau nicht eher in Benutzung genommen werden darf, als bis er durch den Kreisbaubeamten in Gemeinschaft mit dem Kreisarzte besichtigt ist.

Bei den Revisionen der bestehenden Schulen ist es zweifellos oft äusserst schwierig, die Beseitigung hygienischer Mängel zu erreichen; handelt es sich doch hier meist um alte, schon vor 20 Jahren und noch länger erbaute Schulen, die in gesundheitlicher Hinsicht ungemein viel zu wünschen übrig lassen. Sehr häufig wird hier der Kreisarzt zu dem Schlussergebniss kommen, es muss unbedingt eine neue Schule gebaut werden; dies ist aber auch nicht immer sofort durchzusetzen, besonders wenn die betreffende Gemeinde sich nicht in guter finanzieller Lage befindet und kein Staatszuschuss zu erreichen ist. Auf der anderen Seite ist es aber bedenklich, wenn der Kreisarzt vielleicht aus finanziellen Rücksichten oder, um der Gemeinde keine Schwierigkeiten zu machen, über manche Mängel gleichsam den Mantel der Liebe deckt. Er muss im Gegentheil stets den wahren Thatbestand in der Verhandlung aufnehmen, ohne Rücksicht darauf, was dann geschieht, ob sich die Abstellung aller Mängel erreichen lässt oder nicht, sonst wird ihm, wenn er etwa vorhandene Mängel ignorirt oder übersieht, und sie erst bei späteren Revisionen monirt, sehr leicht der Einwand gemacht werden, dass er früher ja alles gut befunden habe. Eine Schulbesichtigung erfordert deshalb auch ziemlich viel Zeit und lässt sich mit den Ortsbesichtigungen nur in kleinen Ortschaften verbinden. Die vorgefundenen Mängel werden am zweckmässigsten durch einen Strich am Rande der Verhandlung kenntlich gemacht; für ihre Abstellung hat dann der Landrath und die Aufsichtsbehörde zu sorgen. Dieserhalb schon bei der Besichtigung mit den Schulvorständen in Verhandlung zu treten, halte ich nicht für richtig. Solche idealen Zustände wie im Reg.-Bez. Cassel, wo alles nur mit dem Landrath und Pfarrer erledigt werden kann, sind in den andern Regierungsbezirken nicht vorhanden; hier hat man es in erster Linie mit den Schulvorständen zu thun, die allen hygienischen Forderungen gegenüber sich meist sehr ablehnend verhalten. In dem Begleitbericht an die Aufsichtsbehörde wird der Kreisarzt ausserdem auszuführen haben, welche Mängel in erster Linie der Abhülfe bedürftig sind; aber auch hier empfehle ich ihnen, mit Rücksicht auf die etwaigen Kosten nicht zu schüchtern zu sein; ist die belastende Gemeinde nicht leistungsfähig, so gewährt ja in den meisten Fällen der Staat einen entsprechenden Zuschuss.

M. H.! Nach der Dienstanweisung ist eine hygienische Ueberwachung

der Schulen durch die Kreisärzte nur bei den der Regierung unterstellten Schulen, also in erster Linie bei den Volks- und Mittelschulen vorgesehen. M. E. ist aber eine solche ebenso nothwendig für die höheren Schulen. Wenn wir an unsere Gymnasialzeit zurückdenken, so werden wir uns erinnern, dass in diesen Schulen nicht minder gegen die fundamentalen Grundsätze der Hygiene gesündigt wird; und als Väter wird uns aus den Erzählungen unserer Söhne bekannt sein, dass es in dieser Hinsicht seitdem nicht viel besser geworden ist. Der Kreisarzt kommt amtlich z. Z. nur verhältnissmässig selten in höhere Schulen; wenn er aber dazu Gelegenheit gehabt hat, dann wird er sicherlich auch die Beobachtung gemacht haben, dass hier noch recht viel verbesserungsbedürftig ist. Eine schulhygienische Aufsicht durch die Medizinalbeamten und die Anstellung von Schulärzten ist daher für die höheren Schulen ebenso nothwendig wie für die Volksschulen.

Auch auf die Lehrmittel ist bei den Schulbesichtigungen zu achten; sehr häufig ist der Druck der allgemein eingeführten Schulbücher zu klein; die schwarze Farbe der Schultafeln so mangelhaft, dass die Kreideschrift kaum von den Schülern auf den vordersten Bänken deutlich zu lesen ist.

M. H.! Sie sehen, dass die Thätigkeit des Kreisarztes auf schulhygienischem Gebiete in Verbindung mit den Schulärzten eine ausserordentlich segensreiche sein kann; wir befinden uns nach dieser Richtung hin, wie der H. Referent sehr richtig bemerkt hat, im Anfangsstadium unserer Bemühungen; es werden noch Jahre vergehen, ehe diese vollständig in Fluss sind, und ehe wir das erstrebte Ziel erreichen werden. Aber wenn wir dieses Ziel stets vor Augen behalten, dann wird auch der Erfolg nicht ausbleiben. (Bravo!)

H. Kreisarzt Dr. Berger (Schlusswort): Es freut mich, dass noch eine Reihe von Punkten zur Sprache kamen. Hätte ich alles das auch erörtern wollen, so hätte ich über 2 Stunden zu sprechen gehabt. Die örtliche Besichtigung des Baugrundstücks halte auch ich für nöthig, in Württemberg hat der Bezirksarzt die Besichtigung vor der Wahl vorzunehmen. Reinlichkeit der Hände, der Ohren habe auch ich beachtet. Die Bankfrage kann man in einem Vortrage nicht erschöpfen; es giebt allein an 200 verschiedene Modelle und ebenso viele Schriften darüber. Die schiefen Rücken bei den Bauernkindern, die der Kollege aus Heiligenstadt beobachtet hat, fand ich weit weniger als bei Stadtkindern, vermuthlich weil auf dem Lande durch die körperliche Bewegung die Schulhaltung wieder ausgeglichen wird. Was die Nahrung anlangt, so werden im Kanton St. Gallen den Schulkindern Zettel nach Hause mitgegeben, worin zweckmässige Ernährung angegeben und empfohlen wird. Dass die Ortsbesichtigungen mit den Schulbesichtigungen an einem Tage vorgenommen werden, dürfte wohl die Regel sein. Betonen möchte ich noch, dass die ersten Orts- und Schulbesichtigungen nicht genau genug vorgenommen werden können, weil sie ein richtiges bleibendes Bild geben sollen, nach dem man sich später bei Begutachtungen richten kann.

Vorsitzender: Im Namen des Vereins spreche ich dem Herrn Referenten unsern verbindlichsten Dank aus. Seine Ausführungen, sowie die Diskussion darüber werden voraussichtlich zur Klarstellung über manche Punkte dieser wichtigen Frage beitragen; gerade zu diesem Zweck war dieselbe auf die heutige Tagesordnung gestellt.

V. Vorstandswahl. Bericht der Kassenrevisoren.

Auf Vorschlag des Kreisarztes Geh. Med.-Rath Dr. Wiedner-Kottbus wird der bisherige Vorstand ohne Widerspruch durch Zuruf wiedergewählt. Der Vorsitzende nimmt die Wahl dankend an, auch im Namen der übrigen Vorstandsmitglieder.

Nach dem von den Kassenrevisoren erstatteten Bericht

sind die Einnahmen und Ausgaben richtig und mit den Belegen übereinstimmend befunden. Dem Vorsitzenden wird als Kassenführer demzufolge auf Antrag der Kassenrevisoren Entlastung ertheilt.

VI. Ueber postmortale Verdauung.

H. Gerichtsarzt Dr. **Hoffmann**-Elberfeld: M. H.: Wenn ich daran gehe, Ihnen Einiges über die postmortale Verdauung vorzutragen, so bin ich mir der Schwierigkeit des Themas wohl bewusst.

Zunächst muss ich Sie um Entschuldigung bitten, dass Ihnen mein Vortrag kein vollendetes, abgerundetes Ganze bringt, ich muss Sie vielmehr bitten, meine Darbietungen als „vorläufige Mittheilungen“ anzusehen, die noch der Erweiterung und Ergänzung bedürfen; denn einerseits stand mir nicht genügendes Material zur Verfügung, anderseits ergaben sich im Laufe der Untersuchungen Fragen, deren Beantwortung durch weitere Experimente versucht werden soll. Die komplizirten Untersuchungen über den Chemismus der Magenverdauung — um diese handelt es sich zunächst — und über die Resorption der Nahrungsstoffe haben den Forschern die verschiedensten Schwierigkeiten in den Weg gelegt, und trotz der darauf verwandten Arbeit und Mühe sind diese Vorgänge bis in die kleinsten und entferntesten Einzelheiten auch heute noch nicht völlig klar gelegt.

Sie müssen ohne Weiteres zugeben, dass es von eminent praktischer Bedeutung für den Gerichtsarzt wäre, wenn er aus dem Befunde im Magen des Verstorbenen, aus dem Verhalten des Speisebreies u. s. w. sichere Rückschlüsse ziehen könnte auf die Zeit und Art der letzten Mahlzeit, auf die Zeit des Todes u. s. w. Doch sind das zunächst fromme Wünsche und werden es vor der Hand auch noch bleiben; vor allen Dingen auch deswegen, weil wir gar nicht wissen, was für eine Wirkung der Tod auf die Sekretionsvorgänge hat, ob nicht im Momente des Todes diese Funktionen nach der einen oder anderen Seite hin plötzlich beeinflusst werden. Ich habe nun Untersuchungen am Mageninhalte Gestorbener vorgenommen, um zu sehen, ob in diesen Mägen die Verdauung noch weitere Fortschritte macht. Bevor ich jedoch auf diese Versuche näher eingehe, gestatten Sie mir, dass ich Einiges aus dem Gebiete der Untersuchungen des Magensaftes wiederhole, wenn dieses Ihnen auch voraussichtlich längst bekannt ist. Ich stütze mich bei diesen meinen Ausführungen hauptsächlich auf das in dem Nothnagel'schen Sammelwerke erschienene Lehrbuch über die Erkrankungen des Magens von Riegel und auf das Werk von Boas.

Sie wissen, m. H., dass der normale Magensaft Salzsäure enthält, und dass ein Magen seine Funktion nur dann richtig erfüllt, wenn er an Salzsäure einen gewissen Ueberschuss produzirt, den man die „freie Salzsäure“ nennt. Ist freie Salzsäure im Magensafte nicht nachweisbar, so ist die verdauende Kraft des Magens minderwerthig.

Den Grad dieser Minderleistung bestimmt man dadurch, dass man dem betreffenden Magensafte noch so viel Salzsäure zusetzt, bis die eintretende Farbstoff-Reaktion zeigt, dass jetzt alle Affinitäten gesättigt sind und freie HCl vorhanden ist; es ist dieses die sogenannte Defizit-Bestimmung. Im Gegensatze zu dieser „freien Salzsäure" steht der Nachweis der Gesammtheit der vorhandenen Salzsäure, d. h. also der freien HCl, die noch Verdauungsarbeit leisten kann, plus der gebundenen, die solche Arbeit bereits verrichtet hat. Die Menge der gesammten Salzsäure können wir berechnen, wenn wir zunächst wissen, wie viel Chlor im Speisebrei vorhanden ist. Diese Gesammtchlormenge wird bestimmt nach einem von Martius und Lüttke angegebenen Verfahren, welches das Chlor in Chlorsilber überführt.

Ausserdem haben wir noch weiter zu eruiren den Gehalt des Magensaftes an Säure überhaupt, die Gesammt-Aciditât des Mageninhaltes. Der Nachweis dieser Gesammt-Aciditât, bei welcher man natürlich alle sauren Faktoren des Mageninhaltes berücksichtigt (freie und gebundene Salzsäure, organische Säuren und saure Salze) wird geführt durch Titriren mit $^1/_{10}$ Normalnatronlauge. Die Zahl der Kubikzentimeter, die man von dieser Lauge braucht zur Neutralisation von 100 cbcm Mangeninhalt, giebt uns den „Aciditätsgrad" an.

An die Untersuchung des Mageninhaltes auf Salzsäure schliesst sich naturgemäss die auf Pepsin an; in der Regel ist da, wo ein Ueberschuss an Salzsäure vorhanden ist, auch Pepsin in genügender Menge vorhanden; ja selbst da, wo dieser Salzsäure-Ueberschuss fehlt, wo also keine freie HCl nachweisbar ist, selbst da ist meistens Pepsin noch vorhanden, weil die pepsinbildende Funktion des Magens aussergewöhnlich viel dauerhafter und bedeutend widerstandsfähiger gegenüber krankmachenden Einflüssen ist, als die HCl bildende Kraft. Zum Nachweis des Pepsins oder vielmehr einer Vorstufe desselben, des Pepsinogens, bedient man sich der Eigenschaft des Pepsins, mit Säuren zusammen, besonders mit Salzsäure, koagulirtes Eiweiss in die lösliche Form der Albumosen zu verwandeln. Zu diesem Zwecke werden in ein bestimmtes Quantum eines Magensaftfiltrates, dem soviel HCl zugesetzt ist, dass auf Kongo-Papier eine deutliche Reaktion hervortritt, Fibrinstücke gelegt, die mit Karmin gefärbt sind; das Ganze wird in den Brutofen gebracht, wo bei konstanter Bluttemperatur in einer gewissen Zeit eine Auflösung des Fibrins erfolgt, wenn Pepsin im Magensafte vorhanden ist. Eine zweite Methode, die auch etwas mehr über die Intensität der Pepsin-Verdauung Aufschluss giebt, besteht darin, dass Glasröhrchen von bestimmter Länge und bestimmtem Durchmesser mit Hühnereiweiss vollständig gefüllt werden; das Hühnereiweis wird dann so zum Gerinnen gebracht, dass die Röhrchen vollkommen davon erfüllt sind. Kommen nun die Röhrchen in den angesäuerten Magensaft und mit ihm in den Brutofen, so kann man nach einer bestimmten Zeit (12, 24 Stunden u. s. w.) mit Hülfe der Lupe genau ablesen, wie wiel Millimeter dieser Eiweissröhre verdaut sind.

Und nun noch Eins. Sie wissen, m. H., Prof. v. Mering hat auf Grund seiner Versuche über die Funktion des Magens sagen können: „Die Resorption von Alkohol, Kohlehydraten (Zucker, Dextrin) Pepton und Kochsalz im Magen erinnert in mancher Beziehung — im Gegensatze zu der Resorption im Darme — an den physikalischen Prozess der Diffusion.“ Das Wesen der Diffusion ist Ihnen Allen bekannt: es ist die allmähliche Mischung zweier mit einander in Berührung befindlicher Flüssigkeiten, die mischende Kraft ist die Bewegung; wirkt aber bei dieser Mischung der durch eine Scheidewand getrennten Flüssigkeiten ein gewisser Druck mit, so sprechen wir von Osmose und nennen den Druck den osmotischen Druck. Dieser osmotische Druck einer Lösung ist bei konstanter Temperatur proportional der Konzentration dieser Lösung.

Wir können also, wenn wir den osmotischen Druck einer Lösung kennen, auf ihre Konzentration schliessen. Und diesen Druck bestimmen wir durch Ermittelung des Siedepunktes oder des Gefrierpunktes einer Lösung. Lösungen von gleicher Gefrierpunktserniedrigung haben auch gleichen osmotischen Druck. Diese Gefrierpunkts-Bestimmungen werden vorgenommen mit dem Beckmann'schen Gefrierapparat.[1]) Man bestimmt zunächst den Gefrierpunkt von destillirtem Wasser, der verschieden ist je nach den im Wasser enthaltenen Verunreinigungen, die hauptsächlich durch Gase (Kohlensäure) bedingt sind. Das Beckmann'sche Thermometer gestattet nämlich, da an ihm jeder einzelne Grad in 100 Theile getheilt ist, mit der Lupe das Ablesen sogar von tausendstel Graden. Dann wird der Gefrierpunkt der zu untersuchenden Flüssigkeit festgestellt und aus der Differenz (Gefrierpunkt der Flüssigkeit minus Gefrierpunkt des Wassers) ergiebt sich die gesuchte Gefrierpunktserniedrigung, die nun ihrerseits einen Schluss auf den osmotischen Druck und damit auf die Konzentration der untersuchten Flüssigkeit gestattet.

Diese geschilderten Untersuchungsmethoden haben bei meinen Versuchen Anwendung gefunden, um Aufschluss zu erhalten über die Fragen: Dauert die Verdauung auch noch nach dem Tode an, wie lange, ehe die mehr oder weniger schnell eintretende Fäulniss das Bild verwischt und die Beobachtungen stört, und worin dokumentirt sich der Fortschritt in der Verdauung?

In dem im vorigen Jahre erschienenen 21. Bande der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin findet sich eine Arbeit aus dem gerichtlich-medizinischen Institute der Universität Genua von Carlo Ferrai über diese Frage. Er nahm Würfel von geronnenem Eiweiss, die ein bestimmtes Gewicht hatten, gab sie Hunden ein und zwar so, dass die Versuchsthiere diese Würfel unzerkleinert schlucken mussten. Kürzere oder längere Zeit nach dieser Mahlzeit wurden die Hunde getödtet und nun an dem Gewichtsverluste der Eiweisswürfel der Fortschritt in der Verdauung fest-

[1]) Siehe Köppe: Physikalische Chemie in der Medizin.

gestellt. Von den Schlusssätzen, in die Ferrai das Resultat seiner Arbeit zusammenfasst, interessiren hauptsächlich die folgenden:

„Der Magen eines Thieres, das bei beginnender Verdauung getödtet wurde, ist fähig, letztere nach der Tödtung fortzusetzen.

Die postmortale Verdauung des geronnenen Eiweisses seitens des Magens eines Hundes weist eine erhebliche Dauer und zwar eine mittlere von 7 bis 8 Stunden auf.

Die Steigerung der Temperatur des umgebenden Raumes verlängert die Dauer der postmortalen Verdauung, noch mehr aber steigert sie die Intensität der Verdauung.

Ist die Tödtung erfolgt, als die Verdauung bereits im Gange war, so ist es für die Intensität der Verdauung fast gleich, ob die Verdauung schon längere oder kürzere Zeit angedauert hatte.

Erfolgt die Tödtung aber unmittelbar bei Beginn der Mahlzeit, so ist die postmortale Verdauung weniger intensiv.

Die postmortale Verdauung steht in umgekehrtem Verhältnisse zur Quantität des Mageninhaltes, d. h. also, sie erfolgt in desto geringerem Grade, e grösser der Mageninhalt ist."

Ich habe, um die verdauende Kraft des Magens nach dem Tode festzustellen, zu meinen Versuchen einen anderen Weg als Ferrai gewählt. Bei Beurtheilung dieser Versuche muss ich jedoch an Ihre Nachsicht appelliren. Sie mögen bedenken, dass derartige Versuche ausserhalb eines Institutes, eines Krankenhauses oder dergleichen für den Einzelnen recht schwierig sind; um so dankbarer bin ich dem Herrn Kollegen Koll, Oberarzt der inneren Abtheilung des Krankenhauses zu Barmen, der mich nicht nur in liebenswürdiger Weise mit Rath und That unterstützte, sondern mir auch das Laboratorium des Krankenhauses und das Leichenmaterial zur Verfügung stellte. Auch den Herren Assistenzärzten dieses Krankenhauses bin ich für die mir bereitwilligst gewährte Hülfe zu besonderem Danke verpflichtet; konnte ich nicht sofort zur Stelle sein, so sprangen sie freundschaftlichst für mich ein.

Meine Versuche erfolgten in dieser Weise: Einer Leiche wurde sofort nach dem Tode eine bestimmte Nährflüssigkeit mittelst der Schlundsonde einverleibt und zwar theils nachdem der Magen ausgespült war, bis die Spülflüssigkeit vollkommen klar abfloss, theils auch ohne diese Spülung vorgenommen zu haben, weil vielleicht schon die Spülung an und für sich eine Läsion oder Alteration der Schleimhaut des Magens bedeutete. Als Nahrung wurde eine Lösung benutzt, die 2 % Dextrin und 1 % Hühnereiweiss enthielt und der eine Prise Kochsalz zugesetzt war. Die äusseren Verhältnisse waren stets ungefähr die gleichen: die Leiche wurde unmittelbar nach eingetretenem Tode in die Leichenhalle verbracht und dort sofort die Schlundsonde eingeführt. Es wurden solche Leichen gewählt, deren Mägen als solche nicht erkrankt waren. Die Temperatur der Umgebung schwankte innerhalb mässiger Grenzen. In gewissen Abständen wurden dann Proben des Mageninhaltes zur Untersuchung entnommen. Versuche, bei denen keine Nährflüssigkeit gereicht, sondern der Mageninhalt als solcher in gewissen Zeitabschnitten untersucht wurde, sind vorläufig nicht vorgenommen, da zur Zeit geeignetes Material fehlte.

Die Reihe der Versuche ist nicht gross genug, um alle Irrthümer auszuschliessen; die Resultate lassen auch eine gewisse

Regelmässigkeit vermissen; nur das Eine kehrte bei allen wieder: eine Abscheidung von Salzsäure nach dem Tode fand nicht mehr statt. — Schon das spezifische Gewicht zeigte kein regelmässiges Verhalten: ein Mal nahm dasselbe ab, ein anderes Mal zeigte sich wieder eine Erhöhung; vielleicht spielt hier die Abscheidung von Wasser eine Rolle. Man darf auch nicht übersehen, dass sehr wohl durch Offenstehen des Pylorus Aenderungen des Mageninhaltes vorkommen können, möglicher Weise werden darüber spätere Untersuchungen des Mageninhaltes, die auf das Vorhandensein von Galle gerichtet sind, Aufschlüsse geben.

Wie schon gesagt, Salzsäure wurde nach dem Tode nicht mehr abgeschieden; bei allen Versuchen musste die zugesetzte Salzsäure-Menge eine Steigerung erfahren, ehe die Farbstoff-Reaktion zeigte, dass freie Salzsäure vorhanden war. Dagegen zeigte die Gesammt-Acidität fast stets eine Zunahme; nur ein Mal blieb sie sich gleich, niemals wurde eine Abnahme der Gesammt-Acidität konstatirt. Weitere Untersuchungen sollen festzustellen versuchen, worauf diese Zunahme, bei deren Nachweis ja ausser der Salzsäure auch die organischen Säuren und die sauren Salze berücksichtigt werden müssen, zurückzuführen ist, ob sie nicht durch die Anwesenheit organischer Säuren, vor allen Dingen durch Milchsäure, bedingt wird.

Auf die Resultate der Bestimmung des Gehaltes an Gesammtchlor möchte ich zunächst nicht eingehen, einmal weil die bisherigen Versuche eine einheitliche Deutung nicht zulassen, — die Gesammt-Chlormenge hatte abgenommen, hatte zugenommen und war sich gleich geblieben — zum anderen aber auch deshalb, weil mir die Bestimmungen des Gehaltes an Mineralchlor, d. h. an Chlor, das an Alkalien gebunden ist, fehlen und somit auch die Kenntniss von der absolut vorhandenen HCl-Menge, die Martius und Lüttke die „physiologisch wirksame“ HCl nennen.

Aus demselben Grunde müssen auch zunächst die Resultate der Gefrierpunkts-Bestimmungen unberücksichtigt bleiben. Es sei nur nach dieser Richtung hin angeführt, dass die Gefrierpunktserniedrigung immer grösser wurde, je später man die Probe entnahm, wobei bemerkt sei, dass bei den bisherigen Versuchen keine Probe später als 3 Stunden post mortem entnommen wurde.

Was nun den Nachweis von Pepsin angeht, so ist schon Anfangs darauf hingewiesen, dass die pepsinbildende Kraft des Magens viel dauerhafter und viel widerstandsfähiger ist, als die HCl-bildende; in Folge dessen wird es auch nicht Wunder nehmen, wenn in allen unseren Versuchen der Nachweis vom Vorhandensein von Pepsin als erbracht anzusehen ist.

Hierbei möchte ich nicht unterlassen, auf eine Erscheinung, einen Widerspruch hinzuweisen: wir sind gewöhnt, das Pepsin als ein Ferment zu betrachten, bei dessen Wirkung oder Wirksamkeit also die vorhandene Menge keine Rolle spielt, und doch trifft man immer und immer wieder auf Versuche, die einen quantitativen Nachweis des Pepsins anstreben.

Bei meinen Versuchen wurde sowohl Fibrin-Karmin, als auch

Hühnereiweiss von dem angesäuerten Mageninhalte verdaut, und zwar war die Verdauung in den ersten 24 Stunden post mortem am intensivsten, um in den folgenden 24 Stunden entweder ganz aufzuhören oder doch erheblich nachzulassen.

Das wäre ungefähr das, was die Versuche ergeben haben. Bestimmte Schlussfolgerungen zu ziehen oder Leitsätze aufzustellen, unterlasse ich aus naheliegenden Gründen: Die Versuche müssen eben noch vermehrt, erweitert und ergänzt werden, vielleicht darf ich in unserer Zeitschrift oder im nächsten Jahre Ihnen weiter über dieses Thema berichten.

Sie werden schon aus dem Wenigen, was ich Ihnen berichten konnte, ersehen haben, dass das Thema der postmortalen Verdauung uns des Interessanten und Anregenden genug bietet. Und wenn im Verfolg dieses Interessanten und Anregenden auch zunächst kein praktischer Nutzen für den Gerichtsarzt herausspringen sollte, wie ich nach dem Verlaufe der bisherigen Versuche fast fürchten möchte, so haben diese Versuche doch insofern sicher ihre Berechtigung, als sie beitragen sollen zur Erreichung des Zieles unserer Spezialdisziplin, das ja auch das Ziel ist der gesammten Medizin und Naturwissenschaft, nämlich: mitzuarbeiten an der Erforschung der Wahrheit!

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion.

H. Prof. Dr. **Strassmann**-Berlin: M. H.! Der Herr Vortragende hat es vermieden, bereits Schlüsse aus seinen Untersuchungen zu ziehen. Immerhin glaube ich, dass man nach seinen und Ferrai's Versuchen als sicher annehmen kann, dass nach dem Tode noch Verdauungsvorgänge im Magen stattfinden. Diese Thatsache hat zunächst theoretisches Interesse, aber auch praktische Bedeutung, insofern sie, wie ich glaube, eine erneute Mahnung giebt, bei der Beantwortung der Frage nach der Zeit des Todes auf Grund des Magenbefundes ganz besondere Vorsicht anzuwenden. Die Aufgabe, auf Grund des Magenbefundes zu bestimmen, innerhalb welcher Zeit nach der letzten Mahlzeit Jemand gestorben ist, tritt bekanntlich öfter an uns heran. Sichere Schlüsse sind meiner Ueberzeugung nach nur in sehr weiten Grenzen möglich und zweifellos werden oft viel zu engbegrenzte Gutachten hierbei abgegeben. Die neueren Untersuchungen zeigen jedoch, dass exakte Zahlen über den zeitlichen Ablauf der Magenfunktionen bisher nur für Mahlzeiten bestimmter Zusammensetzung existiren. Bei den in praktischen Fällen in Betracht kommenden Mahlzeiten wechselnder Zusammenstellung haben wir solche bestimmte Zahlen nicht; wir sind daher angewiesen auf unsichere Schätzungen unter Zugrundelegung der Erfahrungen, die man bei den Probemahlzeiten gemacht hat. Diese zu Grunde zu legende Zahlen sind aber an sich schon ziemlich schwankend. Ich erwähne nur ein Beispiel. Wir haben früher angenommen, dass eine völlige Entleerung des Magens nach einer kopiösen Mahlzeit erst binnen 5—6 Stunden eintritt, und dass der Befund eines völlig leeren Magens an der Leiche deshalb beweist, dass mindestens diese Zeit zwischen Mahlzeit und Tod vergangen sein muss. Wir wissen jetzt, dass eine gesteigerte Motilität des Magens (auch bei nicht eigentlich Magenkranken) vorkommt, so dass schon 2 Stunden nach einer kopiösen Mahlzeit der Magen wieder leer sein kann. Also wir können, wenn wir einen ganz leeren Magen finden, eigentlich nur sagen, dass sicher zwei Stunden nach einer grösseren Mahlzeit, wahrscheinlich mehr vergangen waren. Wenn nun noch eine postmortale Verdauung hinzukommt, so würde sich die Zeit noch mehr reduziren. Aehnlich wie mit der völligen Leere steht es auch mit den übrigen Magenbefunden. Es dürfte daher nur in seltenen Fällen auf Grund des Magenbefundes genauer zu bestimmen sein, wann der Tod nach der

Mahlzeit eingetreten ist, und wir werden kaum je Unrecht thun, wenn wir uns bei dieser Frage mit einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose begnügen.

Vorsitzender: Im Namen des Vereins spreche ich dem Herrn Vortragenden den verbindlichsten Dank für seinen interessanten Vortrag aus und schliesse damit die Versammlung.

Nach **Schluss der Sitzung** (2 Uhr Nachmittags) fand zunächst unter der liebenswürdigen Führung des Stadtbauraths Höpfner[1]) eine **Besichtigung** der städtischen Kläranlage und der damit in Verbindung stehenden Klärschlamm-Verwerthungsanlage statt. Um 4 Uhr Nachmittags folgte sodann das **Festessen,** das die zahlreich erschienenen Mitglieder und deren Damen in froh bewegter Stimmung bis zum Abend vereinigte, die durch ein von dem Kollegen H. Med.-Rath Dr. Behla-Potsdam gedichtetes, während der Tafelrunde zur Vertheilung gelangtes und gesungenes humoristisches Lied wesentlich erhöht wurde.

---

[1]) Derselbe hatte den Vereinsmitgliedern auch eine Anzahl der von ihm in Gemeinschaft mit H. Dr. Paulmann verfassten Abhandlung über die fabrikatorische Schlammverwerthung nach dem Degener'schen System in der Kasseler Anlage (erschienen im 1. Heft der Mittheilungen der Königl. Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung) zur Verfügung gestellt.

15. Jahrg. 1902.

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,
Herzogl. Bayer. Hofbuchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

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

Nr. 18. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats | 15. Septbr.

Aus der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde der Universität Berlin.
(Direktor Prof. Dr. Strassmann.)

Zum Kapitel des biologischen Blutnachweises.

Von Dr. **Arthur Schulz**, Assistent der Unterrichtsanstalt.

Der biologische Blutnachweis, der bald auf ein Alter von 2 Jahren zurückblicken kann, dürfte jetzt als gesichert gegen alle Wechselfälle gelten. Wir können annehmen, dass wir gegen grössere, namentlich unangenehme Ueberraschungen von nun an geschützt sind. Noch aber harren zahlreiche Aufgaben der Lösung, um aus ihm ein zuverlässiges, auch unter schwierigen Umständen nicht versagendes Hülfsmittel zu machen. Es gilt jetzt an seinem inneren Ausbau zu arbeiten, für den bisher erst wenig geschehen ist. Ein Beitrag zu dieser inneren Ausgestaltung sollen die folgenden Ausführungen sein, in denen ich über Versuche berichte, die ich mit dem biologischen Verfahren an Menschenblut resp. Serum nach mehreren Richtungen hin angestellt habe.

Das Aktivserum stellte ich mir wie Strube [1]) durch tägliche intravenöse Injektionen dar, und zwar benutzte ich zur Einspritzung Serum, das ich aus retroplazentarem Bluterguss gewann. Das intravenöse Verfahren hat nicht nur den Vorzug grosser Einfachheit, sondern bietet auch bei Beobachtung der allgemein üblichen Desinfektionsvorschriften die beste Garantie gegen eine Erkrankung der Kaninchen, wenigstens ist mir unter einem Dutzend keines an einer Infektion erkrankt oder gestorben. Ein

[1]) Deutsche med. Wochenschrift; 1902, Nr. 24: Beiträge zum Nachweis von Blut und Eiweis auf biologische Wege.

nicht zu unterschätzender Vortheil dieser Methode liegt auch in dem sparsamen Verbrauch des Serums. Mit 10 ccm, die man einem Thiere bei einer einzigen Einspritzung z. B. intraperitoneal beibringt, kann man bei intravenöser Injektion von täglich 1 g schon ein recht brauchbares Aktivserum herstellen. Es ist das ein Punkt, der bei der häufigen Schwierigkeit des Beschaffens von menschlichem Serum oder defibrinirtem Blut sehr in's Gewicht fällt.

Die Technik der Impfung, wie sie an der Unterrichtsanstalt gehandhabt wird, ist folgende:

Es wird die Aussenfläche eines Ohres dort, wo eine Vene gestreckt verläuft, rasirt. Dann nimmt ein Gehülfe, der sich auf einen Stuhl setzt, das Kaninchen auf den Schooss und umwickelt Kopf und Vorderbeine, Leib und Hinterbeine so, dass nur das rasirte Ohr heraussieht. Dieses wird jetzt mit Aether und 3proz. Karbollösung desinfizirt. War die Vene vorher noch so zart, so schwillt sie jetzt in Folge Lähmung der Gefässmuskulatur zu einem dicken Strange an, und man kann nunmehr mit Leichtigkeit die Kanüle einer Pravazspritze in sie hineinbringen. Die Thiere werden zuweilen unruhig, sobald man anfängt, den Stempel der Spritze vorzuschieben; es kommt deshalb viel darauf an, wie sie vom Gehülfen gehalten werden. In jedem Falle thut man gut, die Einspritzung möglichst nahe dem Ohrende zu machen, weil man dann unabhängig von plötzlichen Bewegungen der Thiere bleibt. Nach Beendigung der Einspritzung wird die Kanüle herausgezogen; eine kurzdauernde Kompression genügt, um die Blutung aus der Einstichöffnung zum Stehen zu bringen, worauf diese mit Kollodium geschlossen wird. Die Spritze wird alle 4 oder 5 Tage ausgekocht, im Uebrigen nur vor und nach dem Gebrauch mit Karbollösung desinfizirt.

Ich will hier gleich noch mit wenigen Worten auf die bei Anstellung der biologischen Reaktion zu beobachtende Technik eingehen. Nachdem erwiesen ist, dass nicht nur homologes, sondern unter gewissen Einschränkungen auch heterologes Blut auf Zusatz von Aktivserum sich trübt, ist eine Methode, bei der wir die Menge des zugesetzten Aktivserums nach blossen Tropfen ohne jede sonstige Angabe ihres Inhaltes berechnen, auf keinen Fall mehr zulässig. Wir sind nur dann vor Irrthümern gesichert, wenn uns das Mengenverhältniss von Aktivserum und Untersuchungsflüssigkeit genau bekannt ist. Erstes Erforderniss ist also das Arbeiten mit graduirten Pipetten. Dieses allein setzt uns in den Stand, die Werthigkeit des Aktivserums sowohl homologen, wie heterologen Blutarten gegenüber mit aller Exaktheit festzulegen und damit eine Forderung zu erfüllen, auf die bereits von Kister und Wolff[1]) sowie von Strube mit genügender Schärfe hingewiesen ist. Das Anlegen von Kontrolröhrchen sowohl von der Untersuchungsflüssigkeit, wie von dem Aktivserum, die Verwendung nur klarer Lösungen sind weitere oft genug schon besprochene Bedingungen, von denen der Ausfall der Reaktion abhängig ist. Nach diesen Grundsätzen ist bei den folgenden Versuchen verfahren worden. Benutzt wurden zu ihnen kleine Reagenzröhrchen von 5—6 mm Lichtung und einigen Zentimetern Höhe. Die jedesmalige Menge in einem Röhrchen betrug genau 1 cbcm.

Wenden wir uns nun dem eigentlichen Thema zu. Ich will

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1902, 7. Heft: Zur Anwendung der Uhlenhut'schen Reaktion.

zunächst einen Punkt berühren, auf den Kister und Wolff schon hinweisen. Es ist das der Einfluss des Blutfarbstoffes auf die Erkennung zarter Trübungen und den Ablauf der Reaktion. Kister und Wolff bemerken in ihrer bereits erwähnten Arbeit, dass in Blutlösungen, die durch Blutfarbstoff stärker gefärbt sind, die beginnende Reaktion nicht so scharf hervortritt. Ich konnte dieses bestätigen und bin alsdann darangegangen, diesen Einfluss näher zu prüfen. Um festzustellen, ob der zeitliche Ablauf der Reaktion von der Anwesenheit von Blutfarbstoff abhängig ist, wählte ich einen Verdünnungsgrad (1 : 80 bezw. 0,1 : 8), bei welchem auf 10proz. Zusatz des Aktivserums sofort Trübung eintrat und grosse mit blossem Auge leicht zu erkennende Flocken sich bildeten. Für die Verdünnung wählte ich aus Rücksicht auf die rothen Blutkörperchen nicht Kochsalzlösung, sondern destillirtes Wasser, in dem sie sich leicht auflösen. Zu diesem setzte ich Blut und Serum hinzu; beide machten zusammen in jeder Verdünnung 1/80 bezw. 0,1/8 der Gesammtmenge aus und waren dabei zu einander so abgepasst, dass das Blut von Verdünnung zu Verdünnung in regelmässigen Abstufungen an Menge zunahm und zugleich das Serum in denselben Abstufungen abnahm. Eine Wiedergabe des Kopfes der angelegten Tabelle wird die Anordnung am besten zeigen. Die Summe der übereinander stehenden Zahlen beträgt hier jedes Mal 0,1/8:

Blutzusatz	0,01/8	0,02/8	0,03/8	0,04/8	0,05/8	0,06/8	0,07/8	0,08/8	0,09/8	0,1/8
Ser.-Zus.	0,1/8	0,09/8	0,08/8	0,07/8	0,06/8	0,05/8	0,04/8	0,03/8	0,02/8	0,01/8.

Es ergab sich, dass die Anwesenheit von Blutfarbstoff ohne Einfluss auf den zeitlichen Ablauf der Reaktion war. Zwar bestanden gegen Schluss einige kleine Differenzen beim Eintritt der Bodensatzbildung. Diese Verschiedenheiten glichen sich aber wieder aus, so dass die Reaktion in allen Proben zu derselben Zeit (nach 3 Stunden) abgelaufen war. Aber eines ging mit grosser Deutlichkeit aus dieser Versuchsanordnung hervor; je mehr Blutfarbstoff in der Verdünnung vorhanden war, um so weniger deutlich markirte sich die Trübung. Ein Vergleich des Röhrchens, welches nur Serum enthielt, mit dem, welches nur Blut enthielt, illustrirte dieses besonders gut. Die Erklärung hierfür kann wohl darin gesucht werden, dass wir es in dem einen Falle mit einer grauen Trübung auf durchsichtigem, farblosem Grunde zu thun haben, auf dem sie sich deutlich abhebt. In dem anderen Falle, in dem die Fällungen sofort nach Bildung durch den Blutfarbstoff gefärbt werden, besteht eine röthliche Trübung auf röthlichem Grunde. Hier hebt sie sich weniger ab und ist dementsprechend auch schlechter zu erkennen.

Noch einen anderen Versuch stellte ich an. Ich setzte zu Blutverdünnungen und zu Serumverdünnungen je 5 % eines Aktivserums, welches in diesem Verhältniss Serum in Verdünnung 1 : 1000 sofort, in der Verdünnung 1 : 4000 nach 30 Minuten trübte. Die Verdünnungen von Blut und Serum waren 1 : 400, 1 : 600, 1 : 800, 1 : 1000, 1 : 2000 und 1 : 4000. Hierbei liess sich feststellen, dass in den bluthaltigen Röhrchen die schwächste,

noch gerade kenntliche Trübung während der 30 Minuten langen Beobachtung um 2 Verdünnungen höher lag, als in den serumhaltigen Röhrchen. Sogleich auf Zusatz trübte sich nur die Verdünnung 1 : 600 und nach 30 Minuten nur die Verdünnung 1 : 1000. Hier wird man wohl nicht annehmen können, dass der Blutfarbstoff einige Trübungen verdeckt hat. Die Ursache dürfte an anderer Stelle liegen. Da flüssiges, also blutkörperchenhaltiges Blut, in welchem die Blutkörperchen ein Drittel des Volums ausmachen, zu den Verdünnungen genommen wurde, so waren in ihnen auch dementsprechend weniger ausfällbare Substanzen vorhanden, als in den serumhaltigen Röhrchen.

Welche Forderungen ergeben sich nun aus dem soeben besprochenen Verhalten von blutfarbstoff- bezw. blutkörperchenhaltiger Untersuchungsflüssigkeiten? Wir entnehmen ihm zunächst, dass wir uns über die Werthigkeit eines Aktivserums nur dann genau unterrichten können, wenn wir nicht Blutverdünnungen, sondern Serumverdünnungen zur Prüfung anwenden. Die eine Forderung, die wir aus Obigem abzuleiten haben, ist also die, dass wir ein Aktivserum nur an Serumverdünnungen erproben dürfen. Aus dem Einfluss des Blutfarbstoffes auf die Erkennung von Trübungen ergiebt sich die zweite Forderung, dass wir für Behandlung alter Blutflecke uns eines Mittels bedienen, welches möglichst wenig blutfarbstofflösende Eigenschaften besitzt.

Zu dem ersten Punkt möchte ich nur einige Worte über die Technik der Werthigkeitsbestimmung eines Aktivserums sagen. Es empfiehlt sich, mehr Verdünnungen anzulegen, als man bei der voraussichtlichen Werthigkeit des Aktivserums benöthigen wird, und ferner die Abstände mit zunehmender Verdünnung allmählich grösser zu nehmen, z. B. 1 : 100, 1 : 200, 1 ; 400, 1 : 600, 1 : 800, 1 : 1000, 1 : 2000, 1 : 4000, 1 : 6000, 1 : 8000, 1 : 10000, 1 : 12000, 1 : 16000, 1 : 20000 u. s. w. Da nämlich der Aktivserumzusatz eine Opaleszenz in der Untersuchungsflüssigkeit erzeugt, so könnte diese Opaleszenz unter Umständen mit einer leichten Trübung verwechselt werden. Sind aber mehrere Röhrchen mit derselben Opaleszenz vorhanden, so ist ein Irrthum nicht gut möglich. Das letzte Röhrchen in der Reihe der Verdünnungen mit positivem Ausfall wird daran erkannt, dass mit ihm die Abstufungen in den Trübungen aufhören, die natürlich um so deutlicher sind, je grösser die Abstände angelegt waren. Ein Bodensatz, der sich in den Röhrchen mit den Trübungen nach 24 Stunden gebildet hat, überzeugt uns dann davon, dass wir Trübung und Opaleszenz richtig abgegrenzt haben.

Zur Behandlung alter Blutflecke ist bisher meist Kochsalzlösung, in einigen Fällen auch Sodalösung (0,1 proz.) benutzt worden. Die letzte reagirt alkalisch und ist ein gutes Lösungsmittel für den Blutfarbstoff. Eine physiologische Kochsalzlösung löst zwar auch den Blutfarbstoff in alten Flecken, aber nicht in dem Masse, wie eine Sodalösung. Es schien deshalb gerechtfertigt, vergleichende Untersuchungen anzustellen. Diese erstreckten sich zugleich auf das Verhalten von Säuren, welche

bekanntlich schlechte Lösungsmittel für den Blutfarbstoff sind und zwar einer anorganischen (0,1 proz. Salzsäure) und einer organischen (0,1 proz. Weinsäure). Wenn ich auch Säuren berücksichtigte, so war es nicht allein ihr Verhalten gegenüber dem Blutfarbstoff, was mich hierzu bestimmte, sondern noch etwas Anderes. Nach Rostoski[1]) sollen nämlich Alkalien die Präzipitatbildung hindern, Säuren sie dagegen begünstigen. Stellte sich dieses als zutreffend heraus, so durfte man erwarten, in den Säuren vermöge ihrer zwiefachen Eigenschaft, ein vorzügliches Behandlungsmittel für Blutflecke zu finden. Die Versuche wurden, um sogleich mehrere Möglichkeiten in Betracht zu ziehen, an flüssigem und auf einem Handtuch angetrocknetem Serum und an gleichfalls auf einem Handtuch angetrocknetem Blute vorgenommen. Die Menge des angetrockneten Serums und Blutes, die isolirte Flecke auf dem Handtuch darstellen, betrug jedes Mal 1 cbcm. Die Flecke, mehrere Tage alt, wurden ausgeschnitten, sorgfältig zerkleinert und 24 Stunden in 100 cbcm der zu prüfenden Flüssigkeit mazerirt. Das Filtrat enthielt dann, so konnte angenommen werden, Serum resp. Blut in der Verdünnung 1 : 100. Von dieser Stammlösung wurden weitere Verdünnungen hergestellt, wie bei dem flüssigen Serum. Alle Versuche wurden mit demselben Aktivserum bei 5 proz. Zusatz desselben angestellt.

Die Resultate, die ich bei den Säuren erhielt, will ich sogleich vorwegnehmen. Die Salzsäure liess jede Regelmässigkeit in der Abstufung der Trübungen vermissen. Schwächere Konzentrationen trübten sich, während stärkere klar blieben. Die Verdünnung, in der bei dem einen Versuche sofort sich eine dicke, milchige Trübung einstellte, blieb bei dem anderen Versuche klar. Während ferner das getrocknete Material in mehreren Verdünnungen Trübungen gab, traten solche in dem flüssigen Serum nicht ein. Der Ausfall war also nach jeder Richtung hin unberechenbar, es herrschte, wenn ich mich so ausdrücken darf, die grösste Willkür in dem Auftreten von Trübungen. Ein ähnliches Ergebniss, wenn auch nicht mit denselben Schwankungen und so auffallender Unregelmässigkeit, gab die Weinsäure. Die Erwartungen, die man hegen konnte, waren also nicht in Erfüllung gegangen und Rostoski's Angabe bestätigte sich in diesem Punkte nicht.

Bei Anwendung von 0,1 proz. Sodalösung stellte sich nach 5 proz. Aktivserumzusatz in keiner der drei Verdünnungsreihen, die mit 1 : 100 begannen, eine Trübung ein. Versuche mit noch stärkeren Konzentrationen von flüssigem Serum, die mit 1 : 10 begannen, ergaben zunächst auch keine Trübung, erst nach 24 Stunden bestand Flockenbildung in den Verdünnungen 1 : 10 und 1 : 20 und Trübung in einigen weiteren Verdünnungen. Erst als 10% des Aktivserums zugesetzt wurden, trübten sich sogleich die Verdünnungen des flüssigen Serums bis 1 : 40, und nach 30 Minuten die Verdünnungen bis 1 : 1000. Die Trübungen zeigten im Gegensatz zu den beiden Säuren regelmässige Abstufungen,

[1]) Münchener Med. Wochenschrift; 1902, II. Quartal: Ueber den Werth der Präzipitine als Unterscheidungsmittel für Eiweisskörper.

entsprechend den Verdünnungsgraden. — Die 0,6proz. Kochsalzlösung zeigte dieselben regelmässigen Abstufungen. Sie war aber in der Kraft des Nachweises der Sodalösung entschieden überlegen. Ein 5proz. Aktivserumzusatz wies in der Kochsalzlösung getrocknetes und flüssiges Serum noch in der Verdünnung 1 : 2000 nach 30 Minuten nach und getrocknetes Blut noch in der Verdünnung 1 : 1000; er vermochte also hier so viel, bezw. mehr, als ein 10proz. Aktivserumzusatz bei der Sodalösung. Rostoski's Angabe wurde also, soweit sie Alkalien betrifft, bestätigt.

Nach dem Ergebniss dieser Versuche kommt der Einfluss des Blutfarbstoffs auf die Erkennung der Trübungen bei den untersuchten Mazerationsflüssigkeiten wegen ihres sonstigen, von einander abweichenden Verhaltens nicht in Betracht; ob er bei einem andern Mittel wird zu berücksichtigen sein, muss die Zukunft lehren. Aber soviel ist erwiesen, dass wir ein besseres Lösungmittel für Blutflecke als physiologische Kochsalzlösung zur Zeit nicht besitzen. Auf sie werden wir vorläufig angewiesen sein, und deshalb wird es nicht ohne praktisches Interesse sein, den Ablauf der biologischen Reaktion bei ihrer Anwendung in allen seinen Phasen und unter Benutzung von Aktivsera verschiedener Werthigkeit und verschiedener Mengen derselben kennen zu lernen.

Vorher will ich ein Thema mit wenigen Worten noch berühren, das zwar abseits liegt, aber einen Gegenstand von aktuellem Werthe betrifft. Strassmann und Ziemke haben im Jahrgang 1901 der Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen über mehrere Methoden des quantitativen Blutnachweises berichtet. Mir scheint ein neuer Weg in dem biologischen Verfahren gegeben, der in Vorstehendem schon angedeutet ist. Ich hatte, um die Brauchbarkeit der physiologischen Kochsalzlösung für Zwecke des Blutnachweises auszuproben, Versuche mit Verdünnungen von flüssigem Serum gemacht, ferner von Serum, das auf einem Handtuch angetrocknet war und von angetrocknetem Blut. Die angetrockneten Serum- und Blutflecke, von denen jeder genau 1 cbcm ausmachte, waren 5 Tage alt. Das Handtuch war während dieser Zeit dem Lichte frei ausgesetzt gewesen und die Blutflecke hatten schon eine braunrothe Farbe angenommen. Ein 5 %iger Zusatz von Aktivserum hatte nun nicht bloss das flüssige Serum nach 30 Min. in der Verdünnung 1 : 2000 nachgewiesen, sondern auch das getrocknete Serum und das getrocknete Blut in der Verdünnung 1 : 1000. Es war also gelungen, aus den auf dem Handtuch angebrachten Flecken alle ausfällbaren Substanzen mit Kochsalzlösung zu extrahiren.[1]) Diese Eigenschaft der Kochsalzlösung giebt uns die Möglichkeit an die Hand, quantitative Blutbestimmungen auszuführen. Wenn ich die Menge der zur Mazeration angesetzten

[1]) Wenn bei den Blutflecken in der Verdünnung 1 : 2000 eine Trübung nicht mehr auftrat, sondern die letzte in der Verdünnung 1 : 1000, so waren dennoch alle ausfällbaren Substanzen extrahirt. Ich verweise da auf das über diesen Punkt bereits oben Gesagte.

Kochsalzlösung kenne, und Verdünnungen in bestimmter Progression anlege, so komme ich, die Werthigkeit des Aktivserums, die man in diesem speziellen Falle wohl besser für frisches Blut berechnet, als bekannt vorausgesetzt, durch Rechnung zu der in der Stamm-(Mazerations-)flüssigkeit vorhandenen Gesammtmenge des Blutes. Es wird weiteren Versuchen vorbehalten bleiben, diese Methode, deren Ausarbeitung überaus dankbar erscheint, auch schwierigeren Verhältnissen als sie in meinem Falle vorgelegen haben, wo das Blut auf einem sauberen Handtuch angetrocknet war, anzupassen.

Kehren wir zu unserm Thema zurück. Ich wählte zuerst ein Aktivserum, welches bei 10 % igem Zusatz homologes Serum sogleich in der Verdünnung 1 : 6000 trübte, nach 30 Min. in der Verdünnung 1 : 12000. Die entsprechenden Verdünnungen bei 5 % igem Zusatz waren 1 : 2000 und 1 : 8000. Das Kaninchen, von welchem ich das Aktivserum gewonnen hatte, hatte 15 intravenöse Injektionen à 1 gr. erhalten.

1. **Verlauf der Reaktion bei 10% Zusatz. 25 Verdünnungen von 1 : 0 bis 1 : 12000, in allmählich grösser werdenden Abständen:**

Das Aktivserum sinkt sofort zu Boden. In den stärkeren Konzentrationen bis 1 : 400 sind dabei an den Wänden des Röhrchens dort, wo das Aktivserum mit ihnen in Berührung gekommen ist, fest anhaftende Flocken entstanden. An der Berührungszone von Aktivserum und Röhrcheninhalt bildet sich ein grauer Ring, der beim Hin- und Herschwenken des Glases sich bewegt und grosse Aehnlichkeit mit dem Ringe hat, der sich in eiweisshaltigem Harn auf Zusatz von Salpetersäure bildet. In den schwächsten Konzentrationen besteht an Stelle des Ringes nur eine unscharf abgesetzte Trübung. Nach dem Umschütteln stellt sich überall bis zur Verdünnung von 1 : 6000 sofort eine Trübung ein. Innerhalb der nächsten 5 bis 10 bis 15 Minuten tritt dann auch allmählich eine Trübung in den Verdünnungen bis 1 : 12000 auf. Die Intensität der Trübungen ist am stärksten in den konzentrirtesten Lösungen und nimmt mit dem Verdünnungsgrade langsam ab. In den Verdünnungen bis etwa 1 : 600 nimmt die Trübung nach ihrem Auftreten alsbald eine milchige Beschaffenheit an und wird binnen wenigen Minuten undurchsichtig. Ebenso werden undurchsichtig, aber erst nach längerer Zeit, die Verdünnungen bis 1 : 2000. Die weiteren Verdünnungen bleiben mehr oder weniger durchsichtig. Die Flockenbildung beginnt nach 30 Minuten; sie setzt nicht zuerst in den stärksten Konzentrationen, (1, 1/2, 1/5, 1/10) ein, sondern erst bei dem Verdünnungsgrade 1 : 20, und läuft auch nicht die ganze Skala der Trübungen durch, sondern beschränkt sich zunächst auf die Trübungen von milchiger Beschaffenheit. Die Flocken sind mit blossem Auge kaum wahrzunehmen, werden aber bald grösser und beginnen dann zu Boden zu sinken. Der Vorgang hierbei ist je nach der Konzentration ein verschiedener. In den stärksten bis 1 : 60 bildet sich durch Aufeinanderlagerung der in dem obersten Theil der Flüssigkeitssäule befindlichen Flocken eine an Dicke allmählich zunehmende Schicht, welche sehr langsam nach unten sinkt und die über ihr befindliche Flüssigkeitsschicht klar zurücklässt. In den schwächeren Konzentrationen, in denen es zu ungleicher Ausbildung in der Grösse der Flocken gekommen ist, eilen die grossen Flocken an den kleinen vorbei und sind bereits zu Boden gesunken, während jene noch in Bewegung sind. Erheblich später als in den milchigen Trübungen fängt die Flockenbildung in den durchsichtigen Trübungen an. In den Gläsern 1, 1/2 und 1/5 ist nach 3 Stunden noch keine Flockenbildung eingetreten. Die erste Bodensatzbildung ist nach 70 Minuten in den Verdünnungen 1 : 100 bis 1 : 160 vollendet. Die Flüssigkeitssäule hat sich dabei fast ganz geklärt. Allmählich stellt sich Bodensatz auch in den angrenzenden stärkeren und schwächeren Konzentrationen ein. Nach 24 Std. besteht er mit Ausnahme der Gläser 1, 1/2, 1/5 und 1/10 überall. Bei 1/5 und 1/10 ist er im Entstehen begriffen, die Verdünnungen sind aber noch getrübt. Die Gläser 1 und 1/2 weisen noch keinen Bodensatz auf; ihre Trübung ist unverändert. Nach 48 Std. ist die Bodensatzbildung auch in dem Röhrchen 1/10 vollendet. Nach 72 und 96 Std. hat sich auch in

den Gläsern 1 und 1/2 neben Trübung Bodensatz gebildet. Eine Klärung in dem Glas 1:5 war nicht mehr eingetreten.

2. Verlauf der Reaktion bei 5 %igem Zusatz desselben Aktivserums. 21 Verdünnungen von 1:0 bis 1:8000:

Nach Zusatz des Aktivserums haben sich auch in diesem Falle an den Wänden der Röhrchen kleine Flocken bei den stärkeren Konzentrationen angesetzt. An der Berührungszone bildet sich gleichfalls ein grauer Ring. Eine Trübung tritt sofort ein bis zur Verdünnung 1:2000; sie nimmt innerhalb der nächsten (etwa 5) Minuten schnell zu, ohne aber den hohen Grad wie im vorigen Falle zu erreichen und wird bis zur Verdünnung 1:200 undurchsichtig. Nach 30 Minuten haben sich noch die Verdünnungen bis 1:8000 getrübt. Die erste mit blossem Auge sichtbare Flockenbildung beginnt bei den Verdünnungen 1:40 bis 1:300. Die Flockenbildung in den nächst schwächeren Konzentrationen setzt etwas später ein, während sie in den nächst stärkeren Konzentrationen noch nicht nach 3 Std. eingetreten ist. Die Flocken vergrössern sich erheblich langsamer wie bei dem vorigen Versuche. Sie sind nicht so zahlreich und erlangen auch nicht die schliessliche Grösse wie dort. Aber auch jetzt sind sie ungleich gross, und es sinken die grossen zuerst zu Boden, an den kleineren vorbeieilend. Die Bildung des Bodensatzes ist zuerst beendet in den Verdünnungen 1:60 bis 1:120 (nach 2 Stunden). Er ist nicht so massig wie bei dem ersten Versuch. Um diese Zeit sind die Flocken in den Verdünnungen 1:600 bis 1:2000 noch sehr klein; sie haben im Wachsthum bis jetzt kaum Fortschritte gemacht und zeigen auch noch keine Neigung, sich zu senken. Eine Aufeinanderlagerung der in den obersten Theilen der Flüssigkeitssäule befindlichen Flocken und Bildung einer an Dicke allmählich zunehmenden Schicht, die langsam nach unten sinkt, findet in ausgesprochener Weise nirgends statt. Annähernd nur bietet diese Erscheinung die Verdünnung 1:40, deren Bodensatzbildung nach 150 Minuten beendet ist. Bei 150 Minuten fangen auch die Flocken in den Verdünnungen 1:600 bis 1:4000 an, sich zu senken, da sie jetzt grösser geworden sind. Bei 180 Minuten lässt sich feststellen, dass auch hier ungleich grosse Flocken sind, die verschieden schnell nach unten sinken. Nach 24 Stunden hat sich überall, von 1:40 abwärts, ein Bodensatz gebildet; die Flüssigkeitssäule ist dabei überall fast klar. Die Verdünnungen aufwärts, 1:0, 1:2, 1:5, 1:10, und 1:20 sind trübe geblieben; in den beiden letzten ist Bodensatz in Bildung begriffen. Nach 48 Stunden ist in 1:20 die Bodensatzbildung vollendet, in den übrigen Gläsern aber noch keine Veränderung eingetreten. Nach 72 Stunden hat sich noch in 1:5 neben Trübung Bodensatz gebildet; sonst status idem, desgleichen nach 96 Stunden.

Ausser diesen beiden Versuchen stellte ich noch 2 weitere mit einem schwächeren Aktivserum an, welches bei 10 % igem Zusatz homologes Serum sofort in der Verdünnung 1:400 trübte, nach 30 Minuten in der Verdünnung 1:2000. Die entsprechenden Verdünnungen bei 5 % igem Zusatz waren 1:200 und 1:400. Das Aktivserum war von einem Kaninchen gewonnen worden, welches 9 intravenöse Injektionen erhalten hatte.

3. Verlauf der Reaktion bei 10 %igem Zusatz. 16 Verdünnungen von 1:5 bis 1:2000:

Ringbildung wie früher, aber keine Flockenbildung an den Wänden. Alle Trübungen bleiben durchsichtig. Nach 60 Minuten tritt die erste Flockenbildung bei 1:40 bis 1:80 ein. Die Flocken sied sehr fein und spärlich; sie sinken mit ungleicher Schnelligkeit zu Boden. Nach 3 Stunden ist die Bodensatzbildung in der Verdünnung 1:60 vollendet. Nach 24 Stunden besteht in den Röhrchen 1:5, 1:10 und 1:20 Bodensatz neben Trübung. In den übrigen Röhrchen nur Bodensatz. Nach 48 Stunden status idem.

4. Verlauf der Reaktion bei 5 %igem Zusatz:

Ringbild ng, keine Flockenbildung an den Wänden. Trübungen bleiben durchsichtig. Mit 90 Min. die erste Bildung feiner und spärlicher Flocken in den Verdünnungen 1:60 und 1:80. Nach 3 Stunden noch kein Bodensatz. Nach 24 Stunden von 1:80 an nach abwärts Bodensatz. In den stärkeren Konzentrationen theils Trübung allein, theils Trübung mit Bodensatz.

Aus diesen 4 Versuchen, die das Wesen der biologischen Reaktion bei Anwendung physiologischer Kochsalzlösung erschöpfen dürften, ergiebt sich, dass die Schnelligkeit im Ablauf der Reaktion sowie die Präzision, mit der die einzelnen Phasen einsetzen und abklingen, einmal von der Werthigkeit des Aktivserums, sodann von der Grösse seines Zusatzes abhängig sind. Die Intensität der Trübung nimmt — ganz abgesehen von dem Verdünnungsgrade der Untersuchungsflüssigkeit — mit geringerer Werthigkeit des Aktivserums und kleinerem Zusatze ab, desgleichen die Grösse der Flocken und die Schnelligkeit ihrer Bildung. Bemerkenswerth ist, dass die erste Flockenbildung nicht in den stärksten Konzentrationen eintritt und dass in ihnen auch keine Klärung stattfindet. Zu jedem Aktivserum gehört gleichsam ein Optimum in der Verdünnung der Untersuchungsflüssigkeit, dessen Breite mit zunehmender Werthigkeit und Menge ebenfalls zunimmt. So bildeten sich im vierten Versuch die ersten Flocken bei den Verdünnungen 1 : 60 und 1 : 80, im dritten Versuch bei 1 : 40 bis 1 : 80, im zweiten Versuch bei 1 : 40 bis 1 : 300 und im ersten Versuch bei 1 : 20 bis 1 : 600 Wo die erste Flockenbildung eintritt, ist gewöhnlich auch die erste Bodensatzbildung vollendet. Nach aufwärts und nach abwärts von jenem Optimum tritt die Flocken- und Bodensatzbildung immer später ein.

Für die Praxis dürfte sich im Allgemeinen die Anwendung eines hochwerthigen Aktivserums empfehlen, weil man mit ihm schon mit kleinen Mengen das erreicht, was man bei einem schwachen Serum erst bei grösseren Zusätzen erzielt, die, da man sie prozentualiter hinzusetzt, den Nachtheil haben, dass bei ihnen geringere Quantitäten Untersuchungsflüssigkeit verwandt werden, also auch weniger ausgefällt wird. Es ist dieses ein nicht zu unterschätzendes Moment, da bei der Feinheit der biologischen Reaktion auch die kleinsten Präzipitatmengen eine Rolle spielen.

Jedes Aktivserum ruft, wie die Versuche ferner lehren, bis zu einer gewissen Verdündung sofort eine Trübung hervor. Bis zu einer weiteren bestimmten Verdünnung verharrt seine Energie vorläufig noch in Latenz. Erst allmählich entäussert es sich dieser und nach ungefähr 1 Stunde — die Dauer scheint bei den einzelnen Aktivseris zu schwanken — ist gewöhnlich auch die letzte Trübung eingetreten. Wir können also für jedes Aktivserum 2 Grenzpunkte bestimmen, von denen der eine das Gebiet der sofort einsetzenden Trübung bezeichnet, der andere das der erst allmählich sich bildenden. In der Praxis wird es nicht schwer halten, bei sofort eintretender Trübung sich für die Anwesenheit einer bestimmten Blutart zu entscheiden. Anders liegen die Fälle, in denen erst nach einer gewissen Zeit eine Trübung einsetzt. Geschieht dieses nach Ablauf des Latenzstadiums, so darf sie nicht spezifisch genannt werden. Seitdem Kister und Wolff die gerichtsärztlichen Kreise auf die Thatsache hingewiesen haben, dass ein Aktivserum nicht nur im homologen, sondern auch im heterologen Blute Trübungen hervorruft, nur in viel geringerer Intensität,

beanspruchen diese Verhältnisse eine erhöhte Aufmerksamkeit. Denn es ist der Fall gut denkbar, dass man mit einem hochwerthigen Serum, namentlich mit grösseren Mengen desselben, einmal eine Trübung im heterologen Blute erhält, zwar nicht sofort, aber innerhalb einer Zeit, die seinem Latenzstadium entspricht. Hier ist ein Irthum sehr gut möglich, da man nicht weiss, mit wie grossen Blutmengen, z. B. an einem Messer, man es zu thun hat, und also auch eine noch so genaue Kenntniss des Aktivserums wenig nützen kann. Mit der Forderung, die zeitlichen Reaktionsgrenzen des Aktivserums jedesmal durch vorherige Prüfung seiner Werthigkeit auf homologes sowie auf heterologes Blut festzulegen, ist allein die Schwierigkeit nicht behoben. Hier werden weitere Versuche einzusetzen haben, um auch für diesen Fall feste Normen zu schaffen.

Zwei Fälle tödtlicher Vergiftung durch Genuss von Schwefelkohlenstoff.

Von Medizinalrath Dr. von Brunn, Kreisphysikus in Cöthen.

In letzter Zeit ist viel über Inhalations-Vergiftungen beim technischen Gebrauch von Schwefelkohlenstoff geschrieben worden. In der Landwirthschaft, wo dieser jetzt in ausgedehntem Masse Anwendung findet, scheint bisher Alles gut abgelaufen zu sein. Freilich kann von dem erwähnten Modus hier nicht die Rede sein, sondern kommen nur Unglücksfälle in Betracht. Solcher sind hier kurz hintereinander zwei vorgekommen; bei der Seltenheit derselben glaube ich mit der Veröffentlichung nicht zurückhalten zu sollen, besonders da der giftige Stoff per os eingeführt wurde. Derartige Fälle werden wohl in älteren Toxikologien als Raritäten kurz erwähnt, scheinen aber in letzter Zeit nicht beobachtet worden zu sein.

Ein junger Landwirth hatte behufs Vernichtung von Hamstern dem bei ihm beschäftigten Arbeiter F. eine mit Schwefelkohlenstoff gefüllte Bierflasche in dessen Frühstückstasche gesteckt. Bevor er den F. von dem Inhalte der Flasche zu benachrichtigen vermochte, war er abgerufen worden. Unglücklicherweise konnten wegen plötzlich einsetzenden Regens die Leute nicht auf's Feld geschickt werden, wobei wohl die Sache zur Sprache gekommen wäre, sondern wurden im Gehöfte beschäftigt. Beim Frühstück findet F. die Flasche, glaubt eine besondere Aufmerksamkeit resp. Liebesgabe seiner Frau darin zu erblicken und nimmt einen tüchtigen Schluck von dem vermeintlichen Weissbiere. Erst nachträglich fällt ihm der Geschmack auf; er spricht mit dem Herrn davon, der den verhängnissvollen Irrthum erkennt. Ein herbeigerufener Arzt findet ihn bei klarem Bewusstsein, über heftige, brennende Schmerzen in der Magengegend und Uebelkeit klagend; auf seine Anordnung wird zunächst Milch verabreicht, um Erbrechen zu bewirken, doch mit geringem Erfolge. Der Arzt ordnet hierauf

die Ueberführung in das Krankenhaus an, in das der Kranke gegen 10 Uhr bewusstlos eingeliefert wird. Obwohl auf dem Transporte und gleich nach der Aufnahme Erbrechen und reichliche, stinkende Ausleerungen erfolgt waren, fühlte sich der Leib hart und mässig aufgetrieben an. Magenausspülungen, schwarzer Kaffee, Koffein, Kampferöl subkutan schienen von günstiger Wirkung. Gegen 1 Uhr trat völlige Klarheit des Bewusstseins ein, um $2^1/_2$ aber plötzlich ein allgemeiner Krampfanfall, welcher binnen Kurzem zum Exitus führte.

Im anderen Falle hatte ein alter Mann gegen 7 Uhr Abends aus einer mit „Gift" signirten, neben der Pferdestallthür von den aus dem Felde zurückkehrenden Arbeitern deponirten, grossen Steingutflasche, in der er Schnaps oder Bier vermuthete, einen Schluck genommen, denselben aber, des schlechten Geschmackes wegen, angeblich sofort wieder ausgespieen mit den Worten: „hintergeschluckt habe ich noch nichts". Um den üblen Geschmack zu vertreiben, genoss er dann in der Schenke einige Schnäpse und später zu Hause auch Abendbrod. Kurz nach dem Essen stellte sich Erbrechen ein, welchem eine Ohnmacht folgte, aus der Patient nicht wieder erwachte; gegen 11 Uhr trat in tiefem Coma der Tod ein. Der etwa zwei Stunden nach dem verhängnissvollen Trunke eintreffende Arzt konstatirte völlige Bewusstlosigkeit, weite reaktionslose Pupillen, kleinen Puls, lautes Rasseln beim Athmen, Cheyne-Stockes'sches Respirationsphänomen.

Die charakteristischen Leichenerscheinungen bestanden vornehmlich in auffallend heller Farbe der Todtenflecke, ähnlich wie man sie bei Kohlenoxydvergiftung findet — in dem einen Falle mit linsen- bis stecknadelkopfgrossen, kirschrothes flüssiges Blut enthaltenden, Ekchymosen durchsetzt —, sowie in allgemein kirschrother, flüssiger Beschaffenheit des Blutes, Blutüberfüllung des Gehirns und seiner Häute, gelbgrünlicher Verfärbung des Gehirns, besonders der grauen Substanz, etwas weniger ausgesprochen der weissen. Schwacher Geruch nach Schwefelkohlenstoff machte sich in dem einen Falle bei Eröffnung der Bauchhöhle und der Nieren, in dem anderen Falle beim Aufschneiden des Magens bemerkbar, hauptsächlich beim Einfüllen des Mageninhaltes in das zu seiner Asservirung bestimmte Glasgefäss.

Bei der chemischen Untersuchung wurde in beiden Fällen Schwefelkohlenstoff gefunden und zwar:

	I. Fall	II. Fall
in 260 g von	Magen, Mageninhalt etc.: 0,1082,	in 480 g: 1,0618,
„ 97 g „	Leber, Milz, Nieren . . 0,1048,	„ 225 g: 0,0173,
„ 275 g „	Urin 0,0209,	„ 33 g: 0,0108,
„ 120 g „	Blut 0,0312,	„ 50 g: 0,0230.

Die spektroskopische Untersuchung des Blutes hat keine für Schwefelkohlenstoffvergiftung charakteristischen Merkmale ergeben.

Die Schweigepflicht des Arztes.

Von Dr. jur. Biberfeld-Hamburg.

Das Strafgesetzbuch bedroht bekanntlich im §. 300 neben den Angehörigen anderer Berufsarten auch die Aerzte und Wundärzte, sowie ihre Gehülfen mit öffentlicher Strafe

„wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen Kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind".

Im Zusammenhange hiermit wird dem Arzte vom Gesetze die Befugniss ertheilt, seine Aussage sowohl als Sachverständiger, wie als Zeuge zu verweigern, wenn es sich um Thatsachen handelt, die ihm Kraft seines Berufes anvertraut sind, und deren Geheimhaltung durch die Natur derselben oder durch gesetzliche Vorschrift geboten ist. Wird daher ein Arzt beispielsweise als Zeuge vor Gericht geladen und werden ihm hier gewisse Fragen vorgelegt, so hat er mit sich selbst darüber zu Rathe zu gehen, ob er ohne Verletzung der ihm Kraft seines Berufes obliegenden Schweigepflicht die geforderte Auskunft geben kann oder nicht; es wird sich für ihn eine besondere Vorsicht gerade in der Entscheidung hierüber um so mehr anempfehlen, als die unbefugte Offenbarung im Sinne der Eingangs angeführten Strafbestimmung zu einer Verurtheilung auch dann führen kann, wenn sie nicht vorsätzlich, sondern nur fahrlässig begangen worden ist, d. h. wenn der Arzt seine Aussage machte, weil er hierzu irrthümlicher Weise nach Lage der Sache sich für berechtigt hielt, während bei objektiver Beurtheilung ihm die Befugniss hierzu abgesprochen werden musste.

Selbstverständlich ist es nun, dass der Arzt aufhört, zur Verschwiegenheit verpflichtet zu sein, wenn ihn der Patient oder die sonst hierzu berufene Person von der Schweigepflicht entbindet. Das Recht des Arztes, sein Zeugniss zu verweigern, ist kein selbstständiges; er geniesst es nicht um seiner selbst willen, sondern nur mit Rücksicht auf den Patienten, dem dadurch ermöglicht werden soll, sich rückhaltlos dem Arzte anzuvertrauen, ohne befürchten zu müssen, dass das, was er ihm mittheilt, später in unliebsamer Weise vor die Oeffentlichkeit gebracht wird. Wie nun aber, wenn sich der Patient ohne genügenden Grund weigert, dem Arzte die Erlaubniss zum Reden zu ertheilen? In einem Ehescheidungsprozesse, der vor einiger Zeit vor den Hamburger Gerichten schwebte, handelte es sich um den Gesundheitszustand des beklagten Ehemannes; es war dieserhalb der ihn behandelnde Arzt als sachverständiger Zeuge vorgeladen worden, der Beklagte jedoch hatte erklärt, dass er ihn von seiner Schweigepflicht nicht entbinde, und nun hatte die Ehefrau, die hier als Klägerin auftrat, einen besonderen Prozess anhängig gemacht, dessen Ziel es war, den Beklagten zu verurtheilen, darein zu willigen, dass der Arzt die ihm vorgelegten Fragen dem Richter beantworte. Es bestimmt nämlich die Zivilprozessordnung im §. 894:

„Ist der Schuldner zur Abgabe einer Willenserklärung verurtheilt, so gilt die Erklärung als abgegeben, sobald das Urtheil die Rechtskraft erlangt hat."

Das Gericht sollte also durch Urtheil darüber entscheiden, dass die Weigerung des Beklagten eine grundlose sei, und das rechtskräftige Urtheil, das darauf hin ergehen würde, sollte dem Arzte gegenüber dieselbe Bedeutung haben, wie wenn ihm sein Patient ausdrücklich erklärt hätte, er dürfe rückhaltslos reden. Diese Klage hat das Oberlandesgericht zu Hamburg unter dem 14. Juni 1901 als begründet erachtet und demgemäss den Beklagten verurtheilt, den in Rede stehenden Arzt der Klägerin gegenüber von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit zu entbinden. Weiter konnte natürlich das Urtheil nicht wirken, es vermochte sich also vor allen Dingen an dasselbe nicht die Folge zu knüpfen, dass der Arzt nun befugt sein könnte, überhaupt jedem gegenüber seine Schweigepflicht ausser Acht zu lassen. Zur Begründung dieser Entscheidung führt das Gericht zunächst (was für uns hier nicht in Betracht kommt) das Interesse der Klägerin an den Aussagen des Arztes aus und fährt dann fort:

„Anderseits kann dem Arzte aber nicht zugemuthet werden, dass er ohne durch seinen Patienten von der ihm durch das Gesetz (Strafgesetzbuch §. 300) schlechthin und ohne unterscheidende Einschränkungen auferlegten Verschwiegenheitspflicht entbunden zu sein, seinerseits entscheiden solle, ob er nach Lage der Umstände trotzdem reden und Auskunft geben darf. Er braucht nicht auf eigenes Risiko zu handeln und sich nicht der Möglichkeit, eventuell durch seinen Patienten in strafrechtliche Weiterungen verstrickt werden zu können, im Vertrauen darauf, dass er nach Sachlage nicht strafbar sei, aussetzen. Es ist sein gutes Recht, so lange er von der Verschwiegenheit nicht entbunden ist, der Ehefrau gegenüber jede Auskunft und eventuell vor Gericht sein Zeugniss auf Grund des Gesetzes (Z. P. O. §. 383 Ziffer 5) zu verweigern. . . . In solchen Fällen muss also die Ehefrau, um von dem Arzte ihres Mannes die für sie persönlich, wie im Interesse ihrer Nachkommenschaft nothwendige Auskunft erhalten zu können, von ihrem Manne beanspruchen, dass er seinen Arzt ihr gegenüber von der diesem gesetzlich obliegenden Pflicht zur Wahrung der ihm in seinem Berufsfache anvertrauten Privatgeheimnisse entbinde, da sobald dies geschehen ist, der Arzt seine Auskunft, jedenfalls als Zeuge vor Gericht (Z. P. O. §. 385 Schlusssatz) nicht mehr verweigern darf. Es fragt sich, ob dieser Anspruch ein im Rechtswege verfolgbarer, klagbarer Anspruch ist."

Diese letztere Frage aber hat das Gericht unbedenklich bejahen zu dürfen geglaubt, da das hier in Betracht kommende Interesse der Frau als ein Rechtsgut anzusehen sei.

Nachdem dieses Urtheil die Rechtskraft beschritten hatte, verlangte der Anwalt der Klägerin, dass der Arzt nunmehr zur Abgabe seines Zeugnisses und Gutachtens, nöthigen Falls unter Anwendung des Zeugnisszwanges geladen werde. In dem Protokoll über die zu seiner Vernehmung anberaumte Verhandlung heisst es nun wörtlich:

„Dem dann vorgerufenen Zeugen wurde zunächst von dem Urtheile vom 14. Juni 1901 mit dem Bemerken, dass dasselbe rechtskräftig geworden sei und ihn nach Ansicht des Gerichtes zur Aussage verpflichte, Kenntniss gegeben.

Der Zeuge bat sodann — und erhielt vom Vorsitzenden — vor Weiterem Rechtsbelehrung über die Möglichkeit eines gegen die ihn zur Aussage für verpflichtet erachtende Meinung des Berufungsgerichts ihm etwa noch zuständigen Rechtsbehelfs und erklärte sodann: er sehe sich im beruflichen Interesse genöthigt, die Rechtsverbindlichkeit des Urtheils vom 14. Juni 1901 zu bestreiten, halte sich demgemäss durch dies Urtheil nicht von seiner Verpflichtung zur Verschwiegenheit dem Beklagten gegenüber für entbunden und beharre bei seiner schon am 19. April 1901 erklärten Verweigerung seines Zeugnisses, bis er dazu verurtheilt und die Beschwerdeinstanz gegen solches Urtheil erschöpft sein werde."

Das Oberlandesgericht zu Hamburg hat nun diese Weigerung durch Urtheil vom 5. März 1902 für unberechtigt erklärt und es ausgesprochen, dass der sachverständige Zeuge seine Aussage nicht mehr verweigern dürfe. Es geht hierbei von der Ansicht aus, dass das vorher erwähnte Erkenntniss dieselbe Bedeutung habe wie ein freiwillig von dem beklagten Ehemanne ausgesprochener Verzicht auf die Wahrung der Verschwiegenheit seitens des ihn behandelnden Arztes. Das Reichsgericht jedoch hat auf sofortige Beschwerde des Zeugen gegen das zuletzt ergangene Zwischenurtheil diese Entscheidung am 10. April 1902 wieder aufgehoben, und zwar aus folgenden überwiegend formalen Gründen:

„Jedes Urtheil schafft nur Rechtskraft zwischen den unmittelbar daran betheiligten Parteien, hier also zwischen der klägerischen Ehefrau und dem beklagten Ehemanne. Es ist damit aber noch nicht festgestellt, ob nicht der Beschwerdeführer, d. h. der hier in Rede stehende Arzt, unabhängig von dieser Entscheidung zur Ablegung seiner Aussagen berechtigt sei, es müssten also in dem Urtheile, um auch den sachverständigen Zeugen zu binden, ausgesprochen sein, dass eine Beantwortung der ihm vorgelegten Fragen nunmehr aufgehört habe, unbefugt zu sein".

Die im Vorstehenden reproduzirten Anschauungen beantworten zugleich mit Bestimmtheit eine bisher äusserst umstrittene Frage. Es ist nämlich vielfach die Ansicht geäussert worden, dass ein Arzt niemals unbefugt ein ihm anvertrautes Geheimniss offenbare, wenn er vor Gericht oder sonst vor einer Behörde auf Fragen, die man ihm dort vorlegt, Antwort giebt. So sagt z. B. der bekannte Kommentator der Zivilprozessordnung Löwe in einer Anmerkung zu §. 52 dieses Gesetzes: „In der Ablegung eines vom Richter geforderten Zeugnisses ist eine unbefugte Offenbarung im Sinne des §. 300 Strafgesetzbuchs niemals enthalten", und ganz neuerdings hat sich zu dieser Auffassung auch der Landesgerichtsdirektor Fromme in Magdeburg (vergl. Berliner Klinik. Sammlung klinischer Vorträge; März 1902)[1]) bekannt. Wie man ohne Weiteres sieht, steht das Oberlandesgericht zu Hamburg gerade auf dem entgegengesetzten Standpunkte, den es in dem oben im Wortlaut mitgetheilten Passus präzisirt, der von dem Risiko, das der Arzt eingeht, wenn er ohne ausdrückliche Genehmigung sich als Zeuge oder Sachverständiger äussert. Das Reichsgericht hat diese Meinung offenbar stillschweigend gebilligt; denn sonst wäre seine eigene Entscheidung vom 10. April 1902, von der oben ebenfalls kurz die Rede war, nicht zu verstehen. Die Vertreter des ärztlichen Standes werden deshalb gut thun, sich diese strengere Auslegung des Gesetzes anzueignen, wonach die blosse Thatsache, dass das Gericht oder sonst eine Behörde ihnen eine Frage vorlegt, noch nicht die Schweigepflicht in Wegfall bringen kann.

Beitrag zur Frage der Granulosebekämpfung.

Von Dr. Alfred Schmidt in Neustettin, staatsärztlich approbirt.

Mit Rücksicht auf die in Nr. 9 der „Zeitschrift für Medizinalbeamte" vom 15. Februar 1902 veröffentlichten „Bemerkungen

[1]) Siehe Referat darüber in der heutigen Nummer.

zur Granulosefrage" von Kreisarzt Med.-Rath Dr. Heidenhain in Stolp, erlaube ich mir nachstehend einige Mittheilungen über die Resultate der Granulosebekämpfung im nördlichen Theile des Kreises Rummelsburg i. Pomm., woselbst ich mich praktisch über 2 Jahre lang an diesem Kampf betheiligt habe.

Mit dem planmässigen Vorgehen gegen die Granulose wurde im Kreise Rummelsburg im Jahre 1899 begonnen. Unter Berücksichtigung der im Kreise ansässigen Aerzte wurde der Kreis in 4 Granulosebezirke eingetheilt, und je ein Bezirk einem Arzte zur Ueberwachung und Behandlung übertragen, nachdem die betreffenden Aerzte an der Greifswalder Augenklinik an einem Granulosekursus theilgenommen hatten. Die Oberaufsicht fiel naturgemäss dem Kreisarzt zu. Die Thätigkeit der Aerzte erstreckte sich auf vierteljährlich vorzunehmende Revisionen in sämmtlichen Schulen ihres Bezirkes, und vor allem wurde den Ostern und Michaelis neu eintretenden Kindern besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Fand sich bei Schulkindern Granulose, so wurden nach Möglichkeit auch die Eltern und nicht schulpflichtigen Geschwister, kurz die ganze Familie einer Untersuchung unterzogen. Die schweren, operative Eingriffe erfordernden Fälle, wurden ausgesondert und zur Operation bestellt, während die leichteren Fälle den Lehrern nach ertheilter Anweisung über die einzuschlagende Behandlung und die nöthigen Vorsichtsmassregeln (Alleinsetzen!) zur Behandlung blieben. Ebenso wurde nach Möglichkeit eine Aufklärung und Belehrung der Kinder und vor allem der Eltern, über das Wesen und die Gefahren der Granuloseerkrankung versucht, und denselben immer wieder alle Vorsichts- und Verhaltungsmassregeln eingeprägt. Beim etwaigen Wechsel des Wohnortes seitens granulosekranker Familien wurde der betreffende Arzt resp. Kreisarzt, soweit das möglich, benachrichtigt.

Die eigentliche Behandlung, abgesehen natürlich von der operativen, geschah durch die Lehrer, welche sich dazu bereit erklärt hatten, nach den Anweisungen und Verordnungen der Aerzte, Die nöthigen Medikamente und Hülfsmittel (Tropfen, Salben, Watte und Glasstäbchen) stellte der Kreis.

Benutzt wurden ausschliesslich — natürlich gelten die folgenden Angaben nur für meinen Bezirk — Cupr. oder Zinc. sulfuricum-Lösungen ($^1/_2$—1%) und Cupr. sulfuricumsalbe ($^1/_2$—1%). Die Einträufelungen resp. Salbeneinreibungen wurden einen um den anderen Tag gemacht, also wöchentlich dreimal.

Alle leichteren und mittleren Granulosefälle wurden zunächst der medikamentösen Therapie unterzogen, und erst wenn nach halbjährlicher Behandlung im einzelnen Falle kein Fortschritt oder womöglich gar eine Verschlimmerung bemerkbar war, wurde zur Operation geschritten.

Bevor ich die bei diesem Verfahren erzielten Resultate mittheile, bemerke ich, um Irrthümern vorzubeugen, dass es sich bei den folgenden Angaben lediglich um Schulkinder handelt, da nur diese mit Sicherheit vollzählig zur Untersuchung herangezogen werden konnten. Ferner sind die Angaben und Re-

sulate nur durchschnittliche, wie das ja auch garnicht anders zu erwarten ist.

Am 1. Oktober 1899 waren von 1189 untersuchten Kindern krank an Granulose 274 = 23 %. Nach einjähriger Behandlung, also am 1. Oktober 1900 waren von 1200 untersuchten Kindern noch 173 = 14,4 % granulosekrank, während 101 = 36,7 % als vorläufige (mit Rücksicht auf die häufigen Rezidive) Heilungen zur verzeichnen waren. Diese 101 vorläufige Heilungen waren erzielt durch:

1) 67 Operationen mit nachfolgender Salbenbehandlung. Hiervon waren bis zum 1. Oktober 1900 10 Rückfälle = 15,9 % und 57 Heilungen = 85,1 % zu verzeichnen.

2) Rein medikamentöse Behandlung in 207 Fällen mit 44 Heilungen = 21,2 %. In der Zeit vom 1. Oktober 1900 bis zum 1. September 1901 kamen im ganzen 205 granulosekranke Schulkinder zur Behandlung und waren bei der Revision am Schluss unter 1221 untersuchten Schulkindern noch 110 Kranke = 9 %. Es waren also weitere 95 vorläufige Heilungen = 46,3 % zu verzeichnen.

Stattgefunden hatten 82 Operationen mit nachfolgender Salbenbehandlung, davon rezidivirten 17 (= 20,7 %) während 65 Fälle (= 89,2 %) vorläufig geheilt waren.

Rein medikamentöse Behandlung fand in 123 Fällen statt. Erzielt wurden 30 Heilungen = 24,3 %. Kurz übersichtlich geordnet giebt das folgendes Bild:

Jahr	Zahl der untersuchten Kinder	Krank	Geheilt
1899 bei Beginn der Behandlung	1189	274 (23 %)	—
1. Oktob. 1900	1200	173 (14,4 %)	101 (36,7 %)
1. Sept. 1901	1221	110 (9 %)	95 (46,3 %)

Sind diese Resultate auch keine glänzenden, so sind sie doch mit Rücksicht auf die schwierigen Verhältnisse, unter denen sie erzielt wurden, immerhin annehmbare. Es handelte sich um 14 Ortschaften mit Ausbauten, von denen manche 15—20 Kilometer vom Wohnsitz des Arztes entfernt waren. Dazu kommt, dass die beiden Berichtsjahre auch zugleich den Anfang der Granulosebekämpfung in den betreffenden Bezirke darstellen und Anfangs nicht geringe Schwierigkeiten zu überwinden waren, welche ihre Ursache theils an der Abneigung und dem Misstrauen der ländlichen Bevölkerung gegen derartige Massnahmen, theils in dem Anfangs geringen Entgegenkommen der Gemeinde- und Gutsvorstände, sowie der unteren Schulbehörden hatten.

Wenn nun auch damit gerechnet werden muss, dass bei den erzielten Heilungen eine grössere Anzahl Rezidive eintreten werden, erleben doch sogar Augenkliniken bei der Granulose bis zu 50 % Rezidive, so dürfte doch meines Erachtens soviel aus vorstehendem Bericht nebst Statistik hervorgehen, dass, obwohl eine gesetzliche Regelung dieser Frage zur Zeit nicht vorhanden ist, durchaus nicht „jedes Bemühen verlorene Zeit und verlorenes Geld“ ist, sondern dass man auf die geschilderte Art und Weise auch unter den augenblicklichen Verhältnissen dem Vordrängen und Fortschreiten der Granulose erfolgreich Einhalt gebieten kann. Wird dieser Kampf energisch und planmässig weitergeführt, so dürfte es sehr wohl möglich sein, in einigen Jahren der Granulose Herr zu werden oder wenigstens ihre Ausbreitung auf ein Minimum zu beschränken

Freilich erschwert das Fehlen einer gesetzlichen Unterlage

den Kampf gegen die Granulose ungemein; denn trotz aller Unterstützung durch die Landrathsämter ist man immer noch mehr oder weniger auf den guten Willen der Gemeinde- und Gutsvorstände angewiesen, und selbst diesen vorausgesetzt, ist es doch bei der heutigen Lage der Dinge kaum möglich, die Erwachsenen und nicht schulpflichtigen Kinder einer regelmässigen Untersuchung und Kontrolle sowie vor allem einer plan- und sachgemässen Behandlung zu unterwerfen; auch bei den Kindern hat die wie gesagt, manchmal seine Schwierigkeiten. So wünschenswerth nun auch eine gesetzliche Regelung dieser Frage und vor allem eine obligatorische Behandlung der Erkrankten wäre, vorläufig haben wir sie noch nicht und müssen uns also mit den derzeitigen Verhältnissen abfinden, so gut es geht, und troztdem möglichst viel zu erreichen suchen. Aehnlich verhält es sich mit den Schwierigkeiten, welche aus der weiten Ausdehnung der einzelnen Arztbezirke resp. dem theilweisen Aerztemangel gerade in den am meisten gefährdeten östlichen Bezirken, und aus der Freizügigkeit der Bevölkerung resultiren.

Wie oft erlebt man es leider, dass in Gemeinden, die bisher völlig frei von Granulose waren, nach einem Umzugstermin eine oder mehrere stark trachomkranke Familien auftauchen und die ganze Gemeinde zu verseuchen drohen, wenn nicht sofort energisch eingegriffen wird. Die gesetzlich geleistete Freizügigkeit deshalb beschränken zu wollen, dürfte nicht angängig sein, und ländliche Gemeinden auf den Selbstschutz durch Verbot des Zuzugs, hinzuweisen, hat bei der herrschenden Leutenoth keinerlei Aussicht auf Erfolg. Meines Erachtens lässt sich aber der Gefahr, dass selbst offenkundig schwer granulosekranke Familien oder einzelne Personen ohne Kontrolle hierhin und dorthin ziehen, und mit der Zeit nicht nur eine, sondern womöglich auch mehrere Gemeinden verseuchen, dadurch vorbeugen, dass jeder Guts- und Gemeindevorstand eine Liste der in seinem Bezirk vorhandenen Granulosekranken zu führen hat. Zieht nun eine solche Person oder Familie weg, so müsste der Guts- oder Gemeindevorstand auf der Abzugsbescheinigung bemerken: „granulosekrank.“ Bei Ankunft und Anmeldung des Betreffenden im neuen Wohnort hätte dann der zuständige Guts- resp. Gemeindevorsteher sofort Kenntniss von der seiner Gemeinde drohenden Gefahr, und müsste gehalten sein, schleunigst dem zuständigen Landrathsamte, dem Kreisarzt oder dem Arzte des betreffenden Granulosebezirks Anzeige zu machen, damit ungesäumt die nöthigen Massregeln ergriffen werden können. Soweit meine Erfahrung reicht, gelingt es wohl immer, so einen vereinzelten Granuloseherd in kurzer Zeit zu unterdrücken, wenn sofort energisch eingegriffen und sämmtliche Fälle — am besten sofort — operirt werden. Jedenfalls erscheint dieses Verfahren einfacher, leichter durchführbar und mit weniger Kosten verknüpft, als die in Nr. 4 dieser Zeitschrift vom 15. Februar aufgestellte Forderung Heidenhains-Stolp, dass „Familien von durchseuchten Gemeinden erst in immune Gemeinden übersiedeln dürfen, nachdem sie durch kreisärztliches Gutachten für granulosefrei erklärt sind.“

In dieser Form dürfte die Heidenhain'sche Forderung überhaupt nicht durchführbar sein. Allenfalls möglich wäre es vielleicht, so lange die Personen oder Familien im Kreise bleiben, ziehen sie aber in einen anderen Kreis, in eine andere Provinz oder gar in einen anderen Bundesstaat, so dürfte zur Zeit die von Heidenhain gewünschte Kontrolle gar nicht möglich sein, während die oben vorgeschlagene Form sich gewissermassen von selbst erledigen würde, da An- und Abmeldung bei Zu- und Wegzug allgemeine Polizeivorschrift ist.

Ebenso wenig erfüllbar scheint mir Heidenhains Forderung, in grösseren Kreisen jüngere Aerzte eigens zum Zweck der Granulosebekämpfung in die grösseren Ortschaften einzusetzen. Wenn auch der Staat ein erhebliches Interesse daran hat, der Granulose möglichst bald Herr zu werden, so muss doch der zu erwartende Erfolg einigermassen im Einklang stehen mit den aufzuwendenden Mitteln. Würden nun nach Heidenhain in grösseren Kreisen jüngere Aerzte in die grösseren Ortschaften eingesetzt, so dass also Granulosebezirke von etwa 1—2 Meilen im Umkreis gebildet würden, so würden in ausgedehnteren Kreisen mindestens 2—3 solcher Aerzte nöthig sein. Der Staat müsste doch jeden mit mindestens 3000 M. besolden und ausserdem mindestens 1000 M. für Fuhrkostenentschädigung rechnen, wenn diese Aerzte die Granulosekranken ihres Bezirkes auch wirklich behandeln sollten. Es würde somit je nach der Grösse des Kreises ein ausserordentlicher Aufwand von 8—12000 M. erforderlich sein, also etwa das Zehnfache eines Kreisassistenzarztgehaltes. Zweifellos würden nun, wenn auch die medikamentöse Behandlung der Granulosekranken in ärztlichen Händen läge und die Revisionen häufiger stattfänden, wohl etwas grössere und schnellere Fortschritte gemacht werden, trotzdem dürften aber die aufgewandten hohen Kosten durch den Erfolg nicht aufgewogen werden. Selbst wenn in jedem Dorfe ein Arzt sässe, würden die Schwierigkeiten, welche der Indifferentismus und der mangelhafte Reinlichkeitsinn des grössten Theiles der Landbevölkerung, desgleichen die noch mangelhafteren Wohnungsverhältnisse im Kampfe gegen die Granulose machen, die gleichen bleiben, die Kosten aber, zumal bei der grossen Neigung der Granulose zu Rezidiven auf einen jahrzehntlangen Kampf gerechnet werden muss, in's Ungeheure wachsen.

Sollten aber die von Heidenhain gewünschten Granulose ärzte auf die allgemeine Praxis verwiesen werden, und würde ihnen die Regierung nur ein Einkommen in genannter Höhe garantiren, also eventuell nur Zuschuss zu leisten brauchen, so würde sich das zwar etwas billiger stellen, dafür aber den auf dem Lande ansässigen, nicht beamteten Aerzten mit staatlicher Hülfe, ja direkt durch den Staat, eine Konkurrenz geschaffen werden, durch welche dieselben in ihrer an sich schon schweren Existenz gefährdet werden würden. Wenigstens gilt das für Hinterpommern, wo sich eben die spärliche Vertheilung der Aerzte auf weite Bezirke im Grossen und Ganzen weniger durch Aerztemangel, als durch Fehlen der Existenzmöglichkeit erklärt.

Der Bezirk, auf den sich vorliegender Bericht und Statistik beziehen, ist ziemlich ausgedehnt (14 Ortschaften bis zu 20 Kilometer Entfernung!); damit dürfte erwiesen sein, dass bei sachgemässer Abgrenzung der Granulosebezirke auch bei ziemlicher Grösse unter gehöriger Heranziehung der bereits in den einzelnen Bezirken ansässigen Aerzte, der Kampf gegen die Granulose durchaus sich mit Aussicht auf Erfolg aufnehmen und durchführen lässt. Wünschenswerth ist es natürlich, ja direkt erforderlich, dass einmal die nöthigen Mittel zur Verfügung gestellt und bei den in Frage kommenden Aerzten das Interesse für die Sache geweckt resp. ihnen jede mögliche Unterstützung gewährt wird, damit sie in dem mühevollen und langwierigen Kampfe nicht erlahmen. Was in dieser Hinsicht vorläufig zu thun war, hat die Regierung gethan und thut es noch, in dem sie eine grössere Anzahl Aerzte sowohl aus den Städten, wie speziell auch vom Lande zu Granulosekursen einberufen und diese dann mit der Granulosebekämpfung betraut hat.

Freilich wird die Hülfe der Lehrer nicht zu entbehren sein. Diese Hilfe der Dorfschullehrer im Kampfe gegen die Granulose, hat sich, soviel mir bekannt, sowohl in Ost- und Westpreussen, wie auch in Pommern durchaus bewährt. Auch der im vorigen Jahre von Gutknecht veröffentlichte Bericht über den Stand der Granulose und die Bekämpfung derselben im Kreise Bütow, hebt die Bereitwilligkeit der Lehrer und ihren Antheil an den guten Erfolgen hervor. Ebenso habe ich in meinem früheren Bezirke im Grossen und Ganzen das grösste Entgegenkommen der Lehrer in dieser Hinsicht gefunden.

Sollten in besonders grossen ländlichen Kreisen die auf dem Lande ansässigen Aerzte nicht ausreichen, und auch der Kreisarzt wegen Ueberbürdung mit anderen Amtsgeschäften nicht in der Lage sein, auf der ganzen Linie den Kampf gegen die Granulose zu leiten, so würde es sich vielleicht empfehlen, gerade dieses Gebiet dem Kreisassistenzarzt zuzuweisen, eventuell hier und da zur Errichtung neuer Kreisassistenzarztstellen zu schreiten. Die Regierung hätte damit eine weitere Garantie für energische und planmässige Bekämpfung der Granulose, und ausserdem geeignete Stellen zum Vorbereitungsdienst für spätere Kreisärzte.

Zur Granulosefrage in Hinterpommern.

Von Dr. Gutknecht, Kreisarzt in Bütow.

Auf Grund meiner im Laufe von 5 Jahren in der Bekämpfung der Granulose gemachten Erfahrung möchte ich die Annahme des Herrn Kreisarztes Dr. Dubois in Nr. 10 dieser Zeitschrift, dass es hier in Pommern mit der Granulose besonders schlimm stände, richtig stellen.

Ueber die ganze Granulosefrage in Pommern, speziell im Bütower Kreise, habe ich in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen, 3. Folge, XX., 2, eine längere Arbeit veröffentlicht, auf die ich hier verweisen möchte.

Die Granulose hat im hiesigen Regierungsbezirk zunächst bei Weitem noch nicht die Ausdehnung erlangt, wie in den anderen östlichen Provinzen, und besonders auch nicht im Kreise Stolp. Stadt und Landkreis Stolp mit ihren über 100000 Einwohnern haben ca. 500 Granulosekranke und unter diesen noch nicht 50 mittelschwere und schwere Fälle. Demnach ist im Kreise Stolp nur $^1/_2$ % der Bevölkerung befallen, so dass von einer schweren Durchseuchung des Kreises wohl nicht die Rede sein kann. Eher konnte vor 4 Jahren von einer Durchseuchung des Bütower Kreises gesprochen werden, wo 13,9 % der Schulkinder und 4,6 % der gesammten Bevölkerung befallen waren, während heute nach fünfjähriger gleichmässiger Bekämpfung nur noch 0,74 % der Schulkinder und 0,17 % der Erwachsenen erkrankt sind.

Was nun zunächst den Einfluss der Freizügigkeit auf die Verbreitung der Granulose betrifft und den Vorschlag, dass Familien aus den verseuchten Kreisen in immune Kreise nur dann übersiedeln dürfen, wenn sie durch kreisärztliches Gutachten für granulosefrei erklärt sind, so hat diese Frage Herr Kreisarzt Dr. Schmidt zu Belgard bereits im Jahre 1898 in dieser Zeitschrift, Nr. 22, sehr eingehend an der Hand der gesetzlichen Bestimmungen erörtert und ein solches Verfahren längst für undurchführbar erklärt.

Was ferner die Verwendung der Lehrer bei der Granulosebehandlung angeht, so hat die praktische Erfahrung doch überall gelehrt, dass dieselben sich als eine äusserst werthvolle Unterstützung der ärztlichen Thätigkeit bewährt haben. Ganz besonders möchte ich auf die Thätigkeit derselben und deren Erfolg hier im Bütower Kreise hinweisen. Hier werden sämmtliche leichten Fälle nach meiner Vorschrift durch die Lehrer behandelt, während alle mittelschweren und schweren Fälle im hiesigen Krankenhaus operativ behandelt werden. Bisher hat sich kein einziger Lehrer dieser Aufgabe entzogen, vielmehr haben sie sich sämmtlich mit solch einem Eifer, Interesse und Geschick der Sache angenommen und hingegeben, dass die Abtheilung für Kirchen und Schulwesen in Köslin Veranlassung nahm, ihnen eine öffentliche Belobigung und Anerkennung auszusprechen. Ich habe gerade diese Frage über die Verwendbarkeit der Lehrer in meiner oben zitirten Arbeit sehr eingehend erörtert und zu zeigen gesucht, wie es durchaus nicht schwer ist, die Lehrer zu der Uebernahme der Behandlung zu veranlassen. Es ist durchaus keine absolut ungerechte Anforderung, wenn die Behörde den Lehrern die Behandlung der leichten Fälle auferlegt; denn es ist eine Pflicht des Lehrerstandes und gehört mit zu dem eigentlichen Wesen des Lehrers, auch auf das leibliche Wohl seiner Schulkinder zu achten und, soweit es in seinen Kräften steht, zur Erhaltung desselben mitzuwirken. Einem Lehrer, der sich dessen nicht bewusst ist, kann mit Fug und Recht von der Behörde der Vorwurf der Interesselosigkeit gemacht werden. Dieses Interesse aber als der Grundlage der exakten

[1]) Siehe auch den vorhergehenden Artikel.

Behandlung bei den Lehrern zu erwecken und rege zu erhalten, ist die vornehmste und wichtigste Aufgabe des Kreisarztes bei der Bekämpfung der Granulose. Es ist dies allerdings keine leichte Arbeit und erfordert viel Mühe und Takt, dafür sind die Erfolge, die man dann in der Granulosebehandlung erzielt, aber um so schöner. So gut wie im hiesigen Kreise sämmtliche Lehrer aus freiem Antriebe, nicht gezwungen, jahrelang tagein tagaus den ihnen zur Behandlung übergebenen Kindern die Salbe einstreichen und die leichten Fälle zur Heilung gebracht haben, ebenso, meine ich, dürfte es auch in anderen Kreisen möglich sein, die Lehrer zur Erfüllung dieser ihrer Pflicht zu bringen. Freilich wenn man auf dem Standpunkt steht, dass diese Anforderung der Behörde eine absolut ungerechtfertigte ist, dann ist es kein Wunder, dass die Behandlung der Granulose auf dem Lande keine Fortschritte macht. Wer soll denn die Behandlung auf dem Lande sonst führen? Der in Nr. 4 dieser Zeitschrift gemachte Vorschlag, auf jedes Dorf jüngere Aerzte hinzusetzen, die nun an Stelle der Lehrer die leichten Granulosefälle behandeln, ist doch absolut undurchführbar und bedarf kaum der Widerlegung. Mit unseren heutigen gesetzlichen Bestimmungen und Ministerialverfügungen kommen wir bei richtiger Durchführung vollständig aus; und es sind ja auch thatsächlich nicht nur in Ostpreussen, sondern auch bei uns in Pommern sehr gute Erfolge erzielt worden. Wenigstens im hiesigen Kreise sind nach 5jähriger gleichmässiger Arbeit nur noch ganz vereinzelte Fälle vorhanden gegenüber den ca. 2000 Erkrankungen vor 5 Jahren.

Ich möchte zum Schluss noch bemerken, was ich schon in meiner früheren Arbeit ausgeführt habe, dass unsere Granuloseliteratur vielfach an dem Fehler leidet, dass die auf Grund einer kurzen Beobachtung lediglich lokaler Epidemien gewonnenen Ansichten und Schlüsse gleich auf die Granulose im Grossen übertragen und verallgemeinert werden, und so Massnahmen zur Bekämpfung vorgeschlagen, die völlig unausführbar und deswegen zwecklos sind. Die Granulose bietet ein in den einzelnen Theilen des Staates so unendlich verschiedenartiges Bild je nach den Kulturverhältnissen, den Lebensbedingungen der Bevölkerung, der Bodenbeschaffenheit und geographischen Lage des betreffenden Bezirks, ihrem längeren oder kürzeren Bestehen etc., dass zur Verallgemeinerung nur die Schlüsse und Ergebnisse taugen, welche aus der Vergleichung dieser verschiedenartigen Bilder gewonnen sind.

Ueber die Nothwendigkeit der Errichtung von staatlichen und kommunalen Abdeckereien nach Inkrafttreten des neuen Schlachtvieh- und Fleischbeschaugesetzes.

Von Physikus Dr. Pfeiffer in Hamburg.

Nur wenige Monate trennen uns noch von dem Inkrafttreten des Schlachtvieh- und Fleischbeschaugesetzes; der Bundesrath hat

z. Z. noch über Spezialverordnungen zu befinden[1]), doch so viel ist vorauszusehen, dass die Vernichtung konfiszirter Fleisch- und Organtheile erkrankter Thiere in erhöhtem Masse gefordert werden wird, als wie es zur Zeit an manchen Orten zu geschehen pflegt.[2])

Vom hygienischen Standpunkte ist zu fordern, dass das Eingraben der Reste gefallener Thiere, welche zur Verwendung untauglich sind, mit grösserer Vorsicht geschieht; diese Vernichtungsart ist jedoch nicht immer einwandsfrei, denn wir wissen, dass Milzbrandsporen noch sehr lange im Boden lebensfähig sich erhalten können, dass dieselben wiederholt Krankheitsherde abgegeben haben.

Die privaten Abdeckereien arbeiten zumeist nicht so sauber, als wie man es bei der Vernichtung des infektiösen Materials verlangen muss, und vor Allem können sie die kostbaren Endprodukte nicht mit dem gleichen hohen Prozentsatz aus den Theilen und Kadavern extrahiren, da die Anschaffung geeigneter Maschinen und Apparate mit zu hohen Kosten verknüpft ist.

Weiter ist zu bedenken, dass die Abdeckereien nicht immer so sicher kontrolirt werden, um zu verhüten, dass Hundefutter und dergl. abgegeben wird, also Material wieder in den Verkehr gelangt, welches besser der gänzlichen Vernichtung anheimgefallen wäre.

Früher galt der Grundsatz, die Abdeckereien müssen möglichst weit hinaus, ausserhalb des Weichbildes der Stadt verlegt werden. Die Abdecker wurden gemieden wegen ihres Gewerbes, auch war es nicht möglich bei diesem Gewerbe die Geruchsbelästigung hintenanzuhalten. Derartige missliche Umstände sind jetzt nicht mehr der Fall, da die Betriebe ohne merkliche Störungen der direkten Umgebung eingerichtet werden können, ja es ist sogar angerathen, nicht nur wegen der Vereinfachung der Anfuhr, sondern auch wegen der billigeren Verarbeitung des Materials, sie an bestehende Schlachthäuser anzugliedern. Da die Abdeckerei naturgemäss nicht täglich arbeitet, eine Kesselanlage in jedem Schlachthaus vorhanden ist, welche bequem den Wasserdampf an die Verarbeitungsapparate abgeben kann, so werden die Anlagekosten verringert und demgemäss der Gewinn grösser.

Dabei ist nach den Vorschlägen des Polizeiinspektors Ohland und Bauinspektors Lange-Hamburg so zu verfahren, dass in einer Ecke eines Schlachthofes der Platz für die Thierkörperverarbeitung gewählt wird, nach welchem die Konfiskate vom Schlachthof gebracht werden können, eine zweite Thür von aussen, ausserhalb des Schlachthofbezirkes dient zur Abfuhr gefallener Thiere aus der Stadt und aus dem Bezirk, eine dritte Thür von einer anderen Richtung hereinführend, zur Abfuhr der gewonnenen Produkte. Am Boden eines Raumes, zu welchem man vermittelst einer Rampe hinfahren kann, befinden sich eine oder mehrere Oeffnungen, je nach der Grösse der Anlage, zum Hineinwerfen der Kadavertheile, der

[1]) Inzwischen unter dem 30. Mai 1902 erlassen, s. Beilage zu Nr. 13 d. Zeitschrift, S. 159 u. folg.

[2]) Siehe §. 45 der vorgenannten Ausführungsbestimmungen; ibidem, S. 171.

Konfiskate; unter diesem Raum sind die Verarbeitungsapparate aufgestellt, in welche die Einwurfrohre münden.

Als beste Apparate, welche eine sichere und thunlichst beschleunigte Unschädlichmachung der Objekte, daneben aber auch eine ausgiebige wirthschaftliche Nutzbarmachung der zur Vernichtung bestimmten Materialmengen ermöglichen, wird das System Podewil's empfohlen, welches bis zu 2000 kg Rohmaterial auf einmal verarbeiten kann, absolut geruchlos arbeitet, nur Wasserdampf von 130° zum 4—5stündigen Kochen, und 7—8stündiger Trocknung der Objekte benöthigt. Das ausgeschiedene Fett wird durch den Wasserdampf nach oben in einen besonderen Fettbehälter langsam abgedrückt; ist dies erfolgt, so schreitet man zum Trocknen. Der Rest, welcher übrig bleibt, ist das Thierkörpermehl, eine braune, etwas wie Liebig's Fleischextrakt riechende Masse, die wegen ihrer Bestandtheile als vorzügliches Düngemittel sowie als sehr gutes Futter zur Fischzucht und Schweinemast dient; es ist auch nicht unwahrscheinlich, dass, je mehr man sich mit einer eventuellen Verwendung dieses Kadavermehls befasst, sich noch mehr Benutzungsquellen eröffnen, besonders nachdem das Odium etwas geschwunden ist, welches auf diesem sterilen Endprodukt lastet.

Es werden bei dieser Verarbeitung ungefähr 20 % Thiermehl und ca. 9 % Fett nutzbar gemacht, ausser des Werthes der Häute Hufe, Hufeisen und Rosshaare. Das Fett findet Absatz in der Seifenfabrikation; Knochen bleiben fast gar nicht zurück, sondern werden im Apparat zu Mehl verarbeitet.

Berücksichtigt man ferner, dass in Hamburg im Durchschnitt ein Thierkörpermehl von 8 % Stickstoff, 6 % Phosphorsäure, 6 % Wasser und 18 % Fettgehalt gewonnen wird, wobei der Stickstoff grösstentheils in organischer Form enthalten, die Phosphorsäure nur zum kleineren Theil an Kalk gebunden, und deshalb in einer von den Pflanzen leicht assimilirbaren Form vorhanden ist, so ergiebt sich, dass das Thierkörpermehl ein gutes Düngemittel ist.[1])

In einem anderen Gutachten[2]) betont Prof. Emmerling-Kiel, als Düngemittel sei das Fleischmehl hauptsächlich auf kalkreichem Boden zu empfehlen. Da das Düngemittel kalkarm sei und recht viel organische Materie enthalte, die durch Fäulniss etc. Säure bilden könnte, da ferner 60 Pfund Fleischmehl reichlich so viel Stickstoff und Phosphorsäure enthalten, wie 1000 Pfund Stalldünger, aber viel weniger Kali, so müsse bei Benutzung von Fleischmehl noch Stassfurter Kali zugesetzt werden; es sei als Hülfsdünger zu betrachten, wie Peruguano etc.

Durch das Sinken der Preise für Kunstdünger, und in Anbetracht, dass das Mehl als Futtermittel wegen seines hohen Gehaltes an Nährstoffen besseren Absatz finden würde, versuchten Ohland u. Lange, die verdienstvollen Leiter der Hamburgischen

---

[1]) Die städtische Abdeckerei in Hamburg, unter Berücksichtigung ihren Beziehungen zur Landwirthschaft (Hamburg 1897; Grefe & Tiedemann). Gutachten von Prof. Maerker; S. 25.

[2]) Ibidem; S. 26 ff.

Abdeckerei, andere Absatzgebiete zu erschliessen; es gelang ihnen auch, diesen Endprodukten bei der Fischzucht und Schweinemast Eingang zu verschaffen und zur vollsten Zufriedenheit der Abnehmer. In der Denkschrift über die Lage der Abdeckerei in Deutschland haben sie ihre Ideen niedergelegt. Wenn sie bei der Besprechung der Fleischmehlfütterung auch nur schätzungsweise die Zahlen angeben können über die Mengen von ausländischen Fleischfuttermehlen, so giebt doch die Schlussfolgerung zu bedenken, dass diese grosse Quantitäten, welche im Inlande gebraucht werden, ganz gut im Lande selbst produzirt werden können.

Aus diesen Erwägungen heraus schlagen sie vor, Kreisabdeckereien zu bauen, nach dem Muster von Friedberg in Hessen, woselbst neuerdings noch zwei Kreisabdeckereien geplant sind. Ob die Verwaltung und der Betrieb pachtweise von den Gemeinden oder von der Regie des Staates ausgeführt werden sollen, wird von Fall zu Fall entschieden werden müssen, da anderseits mit der Einrichtung derartiger Betriebe eine Konkurrenz gegen bestehende Abdeckereien verknüpft ist. Es wird sich vielleicht empfehlen, diejenigen, welche jetzt im Privatbetrieb die Verwerthung der Kadaver betreiben, in die Kreis- oder staatliche Anstalt zu übernehmen. Die hier und da noch bestehenden Zwangs- und Bannrechte für die Abdeckereien werden manchen Orten Schwierigkeiten bereiten, doch wenn diese Abdeckereien dahin gebracht werden, ihre Betriebe auf zeit- und zweckentsprechender Höhe zu halten, analog der zu errichtenden Kreisabdeckereien, so können sie ganz gut als eine Art Kreisabdeckerei bestehen oder der betr. Rechtsinhaber geht, wie oben erwähnt, über in die Stellung des Bezirkes als Kreisabdecker.

Wird eine derartige Anstalt im Kreise so errichtet, dass die Anfuhr von allen Seiten bequem geschehen kann, werden bestimmte Normen festgelegt, nach welchen (cf. Kreis Frieberg) dem Landwirth der angebrachte Kadaver bezahlt werden muss, so kann ein grosser Theil des Materiales bei rationeller Verwerthung erhalten bleiben und Verwendung finden.

Die Transportkosten für die Endprodukte sind in den einzelnen Bezirken minimal; das Futtermittel wird billiger, bürgert sich in Folge dessen mehr ein und verdrängt allmählich die fremden künstlichen Futtermittel; die Rentabilität der Unternehmungen steigt, und die Sanitätspolizei ist durch die einwandsfreie Vernichtung infektiösen Materiales einen guten Schritt weiter gekommen.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Die akute Morphiumvergiftung in gerichtlich-medizinischer Beziehung. Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei; 1902, Heft I.

Die akute Morphiumvergiftung gehört in Deutschland zu den häufiger beobachteten Vergiftungen; nach einem Artikel in Nr. 19 der Aerztlichen Sach-

verständigen-Zeitung (1900) waren in Preussen in den Jahren 1897 und 1898 unter 397 tödtlichen Vergiftungen 33 (16 zufällige, 17 absichtliche) mit Morphium. Es steht damit neben Phosphor an zweiter Stelle. Die Mehrzahl derselben sind sogenannte Medizinalvergiftungen im weitesten Sinne des Wortes, und betreffen relativ häufig das zarteste Kindesalter; die Beantwortung der Frage, ob eine fremde Schuld vorliegt, ist häufig nicht möglich.

Zu Mordzwecken bei Erwachsenen wird Morphium nur selten angewendet; wie häufig dies im Kindesalter durch die verschiedenen Präparate, in denen Morphium allein vorhanden, oder das allein wirksame Prinzip ist, entzieht sich der Beurtheilung. Zu Selbstmordzwecken wird es meist von Leuten des gebildeten Standes benutzt, denen die Wirkung bekannt ist.

Bei der therapeutischen Anwendung im Kindesalter ist äusserste Vorsicht geboten. Eine Tabelle der grössten Gaben für das Kindesalter aufzustellen, ist bis heute nicht gelungen.

Von Erwachsenen werden die erlaubten Maximaldosen meist anstandslos vertragen, doch bilden auch akute Vergiftungen innerhalb derselben keine Seltenheit. Bei Dosen über 0,4 g Morphium tritt so gut wie mit Sicherheit der Tod ein, bei Dosen bis zu 0,4 g Morphium ist Ausgang in Heilung mehrfach beobachtet worden.

War das Morphium in Form von Tropfen oder subkutan dem Organismus einverleibt worden, so muss bei der Berechnung der Dosis das Tropfengewicht und der Inhalt der Spritze genau berechnet werden. Die verschiedenen Applikationswege sind nur durch den schnelleren oder langsameren Eintritt der Vergiftung verschieden. Morphium wird schlecht vertragen bei allen Erkrankungen des Herzens und der Lunge, gut bei allen Erkrankungen, die mit starker motorischer Unruhe einhergehen. In die Muttermilch und den fötalen Blutkreislauf scheint das Morphium überzugehen. Von allen Krankheitssymptomen, die bei der akuten Morphiumvergiftung zur Beobachtung kommen, ist kein einziges so charakteristisch, dass es gelegentlich in einem zweifellosen Falle nicht einmal fehlen könnte.

Pathologisch-anatomisch bietet die akute Morphiumvergiftung weder makroskopisch noch mikroskopisch einen charakteristischen Befund.

Der Organismus sucht sich des ihm einverleibten Morphiums durch den Harn, den Magen-Darmkanal und den Speichel wieder zu entledigen. Ob die grössere Menge durch den Harn oder den Magen-Darmkanal zur Ausscheidung gelangt, ist nach den neuesten Untersuchungen wieder strittig geworden. Nach Lesser's Resultaten an Menschen, ist die Wahrscheinlichkeit, den Nachweis einer akuten Vergiftung durch die chemische Untersuchung des Harns zu führen, eine grosse. In den Organen lagert es sich am meisten in der Leber ab. Es kann sich jedoch auch in allen übrigen Körperbestandtheilen und Körperflüssigkeiten der Leiche ablagern und den chemischen Nachweis gestatten.

Das Morphium wird im Organismus zum Theil zersetzt, zum Theil bleibt es unverändert. Die Vorgänge hierbei, speziell die Umwandlungsprodukte des Morphiums bedürfen noch weiterer Aufklärung.

Morphium ist in der Leiche noch nach Monaten unverändert gefunden worden, und ist das Gelingen seines Nachweises nicht so sehr von der gewählten Methode wie von der Uebung des Untersuchers abhängig. Auch in zweifellosen akuten Vergiftungen kann der chemische Nachweis ein negativer sein. Quantitativ gelingt derselbe nur sehr selten.

Auf den physiologischen Nachweis des Morphiums ist Verzicht zu leisten.

In der Beweisführung einer akuten Morphiumvergiftung kommt den intra vitam beobachteten Vergiftungssymptomen die grösste Bedeutung, die geringste dem Sektionsbefund zu. Ein negativer chemischer Befund schliesst eine akute Vergiftung nicht aus, ein positiver sichert die Diagnose.

Dr. Rump-Recklinghausen.

Ein Fall von Vergiftung durch Kalium bichromat. Von Victor Audibert (Marseille). Comptes rendus de la soc. de biol.; 1902, S. 516, Mai.

Am 9. Oktober 1901 wurde in's Hôtel-Dieu ein Mann aufgenommen, der sich mit Kaliumbichromat zu vergiften versucht hatte. Das Allgemeinbefinden war sehr ernst, der Patient konnte kaum auf Fragen eine Antwort

ertheilen. Die Stärke und die Menge der aufgenommenen Lösung waren nicht bekannt.

Der Autor, der sich zur Aufgabe gestellt hat, bei den verschiedenen Vergiftungen die Leukozytenformel zu bearbeiten, entnahm $3^1/_2$ Stunden nach der Aufnahme des Giftes eine Blutprobe. Er fand im Kubikzentimeter 5208000 rothe Blutkörperchen, 28106 farblose. Der Hämoglobingehalt betrug 12—13%. Es ergab sich nun an den Leukozyten, dass nicht bloss ihre Zahl, und zwar insbesondere jene der polynukleären Formen[1]) vermehrt war, sondern auch dass ihre Kerne gegen Färbemittel auffällig resistent sich erwiesen. Nach Fixation mit Alkohol-Aether und Färbung mit Hämatoxylin-Eosin waren die Kerne schwächer gefärbt, als in der Norm. Der Kranke verliess nach 4 Tagen das Hospital geheilt.

Der Verfasser injizirte nun im weiteren Verfolg der Frage 2 ccm einer 2proz. Kalibichromatlösung Kaninchen subkutan. Auch hier ergab sich Vermehrung der Leukozytenzahl, deutliche aber sehr schwache Färbung der Kerne.

Bekanntlich lassen sich mit Chromsalzen gehärtete Präparate schlecht nach bestimmten Methoden färben; um in Müller'scher Flüssigkeit gehärtete Objekte mit bestimmten Färbemitteln behandeln zu können, muss man sie vorher waschen und die Chromsalze, die sie enthalten, entfernen.

In ähnlicher Weise nimmt der Verfasser an, dass bei Chromvergiftungen die Chromsalze in den allgemeinen Kreislauf übergehen, sich an die Leukozyten fixiren und eine Einwirkung des Hämatoxylin auf die Kerne verhindern. Die Leukozyten spielten auch im vorliegenden Falle die Rolle eines Vertheidigers des Organismus; die Angreifer stellten die Partikel des Giftes dar. Die Leukozytose war nothwendig und war für die Heilung von Bedeutung.

Aus der Resistenz der Kerne gegen den Farbstoff dürfen wir schliessen, dass die Leukozyten die schädliche Substanz in sich aufgenommen haben und zur Elimination derselben dienen. Aber auch auf das Intaktsein der hämatopoëtischen Organe ist Gewicht zu legen; nur wenn diese unversehrt sind, sind sie bei Vergiftungen im Stande eine glänzende Zahl von Leukozyten zu bilden.

Dr. Mayer-Simmern.

Zwei Fälle von Laparotomie wegen spontaner Uterusruptur bei der Entbindung. Von Törngren. Centralbl. f. Gyn.; 1902, Nr. 1.

Ueber Uterusrupturen in Narben. Von Peham. Mittheilung aus Chrobeks Klinik. Ibidem.

Die abdominelle Totalexstirpation bei kompleter Uterusruptur. Von Amann. Münchener mediz. Wochenschr.; 1902, Nr. 11.

Töngren's Beobachtung liefert einen interessanten Beitrag zur Aetiologie der Ruptur, zumal in dem von ihm untersuchten Falle der Nachweis des elastischen Gewebes misslang. Bezüglich der Therapie der Ruptur fasst T. folgendermassen zusammen: Bei unvollkommener Ruptur Tamponade per vaginam, bei kompleter Ruptur: bei drohender Verblutung Laparotomie mit supracervikaler Abtragung des Uterus und Tamponade im unteren Theile der Bauchhöhle mit Mikuliczтampon; wenn dagegen Verblutung nicht droht, Extraktion per vias naturales mit Tamponade der Scheide.

Peham's Mittheilung ist für die Frage zu verwerthen, ob und warum Mehrgebährende nach voraufgegangener Ruptur gefährdet sind. In den drei mitgetheilten Fällen waren schwere Geburten voraufgegangen und jedesmal im Gebiet der Narbe die Ruptur erfolgt. P. betont mit Recht, dass besonders die frühere Rupturnarbe, zumal wenn sie im Gebiet der Dehnungszone sitzt, gefährlich ist. Um eine feste Narbe zu erzielen, sollte man daher die Naht der Rupturwunde durch Laparotomie der Drainage per vaginam vorziehen. Jedenfalls spielt eine unbedeutende Ruptur bei erneuter Schwangerschaft eine bedeutende Rolle; bei grosser Ruptur empfiehlt P. sogar Unterbrechung der Schwangerschaft.

Amann berichtet über zwei Fälle von kompleter Uterusruptur, in welchen es gelang, durch die abdominelle Totalexstirpation die Patientin zu retten. Es werden die therapeutischen (operativen) Massnahmen besprochen, welche in Betracht kommen, und in Naht des Risses, supravaginaler Amputa-

---

[1]) Vergl. auch das Referat über die Arbeit von Achard und Loeper. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1901, 358.

tion oder Totalexstirpation des Uterus je nach Ausdehnung der Verletzung bestehen. Für den Praktiker dürften mehr die nicht operativen Massnahmen von Interesse sein, für welche A. etwa folgende Gesichtspunkte aufstellt: Bei akuter Anämie muss bei ungünstigen äusseren Verhältnissen die Geburt per vias naturales beendigt werden, darnach Kompressivverband mit Uterovaginaltamponade und Drainage des Risses; in einer Klinik: primäre Laparotomie, Naht des Risses oder abdominelle Totalexstirpation. Sitzt dagegen der Riss tief, so kann die Geburt per vias naturales beendigt, aber der Uterus vaginal exstirpirt werden. Bei mässiger Blutung: schonende Entbindung per vias naturales, Drainage. Ist Transport in eine Klinik nöthig, dann Totalexstirpation, abdominell oder vaginal.

Die kurze Uebersicht deutet an, wie verschieden noch die Auffassung in der Therapie ist, wie aber auch von Seiten des Praktikers unter richtiger Beurtheilung des Einzelfalles bei Uterusruptur sehr wohl genützt werden kann.

Dr. Walther-Giessen.

Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur. Von **Franqué.** Würzburger Abhandlungen, Bd. II, Heft 1.

Die vorliegende Arbeit ist sowohl für den praktischen Geburtshelfer wie auch den Gerichtsarzt deshalb von Interesse, weil sie die gefährlichste, aber auch forensisch wichtige Verletzung, welche sich inter partum ereignen kann, einer genauen Besprechung unterzieht. Nach einigen, auch forensisch interessanten Erläuterungen über etwaige, ausserhalb der Schwangerschaft vorkommende Verletzungen des Uterus (z. B. Perforation), welche auch nach Ausheilung im Uebrigen eine Disposition für eine Spontanruptur abgeben können, bespricht der Verfasser zunächst die in der Schwangerschaft vorkommenden Rupturen; dieselben verlaufen meist nicht so stürmisch wie die inter partum auftretenden, haben aber in ätiologischer, wie auch therapeutischer Beziehung grosses Interesse. Es sei in Kürze nur auf die abnorm feste Verwachsung der Placenta als Disposition zu einer Ruptur hingewiesen. Der für den Praktiker wohl unstreitig wichtigeren Uterusruptur in partu wird mit Recht ein breiterer Raum gewidmet. Obwohl im Wesentlichen mechanische Momente die Ruptur bedingen, so kommen doch auch Rupturen ohne Einklemmung der Cervix vor; eine interessante Beobachtung des Verfassers von Ruptur bei im Beckenausgang stehenden Kopfes beweist, dass, auch wenn der Kopf schon tief im Becken steht, die Gefahr noch nicht vorüber ist. (Referent hat als Consiliarius vor Jahren den gleichen Fall beobachtet.) Neben mechanischen Ursachen, zu denen auch plötzliche Dehnung des Cervix hinzukommt, giebt es indess prädisponirende Ursachen, die in der Uteruswand liegen, z. B. Narbenbildungen, aber auch alte entzündliche Prozesse. Dass ferner therapeutische Massnahmen Rupturen bedingen können, ist aus den Folgezuständen der vaginalen Fixation bekannt; interessant aber auch durch die Beobachtung, dass durch Metreuryse unter Umständen die Verletzung eintreten kann. (Die nach ventraler Fixation beobachteten Rupturen sind nicht erwähnt. Ref.) Schliesslich wird auch noch der violenten, bei der Wendung oder bei Lösung der Placenta bewirkten Ruptur gedacht. Die Therapie wird eingehend berücksichtigt; die Prophylaxe spielt eine grosse Rolle, wie bekannt ist; selbst bei scheinbar wenig gefährlichen Manipulationen, wie die manuelle Umwandlung der Gesichtslage in eine Hinterhauptslage, kann eine Ruptur eintreten. Zur Prophylaxe gehört noch die Warnung der Patientin, die früher von einer Ruptur betroffen ist, vor baldiger erneuter Schwangerschaft. Bei der vorhandenen Ruptur kommen die, leider von den Praktikern so sehr gescheuten Verkleinerungsoperationen in Betracht, welche meist allein vermögen, schonend und rasch die Geburt zu beendigen. Bei erfolgter Ruptur muss, wenn inter operationem die Ruptur erfolgt und erkannt wird, die Geburt möglichst vaginal beendigt werden, und zwar bald Nach erfolgter Entbindung Kompressivverband, möglichst unter Verzicht auf Behandlung der Risswunden, nur bei Verblutungsgefahr Tamponade des Uterus und des Risses, welche mitunter lebensrettend wirkt.

Aber auch das Wochenbett muss vorsichtig geleitet werden, da mitunter spät noch Todesfälle vorkommen. Bezüglich, einer dem Praktiker wohl ferner liegenden eingreifenderen operativen Therapie kommt eigentlich nur die Laparatomie oder die Totalexstirpation per vaginam in Betracht, eine Behandlung,

welche doch wohl selten vom Praktiker durchzuführen ist. Bezüglich des Verhaltens in der Praxis resumirt Verfasser: „Vorsichtige Entbindung auf natürlichem Wege, Druckverband des Abdomens, einfache Drainage mit Drainrohr oder Jodoformdocht". Verfasser schliesst seine hochinteressante Arbeit mit der Versicherung, dass der Geburtshelfer mit diesen relativ einfachen Mitteln in praxi auskommt, ja mitunter bessere Resultate erzielt, als mit den grossen operativen Eingriffen. Referent möchte jedem Praktiker den äusserst lehrreichen Vortrag, aus dem nur das Allernothwendigste hervorgehoben wurde, zum Studium empfehlen.

Dr. Walther-Giessen.

Totale Umstülpung der Gebärmutter bei normal verlaufener Geburt. Separat-Abdruck aus Nr. 2 der Korrespondenz-Blätter des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen 1902. Von Medizinalrath Dr. Müller, Amts- und Stadtphysikus in Ohrdruf.

Am 11. Dezember v. J. war Verfasser bereits unterwegs nach dem Orte Wölfis, als ihm ein Bote eiligst entgegenkam, der ihn ersuchte, so rasch als möglich zu Frau N. N. in Wölfis zu kommen. Dieselbe habe ein Kind geboren, danach starke Blutung bekommen und sei in krampfähnlichen Zustand verfallen. — Er traf etwa 1 1/2 Stunde nach der Geburt des Kindes bei der Wöchnerin ein, fand sie wieder bei Bewusstsein, ohne Krämpfe, auch die Blutung war nicht mehr heftig.

Es handelte sich in dem vorliegenden Falle um eine ca. 29 Jahre alte Frau, die das dritte Kind nach Angabe der Hebamme rasch und leicht geboren hatte. Bald nach der Geburt war eine starke Blutung eingetreten, dann ein Zustand von Bewusstlosigkeit mit Schaum vor dem Munde u. s. w. Verfasser fand „inversio uteri totalis", die er nach Entfernung der Placenta sofort reponirte. Der Uterus blieb in seiner Lage und die Frau in Folge dessen gesund. Die Hebamme behauptete bestimmt, dass sie sich keinen Eingriff erlaubt habe; Verfasser glaubt einen solchen auszuschliessen zu können. Er nimmt an, dass in dem Augenblicke, als das Steissende die Gebärmutterhöhle verlassen hat und der Muttermund noch in maximo geöffnet war, die Bauchpresse so heftig auf den Muttermund von oben eingewirkt hat, dass der Muttergrund in den weiten Muttermund hinein gepresst, durch denselben hindurch eingestülpt und so der ganze Uterus invertirt ist. Hätte die Hebamme durch starken Zug an der noch adhärirenden Placenta die Umstülpung veranlasst, so hätte sie die Plazenta, welche dicht über den Introitus lag, jedenfalls auch noch völlig entfernt. Verfasser hat die Frau dann nur noch 1 Mal am dritten Tage danach untersucht. Der äussere Muttermund war noch etwas weit und gewulstet, aufgelockert, sonst befand sich die Frau ziemlich wohl und ist bis heute gesund geblieben. Der Fall hat, die Annahme von der Unschuld der Hebamme als richtig vorausgesetzt, insofern Interesse, als er beweisen würde, dass eine solche Inversio ganz spontan erfolgen kann, was auch für gerichtsärztliche Fälle event. von Bedeutung ist. Rpd.

Ueber das Vorkommen von Fremdkörpern im Uterus. Von Landgerichtsarzt Dr. Hermann Fürth. Münchener Med. Wochenschrift; 1902, Nr. 19.

Fremdkörper kommen in den weiblichen Genitalien gar nicht so selten vor, am häufigsten in der Scheide, seltener im Uterus, noch seltener in den Ovarien und nur dann, wenn sie aus Vagina oder Uterus, eventuell aus einem anderen Nachbarorgane dorthin gewandert sind. Auch in der benachbarten Blase wurden mehrfach solche Fremdkörper, die zumeist den ursprünglich beabsichtigten (masturbatorischen) Zweck verfehlt haben, gefunden. Hinsichtlich der Aetiologie der Fremdkörper im Uterus besteht für dieselbe eine grosse Aehnlichkeit mit jener des Vorkommens solcher in der Scheide, nämlich:

1. Manipulationen zur masturbatorischen Befriedigung (Haar- und Häckelnadeln, Garnspulen etc.). Es gelangen eben auch manchmal die zu masturbatorischen Zwecken ursprünglich in die Scheide eingeführten und nach ihrem Volumen zur Aufnahme in den Uterus geeigneten Gegenstände sekundär in die Gebärmutter.
2. Massnahmen zur Verhütung der Konzeption (z. B. Häckelnadeln und Aehnliches verwendet zur Reinigung des Uterus nach dem Coitus).

3. Verbrecherische Zwecke (spitze Instrumente, die abbrechen oder aus gleiten, namentlich Haarnadeln).

4. In Folge medizinischer Manipulationen zurückbleibende Gegenstände, wie Pessarien, Knochenstücke etc.

5. Wanderung von Fremdkörpern aus den Nachbarorganen in die Uterushöhle und umgekehrt. Nicht nur wandern Gegenstände, die ursprünglich sich in der Scheide aufgehalten haben, schliesslich in den Uterus, z. B. Pessarien, die sich nach Erweiterung des Orificium in das Cavum uteri einschieben, sondern es können auch durch die Uteruswand hindurch oder auf Umwegen durch die Vagina namentlich spitze, harte Gegenstände, z. B. aus der Blase in den Uterus gelangen.

Nachdem Verfasser noch einige Bemerkungen über die Feststellung des Vorhandenseins von Fremdkörpern im Uterus macht und dabei die Hauptmethoden: Digital- und Spiegeluntersuchung, Untersuchung mit der Sonde, Kurrettage, Extraktion der Fremdkörper erwähnt und ihre Indikation und Vorzüge unter den verschiedenen Verhältnissen bespricht, empfiehlt er bei dem Vorkommen von Fremdkörpern im Uterus 2 Hauptgruppen zu unterscheiden und zwar a. Fremdkörper, die durch die Vagina in den Uterus eingeführt, daselbst ihren Sitz behalten und dann b. Fremdkörper, die aus Nachbarorganen in den Uterus einwandern oder auch nach längerem oder kürzerem Aufenthalt im Uterus später in benachbarten Organen sich festsetzen.

Verfasser führt nun an beiden Gruppen theils selbst beobachtete, theils literarisch bekannt gewordene Fälle, im Ganzen 23 Fälle an und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Fremdkörper können im Uterus, wenn auch in der Regel nicht so lange, wie in der Scheide, doch durchschnittlich verhältnissmässig lange Zeit ohne allzugrosse Beschwerden ertragen werden.

2. Die Einwanderung derselben aus den Nachbarorganen, ebenso die Auswanderung dahin ist möglich, aber seltener und pflegt, wenn sie durch die Wandungen hindurch erfolgt, meist zu ernsten Gesundheitsstörungen zu führen.

3. Auffallend ist, dass das Vorhandensein der gewiss nicht vorsichtig gereinigten und desinfizirten zurückgebliebenen improvisirten Instrumente, wie solche von Laien zur Herbeiführung des Abortus gebraucht werden, ebenso das Verweilen von Fremdkörpern in utero überhaupt nur selten Veranlassung zu septischen Vorgängen giebt.

4. Das Vorhandensein von Fremdkörpern im Uterus kann bei der Untersuchung übersehen werden, da die am häufigsten beobachteten Fremdkörper (Stückchen von Haarnadeln) sich der Digital- und Sondenuntersuchung leicht entziehen. Es ist daher die vorsichtige Anwendung der stumpfen Kurette auch zu diesbezüglichen Untersuchungszwecken zu empfehlen.

5. Forensisch-medizinisch ist es von grossem Interesse, dass, wie dies aus einzelnen der aufgeführten Fällen des Näheren ersichtlich ist, es für Frauen gar nicht so schwierig ist, fremde Körper selbst in den Uterus einzuführen und dadurch einen Abort herbeiführen zu können, und zwar so, dass fremde Personen nicht zu Mitwissern gemacht zu werden brauchen.

Am Schlusse der sehr interessanten Arbeit bemerkt Verfasser noch, dass der zunehmende Abortus ebenso, wie die in den breitesten Volksschichten zugänglichen, meist ohne jede medizinisch-technische Veranlassung angewandten sog. Präventivmassregeln zur Verhinderung der Konzeption immerhin geeignet sind, das Wohl der Bevölkerung und damit des Staates im Laufe der Zeit zu gefährden, weshalb die angeführten Momente nicht nur das Interesse der Gynäkologen und forensen Mediziner, sondern ebenso jenes der Juristen und Nationalökonomen verdienen. Dr. Waibel-Kempten.

Die Verletzungen des Darmkanals in gerichtsärztlicher Beziehung. Von Dr. Richter. Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; 1902, Heft III.

Die Hauptergebnisse der Arbeit sind folgende:

1. Das Entstehen einer Darmruptur wird durch das Vorhandensein eines Unterleibsbruches begünstigt.

2. Ulzerative Darmdurchbohrungen können zu Verwechselungen mit traumatischen führen.

3. Die Entstehung einer traumatischen Bauchfellentzündung ist nur in dem Sinne möglich, dass durch das Trauma eine Läsion der Darmwand eintritt, die dieselbe für die Mikroorganismen des Darminneren durchgängig macht.

4. Gewalteinwirkungen die den Unterleib treffen, können durch Chock tödten, ohne dass grobanatomisch nachweisbare Veränderungen an den Organen des Unterleibes zu finden sind. Zu vermuthen sind Veränderungen an den Nerven des Darmkanales.

5. Durch eine Verletzung kann ein Unterleibsbruch nur in seltenen Fällen und nur bei Leuten mit präformirten Bauchpforten entstehen. Die Folgen einer solchen Verletzung bedingen kein Verfallen in Siechthum.

6. Die Serosa des Darmes besitzt eine besondere Spaltbarkeitsrichtung, die namentlich bei der gerichtsärztlichen Beurtheilung von Stichwunden von Bedeutung ist.

7. Die Merkmale der Nahschüsse treten am Darmkanale nur dann hervor, wenn die Wirkung der Pulvergase zur Geltung kommt.

8. Verletzungen des Darmkanales die beim Versuche der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft oder bei der widernatürlichen Unzucht entstehen, haben für den Gerichtsarzt eine vorwiegend diagnostische Bedeutung, weil ihr Vorhandensein in der Regel ein deutliches Zeichen für die betreffende strafbare Handlung darstellt.

9. Die Gefährlichkeit einer Darmdurchbohrung ist abhängig

a. von der Grösse der Oeffnung,
b. von der Lage des verletzten Darmabschnittes,
c. von dem Füllungsgrad desselben.

10. Ein Kothfistel, mit Ausnahme der Mastdarmfistel oder ein widernatürlicher After bedingt in der Regel ein Verfallen in Siechthum.

11. Jede Darmperforation ist eine so schwere Verletzung, dass ihr ungünstiger Ausgang nie dem behandelnden Arzte, sondern dem Thäter zur Last gelegt werden muss. Dr. Rump-Recklinghausen.

Ueber Verletzungen der Brust, speziell des Herzens. Von Landgerichtsarzt Dr. Wetzel in München. Münchener medizinische Wochenschrift; 1902, Nr. 30.

In einer äusserst interessanten und werthvollen Arbeit berichtet Verfasser über eine Reihe durch gerichtliche Sektionen erhobener Befunde, die sich bei an Brustverletzungen Verstorbenen ergaben. Zum Glücke nehmen nicht alle diese Verletzungen einen tragischen Ausgang, weil entweder der Stich daneben geht, oder die Verletzung in Genesung endet. Dass solche Heilungen bei Eröffnung der Brusthöhle, bei Verletzungen der Lunge, des Herzbeutels, ja des Herzens selbst vorkommen, lehrt sowohl die klinische Erfahrung, als auch so mancher Sektionsbefund. So ist z. B. die einseitige Eröffnung der Brusthöhle an sich — die doppelseitige ist nach Landois unbedingt tödtlich —, wenn der Verletzte einmal den ersten Shock überwunden hat, doch nicht als ein direkt das Leben gefährdendes Ereigniss aufzufassen.

Auch Lungenwunden heilen nicht selten, können aber eine bedenkliche und das Leben gefährdende Blutung in den Brustfellraum bedingen. —

Bei nicht penetrirenden Herzwunden kann die Wunde sich verkleben und die Blutung im Herzbeutel vollständig resorbirt werden; auch bei penetrirenden kann man beide Erscheinungen als Ausdruck der vis medicatrix naturae beobachten. Verfasser erwähnt hierher gehörig ein paar Fälle. Für den Ausgang von Herzverletzungen spielen Sitz und Beschaffenheit der Wunden eine Hauptrolle. Vorhofwunden tödten immer; an Gefährlichkeit diesen am nächsten stehen Wunden beider Ventrikel, dann die des linken, endlich des rechten Ventrikels.

Selbstverständlich liegt der Grund des letalen Ausganges häufig in einer Infektion der Wunde oder in anderen Zufälligkeiten.

Bei Untersuchung von Brustverletzungen sieht man an der äusseren Wunde gewöhnlich nichts Charakteristisches; zuweilen findet sich aber eine Konfiguration der Hautwunde, die einen Schluss gestattet, nach welcher Richtung die Schneide des Messers gerichtet war. Die Wunde bildet in solchen Fällen ein meist liegendes, sehr lang gestrecktes, spitzwinkliges Dreieck, dessen Grundlinie sehr kurz, meist nur millimeterlang ist. Statt

anzunehmen, die Grundlinie entspräche dem Rücken des Messers, ist gerade umgekehrt anzunehmen, dass diese Figuren bei dem Herausziehen des Messers aus der Wunde durch eine willkürliche Drehung entstehen. Dies geht daraus hervor, dass man gelegentlich an der Grundlinie ein kleines, nach innen vorspringendes Hautläppchen beobachten kann; Verfasser theilt einen derartigen Befund mit: „Hier war die Spitze des Messers unter der Haut nach aussen in die Axillargefässe vorgedrungen; die Hautwunde bildete ein liegendes Dreieck mit der Grundlinie nach aussen." Die hier stattgehabte Art der Messerführung mit pronirter Faust und mehr weniger nach auswärts gerichteter Schneide ist die gewöhnliche; es können dabei sehr bedeutende Aufschlitzungen der Interkostalräume hervorgebracht werden. In anderen Fällen wird in Supinationsstellung gestochen, dann kann aus der Lage der äusseren Wunde allein auf eine Herzverletzung oft nicht geschlossen werden.

Nicht selten findet man das Vorhandensein kleinerer und weniger tief dringender Verletzungen in der Tiefe der Organe neben der Hauptwunde, was wohl auf zwei Tempos hinweisen dürfte, ohne gerade annehmen zu müssen, dass diese Zweizeitigkeit vom Thäter herrührt und zwei Mal gestochen ist; sie kann vielmehr in der Reaktion des Gestochenen gegen die Verwundung (unwillkürliche Bewegungen nach rückwärts etc.) ihren Grund haben.

Häufig werden die dem Brustraum angrenzenden Arterien verletzt, theils isolirt, theils im Verein mit anderen Organen der Brusthöhle (Art. intercostalis, Art. mammaria interna, Axillargefässe). Alle diese Eventualitäten treten in den Hintergrund gegenüber der Bedeutung einer Verletzung des Herzens selbst. Die Untersuchung solcher Herzen erregt nicht nur wegen der dort aufzufindenden Verwundung das Interesse, man trifft auch gelegentlich recht interessante Nebenbefunde sowohl in Bezug auf die Beschaffenheit einzelner Theile des Herzens, als in Bezug auf die Lagerungsverhältnisse des ganzen Organs (Residuen entzündlicher Prozesse, Trübungen des Endokards, Klappenverdickungen, Verwachsungen zwischen Herz und Herzbeutel, Sehnenflecken, Rigidität der Aorta mit konsekutiver Herzhypertrophie, Fettauflagerungen, angeborene Abnormiäten, Situs transversus viscerum etc.).

In topographischer Hinsicht sind die Beziehungen der Brustwunde zu der des Herzens im Ganzen ausserordentlich variabel. Abgesehen von pathologischen Verhältnissen (Emphysem, Herzfehler, überstandene Pleuritis etc.), kommt hier natürlich die Richtung des verletzenden Instrumentes, die Stellung des Getroffenen und die Phase der Herzkontraktion, in welcher der Stich geführt wird, in Betracht; denn mit der Ventrikelsystole und der damit zusammenhängenden Vorhofdiastole geht eine nicht unbedeutende, wenn auch nur kurz dauernde Gestaltveränderung des Herzens einher und ebenso umgekehrt. Auch tritt das Herz bei der Systole tiefer herab, nach Fischer nach links unten und bei der Inspiration um 1,2—2,4 cm tiefer. Nach diesem Autor liegt der rechte Vorhof rechts vom Sternum von der Mitte des zweiten Interkostalraumes bis zum fünften Rippenknorpel, der rechte Ventrikel unter den linksseitigen Rippenknorpeln vom oberen Rande des linken dritten Rippenknorpels bis zum unteren Rande des sechsten Rippenknorpels; die äussere linke Grenze des linken Ventrikels entspricht ungefähr der Knochenknorpelgrenze der Rippen, dieser selbst liegt nach aussen vom rechten Ventrikel von der Mitte des zweiten bis zum fünften linken Interkostalraum.

Auch die Beschaffenheit der Herzwunden selbst zeigt manches Eigenthümliche. Meist beschränken sich die Herzwunden auf die vordere Wand, zuweilen werden auch Klappen durchbohrt; es dringt wohl auch die Messerspitze in das Endokard der Hinterwand, seltener tiefer ein.

Verfasser theilt am Schlusse noch zwei kasuistische interessante Fälle mit (Schussverletzung und Kontusion der Herzgegend).

Dr. Waibel-Kempten.

Ergänzende Worte zu meinen Aufsätzen über den Shock. Von Dr. P. Seliger in Schmiedefeld. Prager mediz. Wochenschrift; XXVI. Bd., 1902, Nr. 52.

In Nr. 9 des vorigen Jahrganges berichteten wir über die Abhandlung des Verfassers: „Ueber den Shock, namentlich nach Kontusionan des Bauches".

In einem neuen Aufsatze bringt S. einige nachträglich erschienene Veröffentlichungen verschiedener Autoren, die seine früher vorgetragenen Ansichten glänzend bestätigen sollen. Referent will nicht verfehlen, die Aufmerksamkeit der Leser auf diese zu richten. Dr. Glogowski-Görlitz.

Ein Fall von „induzirtem Irresein". Vortrag, gehalten auf der 69. General-Versammlung des Psychiat. Vereins der Rheinprovinz am 7. Juni 1902 in der Provinzial-Irrenanstalt zu Galkhausen von Gerichtsarzt Dr. Hoffmann in Elberfeld. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 1902, Heft 4.

Nachdem der Vortragende sich über das Wesen des „induzirten Irreseins" verbreitet, die versuchte Eintheilung erwähnt und über die event. Disposition zu dieser Krankheit gesprochen hat, schildert er eine eigene Beobachtung eines einschlägigen Falles.

Es handelt sich um 7 Personen, die eine eigene „Gemeinde" bilden, 6 davon hat der Vortragende gesehen und hält sie für geisteskrank (religiöse Paranoia). Die Gemeinde besteht aus dem „neuen Messias", der „Mutter Gottes" und 5 (1 männl. und 4 weibl.) „Jüngern".

Die beiden ersteren Personen sind wahrscheinlich unabhängig von einander erkrankt (folie simultanée), bei den übrigen ist die Psychose dann induzirt; und zwar dreht es sich um eine folie communiquée, nicht bloss um eine folie imposée.

Die 7 harren auf das nahe bevorstehende Ende der Dinge; sie arbeiten nicht, weil sie thun müssten, was Gott thut, von dem es heisse: er ruhte von seinen Werken; ausserdem sei die Arbeit ein Fluch der Sünde, und sie seien ohne Sünde, d. h. heilig.

Dieses „Nicht-Arbeiten-Wollen" gab den Verwandten zunächst den Grund zum Antrage auf Entmündigung aus Absatz 2 ges §. 6 des B. G. B.

Autoreferat.

Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Von Dr. L. W. Weber, Oberarzt und Privatdozent in Göttingen (Klinik des Prof. Dr. Cramer). Sammlung zwangloser Abhandlungen, herausgegeben von Dr. Konrad Alt. Halle 1902. Verlag von Marhold. Preis 1,50 Mark.

Wie der Verfasser in der vorliegenden Habilitationsschrift ausführt, spielen körperliche Erkrankungen und Störungen eine sehr bedeutungsvolle Rolle in der Aetiologie der Geistesstörungen. In erster Linie stehen hier die Traumen, die den Körper treffen, ohne das Gehirn selbst zu lädiren, jedoch zu anatomischen Veränderungen im Gehirn mit entsprechenden psychischen Störungen führen, während wiederum andere Traumen psychotische Zustände nach sich ziehen ohne Veränderungen im Gehirn zu erzeugen. Allen diesen Störungen kommen nach den Anschauungen der meisten Autoren keine spezifischen Krankheitssymptome zu. Neben diesen Psychosen ist der sog. Unfallneurose die grösste Bedeutung beizumessen. Unter den toxischen Schädlichkeiten, die in der Entstehung einer Geistesstörung eine wichtige Rolle spielen, steht der Alkohol mit seinen verschiedenen Störungen obenan, ferner sind das Morphium und Blei als nicht seltene Gehirngifte zu nennen; neuerdings ist auch der Schwefelkohlenstoffvergiftung in dieser Richtung eine grössere Aufmerksamkeit geschenkt worden. Nicht weniger wichtig erscheint die Wirkung der Infektionskrankheiten, unter denen nach einer Statistik des Verfassers die Influenza mit 113 Psychosen an erster Stelle steht; es folgen Rheumatismus mit 96 und Typhus mit 87 unter insgesammt 460 Fällen.

Im Allgemeinen verlaufen die Psychosen bei fieberhaften Erkrankungen unter dem Bilde der Erschöpfungspsychosen, während der Tuberkulose in der Vererbung einer Disposition zu Geisteskrankheiten neuerdings eine grössere Bedeutung zugesprochen wird. Der Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebniss, dass organische Körperkrankheiten sowohl als Gelegenheitsursache bei vorhandener Disposition, wie als tieferliegende Ursache zu psychischen Störungen führen können, auch hier jedoch unter der Voraussetzung einer latenten Disposition. Dr. Pollitz-Münster.

Ueber Gedächtnisstörung in zwei Fällen von organischer Gehirnkrankheit. Von Paul Nitsche, z. Z. Assistenzarzt der städtischen Irrenanstalt Frankfurt a. M. Aus der psychiatrischen Universitätsklinik zu Göttingen (Prof. Dr. Cramer). Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie; 1902, 59. Bd., II. u. III. H.

Verfasser hat unter Leitung von Cramer nach der vor Kurzem von Ranschburg angegebenen Methode einen Paralytiker auf seine Gedächtnisstörung untersucht und das Ergebniss mit dem eines an Gehirn-Lues Leidenden verglichen. Das Gedächtnis setzt sich, wie Verfasser einleitend hervorhebt, aus zwei Komponenten zusammen: der Merkfähigkeit und dem Reproduktionsvermögen; beide Fähigkeiten können gestört sein, als ein drittes ist die Aufmerksamkeit des zu Prüfenden zu berücksichtigen. Ranschburg's Methode bezweckt in erster Linie eine Prüfung der Merkfähigkeit nach einem breiten Schema von Wort-, Zahlen-, Personen-Erinnerungen, die theils auf akustischem, theils auf optischem Gebiete liegen. Dem Kranken werden eine Reihe Zahlen, Klangassoziationen und Inhaltsassoziationen vorgesprochen, ferner Farbenproben und Bilder gezeigt. Die Gesammtsumme des später Reproduzirten ergiebt die Zahl der Erinnerungen bezw. Fehlerinnerungen. Verfasser weist auf Grund seiner Untersuchungen auf die Schwäche dieser Methode bei Paralytikern hin, da einmal der wichtige Faktor der Aufmerksamkeit nicht ausgeschaltet, ferner die Ermüdung, die die lange Untersuchung erfordert, nicht berücksichtigt werden kann. Das Ergebniss der Prüfung führt Verfasser zu der Annahme, dass bei beiden Kranken Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Reproduktionsvermögen herabgesetzt sind. Bei dem Paralytiker waren alle drei Störungen gleichmässig vorhanden, jedoch wurde durch Verminderung der Aufmerksamkeit eine erhöhte Gedächtnisschwäche vorgetäuscht. Bei dem Gehirn-Lues-Kranken war in erster Linie die Merkfähigkeit herabgesetzt, ein Umstand, der für die Urtheilsschwäche des Kranken von grosser Bedeutung ist. Am besten waren bei beiden Kranken Gesichtswahrnehmungen erhalten. Von grösstem Einfluss zeigte sich die Ermüdung.

Dr. Pollitz-Münster.

Ueber chronische Manie. Von Dr. Ernst Siefert, Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik zu Halle. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie; 1902, 59. Bd., 2. u. 3. H.

Verfasser giebt einen Beitrag zu dem noch strittigen Bilde der chronischen Manie. Es handelt sich um einen dem Trunke ergebenen, mehrfach bestraften Vagabonden, der etwa $1^1/_2$ Jahre lang beobachtet werden konnte. Während dieser Zeit bot er dauernd, nach Abklingen der durch den Alkohol gesetzten Veränderungen, das Bild der Manie, charakterisirt durch Euphorie, Rede- und Bewegungsdrang, Ueberschätzungsideen bei Fehlen von Urtheilsschwäche oder Gedächtnissdefekten. Verfasser weist auf die differential-diagnostischen Schwierigkeiten hin, den vorliegenden Fall von dem zirkulären Irresein zu trennen. Handelt es sich um letzteres, so muss der Anfall als eine auffallend lange maniakalische Phase betrachtet werden, in die sich vielleicht sehr kurze depressive Stadien eingeschoben haben. Da über letztere jedoch von dem sonst gut berichtenden und beobachtenden Kranken nichts zu erfahren war, so entscheidet sich Verfasser für Annahme des selteneren Bildes der chronischen Manie. Mit Recht weist Verfasser in seiner Schlussbetrachtung darauf hin, dass Kranke dieser Art, bei denen kein Intelligenzdefekt nachweisbar ist, sehr leicht vor Gerichten und in Gefängnissen als unverbesserliche, dreiste Trinker angesehen werden, und so von Strafe zu Strafe zu gelangen, zumal sie bei ihrer stets gehobenen Stimmung überaus leicht zu Uebertretungen der Gesetze und der Strafanstaltsordnungen geneigt sein werden.

Dr. Pollitz-Münster.

Ein Fall von Querulantenwahn. Von Dr. Hoppe-Allenberg. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie; 1902, 59. Bd., 2—3 H.

Das umfangreiche Gutachten enthält die Lebensgeschichte eines Lehrers, der an einer langsam fortschreitenden Paranoia litt, die sich anfangs vorzüglich durch die Symptome des Querulantenwahns dokumentirte. Wie in den meisten Fällen dieser Art wird der Verdacht, dass ein rabiater, uneinsichtiger

Prozesskrämer, dessen ganzes Dasein in einer ununterbrochenen Kette von Anklagen und Anschuldigungen besteht, geistesgestört sei, meist erst recht spät geltend gemacht, zumal wenn der Kranke, wie im vorliegenden Falle, ein intelligenter und gut beanlagter Mensch ist. Verfasser weist darauf hin, dass die Krankheit bereits eine grosse Reihe von Jahren bestehe und sich in ihren Anfängen bis in die Jugend des Kranken verfolgen lasse.

Dr. Pollitz-Münster.

Zur Kasuistik der Geistesstörungen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Aus der Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde. Von Dr. Luther, Assistenzarzt an der Provinzial-Pflegeanstalt bei Neustadt i. H. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie; 1902, 59. Bd., 1. H.

Der Verfasser schildert eine grosse Zahl von Krankheitsbilder, die sich auf dem Boden des chronischen Alkoholkonsums eingestellt haben. Er unterscheidet eine Reihe Gruppen, deren Zusammengehörigkeit und klinische Abgrenzung er selbst jedoch mit Recht offen lässt. Als erste führt er Fälle auf, in denen im Anschluss an ein Delirium tremens sich längere Zeit eine Reihe schwerer Krankheitssymptome erhalten hat. Ein Theil dieser Fälle dürfte übrigens mit gutem Recht als Korsakoff'sche Psychose zu bezeichnen sein. Es handelt sich um Zustände, die sich an ein nicht „kritisch" werdendes Delirium anschlossen und neben mehr oder weniger hochgradiger Bewusstseinstrübung starke Gedächtnisstörungen und Störungen im peripheren Nervensystem erkennen liessen. In anderen Fällen dieser Gruppe fand L. ein Hervortreten paranoischer Symptome mit Neigung zur Bildung systematisirter Wahnideen, die jedoch bei zunehmender Besserung des Allgemeinbefindens zurücktraten.

Die weiteren Gruppen der alkoholischen halluzinatorischen Verwirrtheit und des halluzinatorischen Wahnsinns unterscheiden sich in erster Linie durch die stärkere Trübung des Bewusstseins bei ersterer, die zu traumhafter Umnebelung des Sensoriums oder stuporartiger Hemmung führt, während die Affektlage meist einen ängstlich deprimirten Charakter zeigt. Im Gegensatz zu den Deliranten ist die Rückerinnerung an die Krankheitsvorgänge gänzlich gestört oder verschwommen. Gehörstäuschungen sind regelmässig, Gesichtstäuschungen — inhaltlich ähnlich denen der Deliranten — sehr häufig. Die Dauer der Krankheit schwankt bei günstig verlaufenden Fällen zwischen einer Woche bis zu 6 Monaten. In den als alkoholischer halluzinatorischer Wahnsinn bezeichneten, weniger akut verlaufenden Fällen, treten paranoische Symptome stärker in den Vordergrund; konstant sind Sinnestäuschungen vorhanden, die meist einen bedrohlichen, ängstlichen Inhalt haben. Auch in diesen Fällen ist die Prognose im allgemeinen günstig. Dagegen ist sie absolut ungünstig in den als alkoholischer Grössenwahn bezeichneten Beobachtungen des Verfassers, die stets den gleichen Verlauf nehmen, wie die übrigen Formen der chronischen Paranoia.

Dr. Pollitz-Münster.

Mordthaten von Geisteskanken. Von Dr. P. H. Simon Thomas in Rotterdam. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen; III. F., XXIV. Bd., 1. H., S. 1.

Verfasser theilt 4 Fälle mit, in denen es sich um Mordthaten von Geisteskranken handelt. Schon bei der Leichenuntersuchung erregten diese Fälle durch die Erheblichkeit der Verwundungen die besondere Aufmerksamkeit der Gerichtsärzte. Die weiteren Untersuchungen ergaben, dass die Thäter geisteskrank waren. In den einzelnen Fällen handelte es sich um einen Vatermord durch einen Imbezillen in einem Anfall von Tobsucht, um Gattenmord durch die Frau im Zustande von Raptus melancholicus, um Gatten- und Kindermord durch einen Mann im epileptischen Dämmerzustand und um Mord und Selbstmord gleichfalls im epileptischen Aequivalent.

Dr. Ziemke-Halle.

Kasuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie (4 Fälle von Brandstiftung). Von Dr. E. Meyer, Privatdozent und Oberarzt an der psych. und Nervenklinik zu Kiel. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. F., Bd. XXIII, H. 2, S. 291 und Bd. XXIV, Heft 1, Seite 15.

Verfasser berichtet über 4 verbrecherische Geisteskranke, welche wegen Brandstiftung angeklagt, aber nach der Beobachtung in der Tübinger Irrenklinik auf das psychiatrische Gutachten hin ausser Verfolgung gesetzt wurden. In dem einen Fall war die Brandstiftung wiederholt und stets unter Einfluss des Alkohols verübt. Der Thäter war ein Imbeziller mit schwerer erblicher Belastung, der, das ist bemerkenswerth, kein eigentlicher Trinker war. Bei ihm gelang es experimentell einen pathologischen Rauschzustand zu erzeugen. Gegenüber Guddens Beobachtung, der bei der pathologischen Alkoholreaktion eine deutliche Herabsetzung der Pupillenreaktion sah, ist von Wichtigkeit, dass in dem erwähnten Falle die Pupillen prompt auf Licht reagirten. Demnach scheint ein Fehlen der Lichtreaktion nicht nothwendig zum Symptomenkomplex des pathologischen Rausches zu gehören. Auch im zweiten Falle handelte es sich um einen Imbezillen, bei dem weniger intellektuelle Störungen, als ein hochgradiger moralischer Defekt vorhanden war. Als Zeichen geistiger Krankheit traten daneben noch hervor eine erhebliche Apathie und Indolenz, läppisches albernes Wesen, grosse Unreinlichkeit und vor Allem eine totale Unfähigkeit zu irgend welcher Thätigkeit. Zur Zeit der Pubertät schien die angeborene geistige Schwäche plötzlich in ihrer Entwickelung schnellere Fortschritte zu machen, so dass man an eine hebephrenische Erkrankung erinnert wurde. In den beiden anderen Fällen handelte es sich um eine Melancholie, welche im Raptus die Brandstiftung verübte, und um eine hysterische Psychose mit paranoischem Gepräge. Prof. Ziemke-Halle.

Die rechtliche Stellung des Arztes und seine Pflicht zur Verschwiegenheit im Beruf. Von Landgerichtsdirektor Fromme in Magdeburg, richterliches Mitglied des ärztlichen Ehrengerichts der Provinz Sachsen. Berliner Klinik (Verlag von Fischers medizinischer Buchhandlung); 1902, Heft 165. Preis 1,20 M.

Im Gegensatz zu der vom Reichsgericht in seinem Urtheil vom 30. September 1897 vertretenen Ansicht, dass die Ausübung des ärztlichen Berufes als Betrieb eines Gewerbes anzusehen sei, führt Verfasser aus, dass der §. 24 der Gewerbeordnung nur eine polizeiliche Bedeutung habe und die Thätigkeit des Arztes keineswegs lediglich als eine der Erwerbung von Vermögensvortheilen allein dienende und deshalb einem gewöhnlichen Gewerbebetrieb ohne weiteres gleich zu erachtende anzusehen, sondern vielmehr berufen sei, im gleichen Masse dem Publikum zu dienen, wie öffentlichen Interessen gerecht zu werden. Diese Auffassung trete auch deutlich in der Rechtsprechung des Kammergerichts und des Oberverwaltungsgerichts, sowie in der preuss. Gesetzgebung (Einkommen-, Gewerbesteuergesetz u.s.w.) und vor allem in dem Minist.-Erl. vom 31. August 1901 hervor, in dem ausdrücklich dem ärztlichen Stande eine eigenartige Stellung „öffentlich rechtlichen Charakters" beigemessen werde.

Bei Besprechung des §. 300 über die Wahrung des Berufsgeheimnisses seitens des Arztes beantwortet Verfasser sodann die Frage: Wer ist als Arzt im Sinne des Gesetzes anzusehen[1]) dahin, dass Arzt diejenige Person ist, die sich im Besitze einer Approbation gemäss §. 29 d. G. O. befindet und die menschliche Heilkunde ausübt, gleichgültig ob gegen Entgelt oder unentgeltlich. Thierärzte sind somit ausgeschlossen. Er giebt hierauf eine Definition des „Privatgeheimnisses" im Sinne der Rechtsprechung des Reichsgerichts; der Ausdruck Privatgeheimniss deute darauf hin, dass es sich nur um solche Geheimnisse handele, an deren Bewahrung Privatpersonen interessirt sind. Das Geheimniss muss ausserdem „anvertraut" sein, d. h. mit der ausdrücklichen Auflage des Geheimhaltens oder unter solchen Umständen dem Arzte mitgetheilt oder seiner Kenntniss unterworfen sein, aus denen sich die An-

---

[1]) Die Frage, ob auch „weibliche" Aerzte zur Verweigerung des Zeugnisses nach §. 52 der Str.-Pr.-O. berechtigt sind und demgemäss §. 300 des St.-G.-B. auf sie ebenfalls Anwendung findet, hat die Strafkammer des Landgerichts in Frankfurt am Main vor Kurzem verneint; Reshtsanwalt Dr. Auerbach in Frankfurt am Main führt demgegenüber in Nr. 48/51 Jahrg. 1902 der juristischen Wochenschrift aus, dass unter „Aerzte" im Sinne jener Bestimmungen nicht nur die im Auslande approbirten Aerzte, sondern auch die in Deutschland praktizirenden Aerztinnen zu verstehen seien.

forderung des Geheimhaltens stillschweigend ergiebt. Es gelten demnach alle von dem Arzte bei Ausübung seiner Praxis gemachte Wahrnehmungen, an deren Verschweigung und Geheimhaltung die Betheiligten ein erkennbares Interesse haben können, als anvertraute Geheimnisse, gleichgültig ob eine ausdrückliche Auflage zur Verschwiegenheit gemacht ist oder nicht. Mit Recht betont daher Verfasser, dass dem Arzte in dieser Richtung die grösste Vorsicht geboten sei, da selbst das Offenbaren von anscheinend ganz gleichgültigen Thatsachen für den Betheiligten von Bedeutung werden kann. Unter „Offenbaren" eines Privatgeheimnisses sei ausserdem nicht bloss „Veröffentlichen", sondern schon „Mittheilen" an irgend einen anderen zu verstehen. Ueber die Strafbarkeit des vorsätzlichen Offenbarens eines anvertrauten Privatgeheimnisses bestehe keine Meinungsverschiedenheit, zahlreiche und namhafte Rechtslehrer seien jedoch der Ansicht, dass die Strafthat aus §. 300 d. Str. G. B. auch durch Fahrlässigkeit d. h. durch Ausserachtlassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt begangen werden könne. Auf alle Fälle müsse aber das Offenbaren ein unbefugtes sein; ein solches liegt nach Ansicht des Verfassers nicht vor, wenn die Offenbarung a. mit dem Einverständniss des Anvertrauenden erfolgt oder b. durch gesetzliche Vorschrift für zulässig erklärt wird oder c. aus Rücksichten der öffentlichen Gesundheitspflege bezw. zur Wahrung des Wohles der Menschen oder besonderer persönlicher Interessen sich rechtfertigt. — In seiner Eigenschaft als Zeuge und Sachverständiger kann der Arzt nach §. 52 d. Str. Pr. O. u. §. 383 d. Z. Pr. O. sein Zeugniss über alles das, was er in Ausübung seines Berufes erfahren hat, ablehnen, sofern er nicht von der Schweigepflicht entbunden ist; auch darf ihn der Richter nicht zur Aussage zwingen. Die gesetzlichen Bestimmungen verpflichten den Arzt aber nicht, sein Zeugniss zu verweigern, sondern lassen ihm die Wahl, ob er dies thun will oder nicht; macht er daher von dem Rechte der Zeugnissverweigerung keinen Gebrauch, so ist sein Handeln deshalb niemals als eine unbefugte Offenbarung und demgemäss als Verstoss gegen §. 300 d. Str. Pr. B. anzusehen.

Verfasser fasst seine sehr beachtenswerthen Ausführungen dahin zusammen: „dass da, wo eine gesetzliche oder öffentliche Pflicht vorliegt oder die Wahrung eines berechtigten Interesses es erheischt, der Arzt ohne Gefahr vor der Strafverfolgung das sonst gebotene Schweigen brechen darf. Für alle anderen Fälle, die bei der Dehnbarkeit des Ausdrucks „unbefugt" zu erkennen nicht immer leicht sind, aber deren Erkennung unter Beobachtung des in der ärztlichen Stellung gebotenen Takts auch nicht unmöglich sein wird, ist dem Arzt zu rathen, die Geheimhaltungspflicht streng zu wahren. Er könnte sonst trotz des besten Willens reichlichen Undank ernten und nicht bloss einer Strafe aus §. 300 d. Str. G. B. verfallen, sondern ausserdem eine ehrengerichtliche Bestrafung gemäss §. 3 des Gesetzes vom 25. November 1899 wegen Verletzung der ihm obliegenden Standespflichten verwirken." Rpd.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Zur traumatischen Entstehung der Zuckerharnruhr. Von Dr. Dugge-Rostock. Monatsschr. f. Unfallheilkunde; 1902, Nr. 7.

Ein 44jähriger Wirthschaftsinspektor erlitt durch Sturz mit dem Pferde eine Gehirnerschütterung, die in kurzer Zeit ohne scheinbare Folgen heilte. Nach fünf Monaten stellten sich bei dem früher zwar nicht auf Zucker untersuchten, aber völlig beschwerdefreien Manne diabetische Beschwerden ein. Dugge konstatirte starke Glykosurie und der Patient ging innerhalb von 2 Monaten im Coma diabeticum zu Grunde.

Verfasser spricht sich unter Hinweis auf gleichartige Fälle aus der Litteratur für die traumatische Entstehung dieses Diabetes aus, und hebt hervor, dass man den traumatischen Diabetes nicht erst seit der Unfallgesetzgebung kenne, sondern dass schon Griesinger (1859) ihn gekannt hat.

Der beschriebene Fall kann als ein einwandfreier Beweis für die traumatische Entstehung eines Diabetes, die übrigens wohl theoretisch Niemand bestreitet, nicht angesehen werden. Dr. Stolper-Breslau.

Trauma und Plattfuss. Von Dr. Kirsch. Monatschr. für Unfallheilkunde; 1902. Nr. 4.

Verfasser giebt Rathschläge an die Hand, um die oft unberechtigt als vorgetäuscht angesehen subjektiven Beschwerden von Leuten mit leichten oder schwereren Fussverletzungen zu objektiviren. Die Fingerzeige sind nicht neu, aber viel zu wenig bekannt. Man darf für den traumatischen Plattfuss nicht dieselben objektiven Anzeichen verlangen wie für den anatomischen; die Schmerzhaftigkeit an den 3 Hüter'schen Punkten ist für ersteren nicht bezeichnend, sie ist viel ausgedehnter, überall da wo die Elastizität des Traggewölbes Schaden gelitten hat. Auch der Sohlenabdruck braucht den Plattfuss nicht ohne weiteres erkennen zu lassen; derselbe zeigt oft erst die Plattfussfigur bei Belastung, z. B. wenn man sich mit der Körperlast auf die Schultern des betreffenden Patienten hängt, der auf Russpapier oder mit durch Stiefelwichse geschwärzten Sohlen auf weissem Papier steht. (Das Abdruckbild lässt sich durch Uebergiessen bezw. Uebespritzen mit Schellacklösung gut fixiren).

„Fast ausnahmslos ruft die passive starke Supination einen anhaltenden stechenden Schmerz am inneren Knöchel hervor. Nicht so regelmässig, ist bei der Pronation die Gegend des äusseren Knöchels schmerzhaft." Der Wadenumfang ist an dem geschonten Bein in der Regel geringer. Die Zehen des kranken Fusses sind meist krallenartig dorsal flektirt. Manche Patienten laufen in der unbewussten Supinationshaltung im Gegensatz zum schweren Plattfuss — die äussere hintere Partie des Stiefelabsatzes ab.

Glaubwürdige Patienten mit traumatischem Plattfuss gestehen sehr bald bei Schonung das Verschwinden des Schmerzes zu. Sie kommen früh ohne Schmerzen und gehen nach langem Stehen lahmend aus der Sprechstunde fort. Die Behandlung darf keine schematische, mit käuflichen Einlagen sein; die Einlage muss vielmehr sorgfältig (Celluloid oder das neue Duranametall) in jedem Fall besonders angepasst werden. Dr. P. Stolper-Breslau.

Zur Frage der traumatischen Hernien. Von Dr. Leopold Renner in Donawitz. Prager medis. Wochenschrift; 1902, Nr. 17.

Auf Grund theoretischer Erwägungen und in Folge des Umstandes, dass experimentell eine Hernie nicht erzeugt werden kann, haben namhafte Autoren die Möglichkeit einer traumatischen Hernie vollkommen in Abrede gestellt. In der That hat aber die Praxis gezeigt, dass traumatische Entstehung einer Hernie doch, wenn auch selten, vorkommen kann. Eigene Erfahrungen, die sich zum Theil auf vorgenomene Bauchoperationen stützen, haben den Verfasser jedoch zur Ueberzeugung gebracht, die namentlich für Beurtheilung von Betriebsunfälle wichtig ist, dass weder das plötzliche Auftreten der Hernie, noch etwaige Inkarzerationserscheinungen für eine traumatische Hernie sprechen. Er kann nur dann anerkennen, dass eine Hernie traumatisch entstanden ist, wenn festgestellt ist, dass:

1) die Hernie kurz nach dem angeblichen Unfall entstanden ist,

2) unbedingt ein schweres Trauma eingewirkt hat, wie direkter Stoss gegen den Bauch, Fall von der Höhe, Verschüttetwerden,

3) Zeichen einer Gewalteinwirkung, inbesondere Blutungen, Oedeme, Hautabschürfungen in der Umgebung der Bruchpforte vorhanden sind.

Bemerkt wird noch, dass die Hernie an jeder Stelle der Bauchhöhle austreten kann. Dr. Glogowski-Görlitz.

Berechtigt Hysterie nach unerheblichen äusseren Verletzungen bei der Arbeit zur Unfallrente? Von Dr. Kornfeld-Gleiwitz. Monatsschrift für Unfallheilkunde; 1902, Nr. 4.

An der Hand zweier Gutachten, in denen es sich einmal um lokale traumatische Hysterie ohne recht erwiesenen Unfall, im anderen um allgemeine nach Auffallen eines Brettchens auf den Kopf handelt, kommt Kornfeld zu dem Schluss, dass eine unbedeutende örtliche Schädigung, z. B. ein leichter Stoss, die von keinen oder ganz unerheblichen örtlichen Veränderungen, aber von hochgradiger Hysterie gefolgt ist, nicht als Unfall im Sinne des Gesetzes aufzufassen ist. Diese Anschauung wird leider nicht von allen Gutachtern, insbesondere nicht von den Neuro- und Psychopathologen getheilt. Es wäre im Interesse der Arbeiter dringend erwünscht, dass nicht jede derart entstandene

oder besser gesagt unter solchen Umständen zur ärztlichen Kenntniss gekommene Hysterie als Rentenfall angesehen würde. Solche Kranke lernen nie wieder arbeiten, wenn sie einmal Rente bezogen haben; sie werden aber in der Regel auch nicht durch ärztliche Heilmittel, sondern nur durch die Arbeit wieder gesund, wenn sie es überhaupt werden können. Von diesem Gesichtspunkt aus verdient die Kornfeld'sche Meinungsäusserung eine vielseitige Beachtung. Dr. Stolper-Breslau.

Der Nachweis der Simulation und Uebertreibung. Von Dr. E. Kirsch-Magdeburg. Monatschr. f. Unfallheilkunde; Nr. 7, 1902.

Die Methoden, das Unrichtige oder Uebertriebene der Beschwerden Unfallverletzter in einer auch den Laienrichter überzeugenden Art zu beweisen, müssen wohl überlegt und geübt werden. Sie setzen geschärfte Aufmerksamkeit und viel Takt voraus und zwar nicht blos bei verletzten Arbeitern, sondern oft noch in höherem Masse bei Privat-Versicherten. Kirsch giebt in seinem Vortrage keine neuen Methoden an, aber er fasst seine Erfahrungen in sehr beherzigenswerthen Sätzen zusammen, von denen die wichtigsten hier herausgehobenen werden sollen.

Zunächst lasse man von vornherein dem Untersuchten niemals die Zweifel an seiner Glaubwürdigkeit merken. Demnächst vergesse man nicht, dass einzelne Symptome wohl begründet sein können bei Jemandem, der gröbste Simulationsversuche macht. Man hüte sich, dem Untersuchten Krankheiten zu suggeriren.

Danach charakterisirt Verfasser den Uebertreiber, der in erster Linie betont, wie ihm Arbeit immer ein Genuss, wie er pekuniär durch den Unfall geschädigt werde, der nicht apathisch, sondern mit Interesse seine Leiden schildert. Er beantwortet alle Fragen mit eigenthümlichen Zögern; auf Widersprüche aufmerksam gemacht, wird er entweder trotzig, oder setzt das Lächeln eines in Verlegenheit gerathenden Unbekannten auf.

Spontanschmerz ist manchmal nur durch Krankenhausbeobachtung festzustellen.

Das Mannkopff'sche Zeichen (Pulsbeschleunigung bei Druck auf eine schmerzhafte Stelle) ist nicht zuverlässig; noch weniger die von Georg Müller empfohlene Methode. Dagegen verdienen Beachtung die Art reflektorischer Flucht- und Abwehrbewegung und die Massageprüfung zur Feststellung wirklichen oder erheuchelten Schmerzes.

Bezüglich der Gefühlsprüfung hebt Kirsch hervor, dass der ärztliche Untersucher leicht zu falschen Annahmen kommen kann, wenn er die Intelligenz der Patienten nicht in Rücksicht zieht, wenn er es verabsäumt, eingehende Erklärungen vorabzugeben. Man muss die zu untersuchenden Patienten erst belehren, dies ist ein Nadelstich, das ein Pinselstrich, dies eine Berührung. So geben auch Glaubwürdige prompt auf einen Nadelstich an „Nein, ich fühle es nicht", weil sie zwar die Berührung, aber nicht den vermutheten Schmerz fühlen. Ebenso ist Ueberempfindlichkeit zur Berührung oder Stich nicht selten, doch vorhanden bei Leuten, welche das Kneifen der betreffenden Hautpartie keineswegs in erhöhtem Masse fühlen.

Die Empfindung des faradischen Stromes wagen Simulanten oft nicht zu leugnen; anderseits behaupten sie gelegentlich, den Strom schmerzhaft zu empfinden, auch wenn man mittelst einer Unterbrecherelektrode bei schnarrendem Apparat die Leitung unbemerkt unterbricht.

Die Gefühlsprüfung in Chloroformumnebelung nach Unverricht ist nach Ansicht des Referenten kein erlaubtes und auch kein genügend exaktes Mittel der Untersuchung.

Recht schwer ist die Feststellung, ob Zittern simulirt ist oder nicht; denn auch der neurasthenische Tremor wird bei abgelenkter Aufmerksamkeit geringer. Bei der Prüfung der Kraft der Hände oder Beine wird durch doppelseitige Vornahme der Untersuchung die Erregung von Mitbewegungen gelegentlich gelingen, manchmal besser bei gekreuztem Arm. Auch durch Uebergehen in die entgegengesetzte Bewegung lässt sich manchmal der Simulant überrumpeln z. B. wenn er eine Gelenksteifigkeit durch Muskelspannung vortäuschen will.

Die Ablenkung der Aufmerksamkeit eines Simulanten muss wohl überlegt versucht werden und lässt sich für den Einzelfall gar nicht generell rathen.

Kirsch berichtet von Fällen, wie sie auch Bogatsch beschrieben, dass der Simulant nach langer Frist vergessen hatte, welche Seite ursprünglich erkrankt war, und warnt anderseits davor, sich auf die Beobachtung von Wärtern zu verlassen, welche behaupten, dass der der Simulation Verdächtige anders gehen kann, wenn er auf der Strasse sich unbeobachtet wähnt.

Der an sich interessante Aufsatz erschöpft aber keineswegs alle Methoden zur Feststellung von Simulation und Uebertreibung. Insbesondere vermisst man die Erörterung des vorgetäuschten Schwindels, Lahmens, mancher Athemstörungen u. s. w. Dr. P. Stolper-Breslau.

Ob durch einen Unfall (Verstauchung eines Fussgelenkes) eine die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Verschlimmerung einer Veranlagung zur Gicht herbeigeführt worden ist. Obergutachten des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Ebstein-Göttingen, unter dem 2. Juni 1901 auf Veranlassung des Reichs-Versicherungsamts erstattet. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1902, Nr. 8.

Die ärztliche Erfahrung ergiebt, dass zwischen dem akuten Gichtanfall und gewissen Verletzungen gewisse Beziehungen bestehen derart, dass, wenn durch letztere eine Störung des Säftestromes herbeigeführt wird, ein Gichtanfall bei Personen, welche zur Gicht veranlagt sind, ausgelöst werden kann. Z. B. wird es nicht Wunder nehmen, dass Jemand, der Anlage zur Gicht hat, wenn er einen Knochenbruch des Unterschenkels erleidet, danach einen Gichtanfall bekommt. Ebenso sieht man in gelähmten Gliedern bei zur Gicht disponirten Personen Gichtanfälle sich entwickeln. Das Bindeglied zwischen Lähmung und Knochenbruch ist, dass beide Krankheitszustände das Gemeinsame haben, den normalen Säftestrom zu beeinträchtigen. Es können aber auch leichtere Verletzungen, z. B. einfache Verstauchungen, Gichtanfälle erzeugen, und derartige Gichtanfälle pflegen einen ausserordentlich chronischen Verlauf zu nehmen. Ueberdies ist zuzugeben, dass traumatische Einflüsse auf gichtisch beanlagte Individuen einen schlimmeren Einfluss haben als unter sonst gleichen Verhältnissen auf im Uebrigen gesunde Menschen, weil der Stoffwechsel und die Ernährungsverhältnisse bei den zur Gicht disponirten krankhaft verändert sind.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um den Maurerpolier A. K., welcher in D. am 30. Dezember 1899 beim Neubau einer Strasse eine Verstauchung des rechten Fussgelenkes erlitt. K. hatte damals ein Alter von 64 Jahren. Aus den Akten geht nicht hervor, dass K. jemals vor dem Unfall einen akuten Gichtanfall gehabt hat, auch nicht, als er im Jahre 1887 einen Bruch des rechten inneren Knöchels überstand, wonach Steifigkeit des rechten Fussgelenkes zurückblieb. Es war dies eine ausserordentliche gute Gelegenheitsursache für die Entstehung eines akuten Gichtanfalls. Ich möchte aber nichtsdestoweniger gerade mit Rücksicht auf die Hartnäckigkeit der nach jenem Unfalle zurückgebliebenen Beschwerden und mit Rücksicht darauf, dass es sich nach dem Unfall im Jahre 1899 der Schilderung nach sicherlich um einen Gichtanfall gehandelt hat, nicht daran zweifeln, dass schon bei dem Knöchelbruch im Jahre 1887 die gichtische Anlage des K. den ganzen Verlauf ungünstig beeinflusst hat. Es dürfte nur ein scheinbarer Widerspruch zwischen den Angaben des K. und der Behauptung des Herrn Dr. St. in seinem Gutachten bestehen, dass er von dem letzten Unfalle nichts mehr habe nachweisen können. Wenn K. nicht dem Unfallversicherungsgesetz unterstände, würde sich Niemand darüber wundern, dass er Jahr und Tag nach einem durch ein Trauma veranlassten Gichtanfall immer noch Schmerzen in dem verletzt gewesenen Theile hat, die ihn am Gebrauche des betreffenden Gliedes hindern. Es giebt eben derartige gichtisch-chronische Gelenkentzündungen und gerade solche, die nach Verletzungen entstanden sind, genug, bei denen nur subjektive Klagen bestehen, aber nichts Objektives sich nachweisen lässt. Simulation erscheint nach Lage der Akten vollkommen ausgeschlossen. K. arbeitet, und sucht nur seinen rechten Fuss zu schonen, weil jede stärkere Belastung ihm Schmerzen bereitet.

Ich gebe auf Grund dieser Ueberzeugung mein sachverständiges Obergutachten dahin ab:

1. K. leidet an einer schwachen Anlage zur primären Gelenkgicht.

2. Diese Anlage ist wahrscheinlich bereits im Jahre 1887 zum Ausdruck gekommen, als K. einen Knöchelbruch des rechten Fusses erlitt. Hat K. auch damals keinen akuten Gichtanfall gehabt, so würde ich doch nach dem weiteren Verlaufe nicht anstehen, anzunehmen, dass die gichtische Anlage bei dem chronischen Verlaufe der damaligen Erkrankung mitgewirkt hat.

3. Die Verstauchung des bereits im Jahre 1887 geschädigten rechten Fusses hat zunächst einen akuten Gichtanfall herbeigeführt. Derselbe hat einen schleppenden Verlauf genommen, und die gegenwärtig noch verhandenen Schmerzen in dem betreffenden Gliede stehen mit der Verletzung im ursächlichen Zusammenhange. Die Schmerzen sind in sich völlig durchsichtig und von einem chronisch entzündlichen Prozesse des betreffenden Körpertheils abhängig. Ein solcher Prozess kann bestehen, wenn auch von berufenster chirurgischer Seite keine Veränderungen an dem betreffenden Theile aufzufinden sind.

Aus diesem Obergutachten hat der erkennende Senat die Ueberzeugung gewonnen, dass das schmerzhafte Leiden des Klägers im rechten Fuss als eine chronisch-gichtische Gelenkentzündung aufzufassen ist, die noch fortbesteht und auf den Unfall vom 30. Dezember 1899 zurückzuführen ist. Demselben Gutachten in Verbindung mit anderen Erhebungen ist entnommen worden, dass das Leiden neben zeitweise auftretenden heftigeren Schmerzensanfällen gewisse Beschwerden dauernd verursacht. Mit dieser Begründung ist dem Kläger unter Abänderung der Vorentscheidungen bis auf Weiteres eine Theilrente von 20 Prozent zugesprochen worden.

Verlust der grossen Zehe. Grad der Erwerbsverminderung. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 10. Februar 1902.

Das R.-V.-A. hat zwar mehrfach angenommen, dass durch den Verlust der grossen Zehe nach eingetretener Gewöhnung eine nennenswerthe Beeinträchtigung in der Erwerbsfähigkeit nicht mehr bedingt werde. In allen diesen Fällen handelte es sich jedoch um den glatten Verlust der grossen Zehe. Im vorliegenden Fall aber hat der Augenschein ergeben, dass in Folge der Weichtheilzerreissungen auch ausgedehnte Narben vorhanden sind, und dass der Fuss rechts an der Amputationsnarbe oben anscheinend etwas abgeflacht, unten aber jedenfalls verdickt ist. Unter diesen Umständen und in Anbetracht, dass für einen Bergmann zur Arbeit unter Tage die Unversehrtheit der Füsse ganz besonders wichtig ist, hat das R.-V.-A. nicht die Ueberzeugung gewinnen können, dass der Kläger in seiner Erwerbsfähigeit nicht mehr in einer für das wirtschaftliche Leben in Betracht kommenden Weise beeinträchtigt ist, zumal auch nicht einleuchtend ist, weshalb sich der Kläger, wenn er zur Arbeit unter Tage im vollem Masse fähig wäre mit dem geringeren Lohne eines Abnehmers oder Bremsers begnügen sollte.

Da sonach der Eintritt einer wesentlichen Besserung nicht für nachgewiesen zu erachten ist, war die Beklagte zur Weitergewährung der Rente von 15 % zu verurtheilen.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber Immunisirung mit Immunsubstanzen. Von Privatdocent Dr. R. Kraus, Assistenten am Institute, und Dr. Ph. Eisenberg. Aus dem staatlichen serotherapeutischen Institute in Wien, Vorstand: Prof. R. Paltauf. Ibidem.

Die Verfasser impften Hunde und Kaninchen mit Diphtherie- bezw. Typhusserum, sowie mit Laktoserum und untersuchten dann, ob die Sera der so behandelten Thiere Stoffe enthielten, welche die betreffenden Immunsubstanzen zu paralysiren im Stande wären. Sie konnten feststellen, dass das Diphtherie- und Typhusserum im Thierkörper keine Gegensubstanzen gebildet hatten, dass aber das Laktoserum ein Antilaktoserum erzeugt hatte. Das Serum der mit Laktoserum behandelten Thiere erwies sich gleichzeitig als antihämolytisch

gegenüber dem Blute der Thierspezies, von welcher die Milch stammte, durch deren Verimpfung das Laktoserum gewonnen war. Dr. Lentz-Berlin.

Zur Anstellung der Widal'schen Reaktion. Von Dr. F. Pröscher, vormaligem Assistenten der bakteriologischen Abtheilung des Instituts. Aus dem Königl. Institut für experimentelle Therapie zu Frankfurt a. M. Direktor: Geh. Rath P. Ehrlich. Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten; I. Abth., 1902, Bd. 31, Nr. 9.

Pröscher beschreibt eine neue Methode der Agglutinationsprobe. Es bedarf dazu nur geringer Mengen Blut; schon 0,1 ccm Serum genügt. Aus einem kleinen Schnitt, den man am Ohrläppchen des Patienten macht, saugt man den austretenden Blutstropfen in U-förmig gebogene Kapillaren von 2 mm Gesammtdurchmesser. Die Kapillaren werden zentrifugirt, wobei das Blutkoagulum sich in der Biegung des Röhrchens ansammelt. An der Grenze des Serums und des Koagulums werden die Schenkel des Röhrchens abgeschnitten und das Serum in eine Pipette mit $^1/_{100}$ ccm Theilung gesogen. Alsdann wird das Serum in einem Reagenzröhrchen mit physiologischer Kochsalzlösung bis zum Verhältniss von 1 : 10 verdünnt. Von dieser Lösung wird $^1/_2$ ccm in einem zweiten Reagenzröhrchen mit $^1/_2$ ccm Kochsalzlösung versetzt und so Verdünnung 1 : 20 hergestellt; $^1/_2$ ccm dieser Lösung wird in gleicher Weise zur Verdünnung 1 : 40 verwandt und so bis zur Verdünnung 1 : 160.

Zur Anstellung des Agglutinationsphänomens verwendet Pröscher 24stündige Typhusbouillonkulturen, die er durch Zusatz von 1% 10proz. Formalins abgetödtet und nach dem Formalinzusatz noch zwei Tage bei 37° in hohem Messzylinder aufbewahrt hat. Es bildet sich dann in dem letzteren ein Bodensatz, von dem die Typhusbouillon abgegossen wird, da er das Phänomen stören würde. Von dieser abgegossenen Typhusbouillon wird zu jedem Röhrchen, das $^1/_2$ ccm der zu prüfenden Serumverdünnung enthält, je $^1/_2$ ccm hinzugefügt. Es wirken dann also auf die Typhusbazillen Serumverdünnungen von 1 : 20, 1 : 40, 1 : 80, 1 : 60 und 1 : 320 ein. Die also beschickten Röhrchen werden nun sofort in kleine vorher nummerirte Blockschälchen ausgegossen; diese werden auf einander gethürmt, das oberste wird mit einer Glasplatte verschlossen. So kommen sie für 1—2 Stunden in den Brutschrank. Sodann werden sie mit schwacher Vergrösserung untersucht.

Auf diese Weise behandeltes normales Serum ergab niemals Agglutination und Pröscher sieht daher das Auftreten einer Agglutination in einer Verdünnung von 1 : 20 als wahrscheinlich positiven und in einer Verdünnung von 1 : 40 als sicher positiven Ausfall der Reaktion an, vorausgesetzt, dass eine mit der zur Herstellung der Verdünnungen verwandten Kochsalzlösung in gleicher Weise angestellte Probe negativ bleibt.

Die Methode soll einfach und handlich sein. Dr. Lentz-Berlin.

Das Wachsthum der zwischen Bacterium typhi und coli stehenden Spaltpilze auf dem v. Drigalski-Conradi'schen Agarboden. Von Dr. med. Heinrich Kaiser, Assistenten des Instituts. Aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie der Universität Strassburg i. Els. (Direktor: Professor Dr. J. Forster). Ibidem.

Kayser hat eine Reihe typhusähnlicher Bazillen, die aus dem Stuhl kranker Menschen bezw. Thiere gezüchtet worden waren, bezüglich ihres Wachsthums auf dem von v. Drigalski und Conradi angegebenen Lakmus-Laktose-Agar und dem Rothberger'schen Neutralrothagar geprüft und dabei gefunden, dass dieselben auf dem ersteren üppig gedeihen und nach 24 Stunden (mit einer Ausnahme auch noch später) das gleiche Aussehen wie der Typhus zeigen, dass sie aber durch die im Neutralrothagar schon nach 24 Stunden bemerkbare Fluorescenz und Aufhellung sich vom Typhusbacillus, der diesen Nährboden unverändert lässt, deutlich unterscheiden.

Verfasser bestätigt damit, was v. Drigalski und Conradi bereits in ihrer Publikation hervorheben, dass nämlich die sichere Diagnose, dass es sich um Typhusbazillen handele, erst durch eine weitere Prüfung der typhusverdächtigen Kolonien mit den bisher für die Typhusdiagnose gebräuchlichen Mitteln gestellt werden könne, unter denen sie den Traubenzucker-Neutralroth-

agar, die Petruschky'sche Lakmusmolke, die Milch und die Agglutination mittelst eines hochwerthigen Typhusserums besonders hervorheben.

Dr. Lentz-Berlin.

Untersuchungen über das Vorkommen des Bacterium coli in Teig, Mehl und Getreide, nebst einigen Bemerkungen über die Bedeutung des Bacterium coli als Indicator für Verunreinigung von Wasser mit Fäkalien. Von Dr. J. Papasotiriu, Volontärassistent am hygienischen Institut. Aus dem hygienischen Institut der Universität Würzburg. Archiv für Hygiene; Bd. 41, H. 3.

P. hat die Untersuchungen von Wolffin, Flörsheim und Felix Fränkel über das Vorhandensein von Bacterium coli im Sauerteig, sowie in Weissbrot- und Schwarzbrotteig einer Nachprüfung unterzogen; er dehnte dabei seine Untersuchungen auch auf verschiedene Weizenmehlsorten, sowie mehrere Zerealien und Leguminosen in unvermahlenem Zustande aus. Mit sehr wenigen Ausnahmen fielen seine Untersuchungen positiv aus. Er zieht daraus den Schluss, dass der Nachweis von einem grösseren Gehalte eines Wassers an Bacterium coli stets nur den Verdacht auf eine fäkale Verunreinigung des betreffenden Wassers erwecken könne, da vor Allem durch die Abwässer einer Bäckerei einem Wasser grosse Mengen von Bacterium coli zugeführt werden könnten.

Dr. Lentz-Berlin.

The Duration of the Life of the Tubercle Bacillus in Cheese. By F. C. Harrison, Guelph, Ont., Canada. Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten; 1902, I. Abth., 31. Bd., Nr. 6.

Harrison hat Cheddar-Käse mit einer Reinkultur von Perlsuchtbazillen versetzt und nun geprüft, wie lange sich die Bazillen in dem reifenden und e ifen Käse lebend erhielten.

Meerschweinchen, die mit 1—2 g des Käses bis zum 62. Tage nach der Bereitung desselben geimpft wurden, erkrankten an allgemeiner Tuberkulose. Aelterer Käse veranlasste keine Erkrankung der Thiere. Harrison schliesst daraus, dass Cheddar-Käse, welcher mindestens 10 Wochen alt ist, keine Tuberkelbazillen mehr enthält, mithin nach dieser Richtung hin als unverdächtig bezeichnet werden kann.

Dr. Lentz-Berlin.

Zelleinschlüsse, Zellentartungen und endozelluläre Parasiten bei bösartigen Geschwülsten. Mittheilung von Prof. Francesco Sanfelice. Mit 2 Tafeln. Aus dem hygienischen Institute der Königlichen Universität Cagliari. Ibidem.

Nach einer heftigen Polemik gegen Nichols, Barrel und Gaylard geht Sanfelice auf die von ihm als Erreger des Karzinoms angesprochenen Gebilde ein.

Er fixirte die zu untersuchenden Organe mittelst der verschiedensten gebräuchlichen Fixatationsmittel, denen er 2—3% Essigsäure zusetzte. Seine Schnitte färbte er mittels Anilinwasser-Gentianaviolett, fixirte die Farbe durch Oxalsäure oder verdünnte Lugol'sche Lösung und entfärbte mit Alkohol; sodann färbte er mit 3—4fach verdünnter Karbolfuchsinlösung nach. Bei Anwendung dieser Methode war das Gewebe, vor Allem auch die Krebszelle mit ihrem Kern roth, der Parasit aber stets violett gefärbt. Letztere Färbung können auch die Kerne oder Kernreste von seitens der Krebszelle eingeschlossenen Leukozyten zeigen, doch lässt die Anfangs unveränderte Form des Leukozyten, sowie der sich bald um denselben ausbildende ungefärbte Hof ihn leicht von einem Parasiten unterscheiden.

Partielle Entartungen der Krebszelle führen zu Bildern, welche früher vielfach für die von Krebserregern gehalten wurden; nach der von Sanfelice angewandten Färbungsmethode färben sie sich wie das Protoplasma der Krebszelle roth und können nach des Autors Meinung nie mit den eigentlichen Erregern verwechselt werden.

Die eigentlichen Erreger des Karzinoms hält Sanfelice für Blastomyzeten, deren Protoplasma von einer deutlichen Kapsel umgeben ist. Die Kapsel ist meist aus einer hyalinen äusseren und einer stark lichtbrechenden inneren Schicht zusammengesetzt. Die erstere färbt sich mit dem Gentiana-

violett schwach, die letztere sehr intensiv, so dass oft der Parasit wie eine violette Scheibe erscheint. Häufig zeigt letzterer aber auch konzentrische Schichtung um einen zentralen violetten Punkt (Kern?) herum. Einen ungefärbt bleibenden Hof scheinen die Blastomyzeten meist nicht zu zeigen.

Seine Ausführungen erläutert der Autor an 27 sehr hübschen, instruktiven Abbildungen. Dr. Lentz-Berlin.

Beitrag zur Kenntniss des Erregers der menschlichen Aktinomykose. Von Dr. Doepke, praktischer Arzt in Bamberg. Münchener Med. Wochenschrift; 1902, Nr. 21.

Die in den letzten Jahren von namhaften Autoren angestellten bakteriologischen Untersuchungen über Aktinomykose des Menschen haben so wenig einheitliche Resultate ergeben, dass man unter Aufgabe der früher angenommenen Unität dieses pathogenen Pilzes sich zu der Annahme genöthigt sieht, dass als Erreger der bekannten Erkrankung mehrere Pilzarten in Betracht kommen, die zwar dasselbe pathologische Bild hervorzubringen im Stande sind, aber sowohl was ihre Wuchsformen im Organismus und auf den verschiedenen Nährböden anlangt, wie auch die Art ihres Wachsthums auf den letzteren, nicht unerhebliche Abweichungen von einander aufweisen. Immerhin sind aber bis heute diese Unterscheidungsmerkmale der einzelnen Arten noch nicht derart einwandfrei klargelegt, dass es möglich wäre, auf Grund derselben eine wohlcharakterisirte Eintheilung der einzelnen Aktinomykosearten vorzunehmen.

Verfasser glaubt sich demnach berechtigt, drei in den letzten Monaten operirte und im Laboratorium des allgemeinen Krankenhauses in Bamberg untersuchte Fälle mitzutheilen, wobei es sich in allen drei Fällen um Aktinomykose des Gesichts (mit typischem Sitz am Unterkiefer bis zum Jochbogen hinauf) handelte.

Nach Mittheilung der betr. Krankengeschichten und Operationsbefunde, sowie der Untersuchungsmethode und Kulturversuche fasst Verfasser das Resultat der angestellten Untersuchungen in folgenden Schlusssätzen zusammen:

I. Die Diagnose „Aktinomykose" kann sicher gestellt werden durch Untersuchung

a. eines ungefärbten mikroskopischen Präparates aus dem frischen Eiterherd (Aktinomykeskörner), wobei man meist die strahlenförmig angeordneten Keulen und Kolben, die Degenerationsformen des Pilzes zu sehen bekommt;
b. eines nach Gram gefärbten Trockenpräparates, in dem der eigentliche Pilz, kürzere oder längere Stäbchen oder Fäden und öfters auch kugelige Gebilde scharf hervortreten, während von den keulen- und kolbenförmigen Gebilden nichts mehr zu sehen ist;
c. einer Reihe von Schnittpräparaten, die bei entsprechender Behandlung öfters Beides, den eigentlichen Pilzherd, wie seine Degenerationsformen zeigen.

II. Ein Nichtauffinden der kolbigen Gebilde berechtigt nicht, die Diagnose „Aktinomykose" auszuschliessen.

III. Die in den Fäden enthaltenen körnigen Gebilde sind die Dauerformen des Pilzes, die unter gewissen Bedingungen auswachsen können:

a. zu streptokokkenartig aneinander gereihten kugeligen Gebilden,
b. zu zarten, leicht geschwungenen Stäbchen,
c. zu kürzeren oder längeren, öfters segmentirten Fäden.

IV. Aus allen Wuchsformen resultirt bei genügend langer Beobachtung ein körniges Material — die Dauerformen, die Sporen.

Dr. Waibel-Kempten.

Systematische Untersuchungen über die Angreifbarkeit des Bleies durch das Wasser. Vom Dozenten Dr. Stanislav Ruzicka, Assistenten am Institute. Aus dem hygienischen Institute des Professors Dr. G. Kabrhel in Prag. Archiv für Hygiene; 1901, 41. Bd., H. 1.

Verfasser hat systematische Untersuchungen über die Löslichkeit des Bleies im Wasser gemacht; er verwandte dazu theils destillirtes, theils solches, das die in Trink- und Gebrauchswässern enthaltenen Salze enthielt.

Er fand in einfachen Salzlösungen, dass die Löslichkeit des Bleies von den Basen der Salze vollständig unabhängig ist, dagegen je nach den in den

Salzen enthaltenen Säuren stark wechselte. Der Bleiangriff eines Wassers wurde begünstigt, bezw. nicht behindert durch salpetersaure Salze, dagegen vermindert durch die Chloride, stärker durch die Sulfate und am stärksten durch die Karbonate. Die Karbonate wirkten schon in geringen Konzentrationen Lösung verhindernd.

Auch in kombinirten Salzlösungen bewirkten die Karbonate stets eine erhebliche Herabsetzung des Bleiangriffs; in derselben Weise, wenn auch weniger stark, wirkten Sulfate und Chloride, während Nitrate stets eine Erhöhung des Bleiangriffes herbeiführten.

Häufige Bespülungen desselben Bleirohres mit immer erneuten Lösungen von Karbonaten hatten zur Folge, dass sich der Bleiangriff der Lösung ständig verminderte. Auch bei Zutritt von Luft und in Gegenwart von Nitraten sank derselbe erheblich herab, wenn Karbonate in der Lösung enthalten waren. Sank jedoch der Gehalt der Lösungen an Karbonaten, so ging sofort mehr Metall in Lösung.

Die Anwesenheit von Kohlensäure (auch im Ueberschuss) hatte im Gegensatz zu der allgemein verbreiteten Anschauung zur Folge, dass der Bleiangriff zum Theil recht erheblich herabgesetzt wurde, und zwar sowohl in destillirtem Wasser, als auch in den Salzlösungen. Die Anwesenheit von organischen Substanzen im Wasser, bezw. den Salzlösungen wirkte bald erhöhend, bald herabsetzend auf die Grösse des Bleiangriffs, je nach der Art der Substanz. Luftzutritt erhöhte den Bleiangriff erheblich, doch hob ein stärkerer Gehalt der Lösungen an Karbonaten (2 Härtegraden und darüber entsprechend) diesen Einfluss der Luft auf.

Nach Ruzicka erscheinen also die Kohlensäure und die Karbonate als die besten Mittel zur Verminderung des Bleiangriffs eines Wassers.

Bezüglich des verschiedenen Verhaltens der einzelnen zu den Versuchen verwandten Salze dem Blei gegenüber weist der Verfasser auf die neuerdings ausgesprochene Ansicht hin, dass die meisten Salze in Lösungen sich in Dissoziation befinden (d. h. Basen und Säuren frei sind), dass demnach in dem Bleiangriff eine direkte Einwirkung der Säure auf das Blei zu sehen sein würde. Diese theoretische Erklärung hat manches für sich, da die Grösse des Bleiangriffs der die einzelnen Salze enthaltenden Lösungen der Löslichkeit des entsprechenden Bleisalzes (Nitrat, Chlorid, Sulfat, Karbonat) proportional ist.

Dr. Lentz-Berlin.

Gutachten der von dem Stuttgarter ärztlichen Verein zur Bearbeitung der Schularztfrage eingesetzten Kommission. Im Auftrag der Kommission unter dem 14. Juni 1902 erstattet von Dr. Weinberg. Württembergisches ärztliches Korrespondenzblatt; 1902, S. 469.

Nachdem das Bedürfniss nach Einrichtung des Schularztinstituts von den bürgerlichen Kollegien durch Bewilligung einer Summe von 8000 Mark bejaht worden ist, beschränkt sich die Aufgabe der Kommission darauf, eine Lösung der Schularztfrage für die Stuttgarter Verhältnisse unter Berücksichtigung der hierfür aufgeworfenen Mittel zu finden. Diese Aufgabe gliedert sich in zwei Theile: 1. Abgrenzung der Pflichten des Schularztes. 2. Art der Anstellung und Honorirung.

I. Im Allgemeinen hat sich die Thätigkeit eines Schularztes sowohl auf die Hygiene der Schulgebäude und ihrer Einrichtungen, als auch auf die Hygiene des Unterrichts und die Ueberwachung der Gesundheit der Schüler zu erstrecken. In Stuttgart speziell werden diese verschiedenen Seiten der Schulhygiene nicht im gleichen Mass im Pflichtenkreis eines Schularztes vertreten sein können. Im Wesentlichen wird es sich darum handeln, dem Schularzt die Aufgaben der Schulhygiene zu überweisen, welche durch die bisherige Instruktion der staatlichen und städtischen ärztlichen Beamten nicht genügend berücksichtigt sind.

Dem Stadtdirektionsarzt liegt bereits die regelmässige Visitation der Schulgebäude und die Begutachtung baulicher Veränderungen von Amtswegen ob. Allein trotzdem wird der Schularzt keineswegs nur gelegentlich bemerkte Schäden den vorgesetzten Behörden zur weiteren Behandlung mitzutheilen haben. Es wird sich in der Zwischenzeit zwischen den Visitationsterminen des Stadtdirektionsarztes genügend Gelegenheit finden, den Schularzt in Sachen der Hygiene der Schulgebäude zu beschäftigen und insbesondere wird daran

gedacht werden können, ihn an dem jährlichen Umgang des Hochbauamts zu betheiligen.

Da der Stadtarzt bis jetzt bereits in geringem Mass schulärztliche Thätigkeit ausübte, so wird es sich fragen, ob es zweckmässiger sein wird, ihm diesen Theil seiner Thätigkeit abzunehmen und einem oder mehreren Schulärzten zu übertragen, oder ob nicht die schulärztliche Thätigkeit ein Theil der Aufgaben eines vermehrten stadtärztlichen Personals bilden soll. Die Kommission hält es nicht für ihre Sache, diese Frage hier eingehender zu behandeln, zumal da sich hierzu wohl noch anderweit Gelegenheit ergeben wird. Es genügt vorläufig festzustellen, dass die Abgrenzung der schulärztlichen Thätigkeit nicht ohne gleichzeitige Neuregelung der stadtärztlichen Thätigkeit möglich sein wird. Welche Zugeständnisse dem Schularzt bezüglich der Hygiene des Unterrichts zu machen sind, ist eine praktisch sehr schwer zu lösende Frage. Es wird im allgemeinen gerathen sein, hier noch anderweitige Erfahrungen abzuwarten. Eine direkte Ueberwachung des Unterrichts durch den Arzt wird sich schwer durchführen lassen. Hingegen muss es dem Schularzt möglich sein, gelegentliche Beobachtungen, die auf Missstände im Unterricht hinweisen, zur Sprache zu bringen. Es wird daher sowohl im Interesse einer möglichst direkten, wie einer erfolgreichen Behandlung solcher Angelegenheiten liegen, dass dem Schularzt Sitz und Stimme in den Schuldeputationen eingeräumt wird. Eine derartige Stellung wird ihm auch Gelegenheit geben, durch persönlichen Verkehr mit den Lehrern deren Interesse für die hygienische Seite des Unterrichts anzuregen und wachzuerhalten. Die Hauptaufgabe des Stuttgarter Schularztes wird aber jedenfalls darin bestehen, dass er die Gesundheit der einzelnen Schüler überwacht und dafür sorgt, dass Schwächlichen oder krank Befundenen die geeignete Fürsorge zu Theil wird.

Zur Erreichung dieses Zweckes ist nothwendig, dass die Schulkinder allermindestens bei der Aufnahme und Entlassung, und wenn irgend möglich, bei jedem Klassenwechsel, noch besser aber halbjährlich einer eingehenden Untersuchung unterzogen werden. Auch sollte es dem Schularzt ermöglicht werden, die Eltern und Vormünder der zu entlassenden schwächlichen Kinder auf die Wichtigkeit der Berufswahl in gesundheitlicher Beziehung aufmerksam zu machen.

Es ist vom ärztlichen Standpunkt wünschenswerth, dass alle Schulkinder in Stuttgart durch den Schularzt untersucht werden. Allerdings ist zuzugeben, dass Kleinkinder-, Volks- und Mittelschulen in erster Linie des Schularztes bedürfen. Allein auch in den höheren Schulen stammt ein nicht geringer Prozentsatz von Kindern aus Familien, in denen eine Gewähr für regelmässige hausärztliche Ueberwachung nicht gegeben ist. Auch kommt die Ueberbürdung in den höheren Schulen in weit stärkerem Maasse in Betracht.

Die Untersuchung soll sich erstrecken

1. auf die allgemeine Körperbeschaffenheit,
2. auf die Beschaffenheit der Wirbelsäule, Brustorgane, des Rachens und der Zähne,
3. auf die Beschaffenheit der Augen und Ohren,
4. auf das Vorhandensein besonderer Gebrechen und grober Mängel der geistigen Fähigkeiten.

Die Ergebnisse der Untersuchungen sollen auf Zählkarten fixirt werden, die den Schüler durch alle Klassen begleiten.

Ausser den unerlässlichen regelmässigen Untersuchungen aller Kinder sollte der Schularzt mindestens monatlich alle diejenigen Kinder besichtigen, welche sich als aufsichtsbedürftig bei den regelmässigen Untersuchungen erwiesen haben oder von den Lehrern als krankheitsverdächtig vorgestellt werden.

Der Schularzt ist bei seinen Untersuchungen auf die Mitwirkung der Lehrer angewiesen, indem sie ihm bei der schriftlichen Fixirung der Befunde an die Hand zu gehen haben. Dabei wird sich auch Gelegenheit ergeben, die Lehrer auf bestimmte häufige und leicht erkennbare Krankheiten aufmerksam zu machen und sie dadurch zu veranlassen, damit behaftete Kinder von sich aus dem Schularzt vorzuführen.

Die Fürsorge des Schularztes für die schwächlichen und kranken Schulkinder darf nicht in irgend welcher Theilnahme an ihrer Behandlung bestehen. Es wird genügen, und ist für eine gedeihliche Entwickelung der schulärztlichen

Thätigkeit wünschenswerth, wenn sich der Schularzt darauf beschränkt, die Eltern und Vormünder behandlungsbedürftiger Kinder durch das Rektorat von dem Ergebniss der Untersuchung benachrichtigen zu lassen, und wenn er sich bei Gelegenheit späterer Visitationen überzeugt, dass der Rath der Inanspruchnahme eines Arztes befolgt wurde. Es muss den Eltern aber völlig anheimgestellt werden, sich an den Arzt ihres Vertrauens zu wenden.

Ueber alle Ergebnisse der Thätigkeit des Schularztes ist ein jährlicher Bericht an geeigneter Stelle, eventuell im medizinisch-statischen Jahresbericht, zu veröffentlichen.

Die Pflichten des Schularztes sind in einer Instruktion festzulegen, an deren Ausarbeitung die Kommission mitzuwirken bereit ist.

II. Betreffs der Art der Anstellung und Honorirung ist die Kommission einstimmig zu dem Ergebniss gelangt, dass die völlige Loslösung der schulärztlichen Thätigkeit von der Privatpraxis der Anstellung einer Mehrzahl praktischer Aerzte im Nebenamt vorzuziehen ist. Vor Allem kann nur durch eine umfassende Thätigkeit in dieser Richtung die nöthige Antheilnahme an den Fortschritten der Schulhygiene dauernd gesichert werden. Nur so ist ein regelmässiges, durch keine anderweitigen privaten Interessen beeinträchtigtes Versehen des schulärztlichen Dienstes auf die Dauer möglich. Auch wird es im Interesse einer möglichst einheitlichen Behandlung der Begutachtungen des Gesundheitszustandes der Schüler liegen, wenn die Untersuchungen durch eine einzige Persönlichkeit vorgenommen werden; bei zahlreichen Schulärzten wird die Vergleichbarkeit der Befunde und damit der statistische Werth der Berichte nothleiden. Endlich bedarf die schulärztliche Thätigkeit ein gewisses Mass ärztlicher Erfahrung, praktische soziale Kenntnisse und Verständniss für den Werth guter Beziehungen zu den praktischen Aerzten. Dies alles wird auf der Universität und während der Assistentenzeit nicht erworben. Ein Anfänger wird auch nicht in der Lage sein, die praktischen Aerzte für seine Zwecke genügend zu interessiren.

Werden zahlreiche Schulärzte im Nebenamt angestellt, so werden sich wesentlich jüngere Aerzte melden und die Stellen nur so lange behalten, bis eine genügende Praxis das Einhalten der Besuchstermine in den Schulen unmöglich macht; dadurch leidet jedenfalls die Kontinuität der Beobachtungen und die Gründlichkeit der Erfahrungen.

Auch ist keineswegs darauf zu rechnen, dass die Anstellung zahlreicher Schulärzte im Nebenamt die Honorarfrage günstiger gestalten wird. Denn auch im Nebenamt muss der Grundsatz ausreichender Bezahlung geforderter Dienste festgehalten werden.

Legt man die keineswegs zu hohen Sätze des Frankfurter schulärztlichen Instituts zu Grunde, wo für die regelmässigen Untersuchungen pro Schulkind und Jahr 75 Pfg. bezahlt werden, so kommt bei mindestens 16000 Schulkindern in Stuttgart das Honorar schon auf 12000 Mark zu stehen, eine Summe, welche die ausgeworfene nicht unwesentlich übersteigt.

Wenn die schulärztliche Thätigkeit von der Stadtarztstelle losgelöst und einer vollbesoldeten Persönlichkeit übertragen werden soll, so ist gleiches Honorar wie für den ersten Stadtarzt bei dauernder Anstellung und Pensionsberechtigung in Aussicht zu nehmen.

Die Untersuchung der Schulkinder durch den Gesundheitsbeamten. Aus dem Jahresbericht für das Jahr 1901. Von Dr. J. H. Crocker, med. off. of healt of the borough of Richmond. Public health; 1902, XIV, S. 612.

Zur Zeit hat der Gesundheitsbeamte in England als solcher weder die Pflicht, die Schulkinder zu untersuchen, noch hat er ein gesetzliches Recht dazu. Allerdings sollte man annehmen, dass der Staat, der dem Schulkinde den obligatorischen Schulbesuch auferlegt, es vor ansteckenden Krankheiten, die es durch Berührung mit anderen Kindern bekommen könnte, zu schützen verpflichtet sei. Indessen können weder die Schuldirektoren, noch die Lehrer ohne Einwilligung der Eltern die Kinder zur ärztlichen Untersuchung zwingen.

Da allein der Gesundheitsbeamte von der Behörde in Bezug auf Schulschluss und auf Ausschluss von Kindern, die an ansteckenden Krankheiten leiden, vom Schulbesuche, gehört wird, da er allein in Bezug auf den

Stand der Infektionskrankheiten informirt ist, so sollte er auch allein die Schulbesichtigungen ausführen, gegebenenfalls durch Assistenten unterstützt werden. Nach dem Public health act kann die Ortsbehörde solche Assistenten anstellen.

Für einen kleinen Bezirk sind zur Durchführung der Schulbesichtigungen durch den Gesundheitsbeamten und zum Zwecke der Gewinnung gesetzlicher Grundlagen für die schulärztliche Thätigkeit desselben folgende Gesetzesparagraphen angenommen und vom Parlamente im Vorjahre bestätigt worden:

1. Eltern oder Vormünder von Kindern, die an ansteckenden Krankheiten leiden, dürfen dann, wenn der Gesundheitsbeamte sie davon in Kenntniss setzt, dass das Kind nicht zur Schule geschickt werden darf, das Kind am Unterrichte nicht theilnehmen lassen, bis der Gesundheitsbeamte bescheinigt, dass der Schulbesuch wieder erlaubt ist.

2. Zu jeder Zeit darf der Gesundheitsbeamte jede Elementarschule seines Bezirks besuchen und die Schüler untersuchen. Er darf Kinder, die an ansteckenden Krankheiten leiden, auf eine ihm nothwendig erscheinende Frist vom Schulbesuch ausschliessen. Wird der Gesundheitsbeamte oder der von ihm beauftragte Schularzt an seiner Thätigkeit gehindert oder werden Schüler vor Ablauf der festgesetzten Frist zur Schule gesandt, so soll eine Strafe nicht über 40 Shilling über den Schuldigen verhängt werden.

Dr. Mayer-Simmern.

Schule und Infektionskrankheiten. Von J. M. Martin, med. off. of health for Stroud urban and rural districts. Vortrag in der (engl.) Medizinalbeamtenkonferenz zu Newport. Ibidem; S. 608.

Der Autor hat in seinem Bezirke folgenden Modus eingeführt: Bei jeder Erkrankung eines Schulkindes muss ein hausärztliches Zeugniss vorgelegt werden. Die Liste der Erkrankungen wird regelmässig vom Lehrer dem Gesundheitsbeamten zugesandt. Dieser schickt den Eltern eine amtsärztliche Bescheinigung, die den Schulbehörden einzureichen ist, und sendet die Liste dem Lehrer wieder zurück. Anders ist die Ausführung der schulärztlichen Thätigkeit seitens des Dr. Newsholme in Brighton. Der Lehrer schickt hier die Versäumnisslisten dem Gesundheitsbeamten zu. Dieser besucht sämmtliche Kinder, die an Infektionskrankheiten leiden, in ihrer Wohnung.

Die Reinlichkeit der Kinder im Bezirke des Verfassers ist eine sehr geringe. Von 244 untersuchten Kindern wiesen 10 Impetigo contagiosa, 1 Scabies, 92 Pediculi auf. Noch nach 3 Monaten waren 4 der letzteren nicht in der Schule, da die Eltern das Behaftensein der Kinder mit Parasiten des Kopfes als Entschuldigungsgrund auszunutzen pflegen.

Dr. Mayer-Simmern.

Studien über „Schulkopfweh". Von Professor Dr. Axel Holst. Christiania. Ibidem.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die häufigsten Krankheitserscheinungen bei Schülern, welche gemeinhin auf Rechnung der Schule gesetzt werden, berichtet der Verfasser über seine Beobachtungen, die er als Schularzt an der Kathedralschule zu Christiania über das Schulkopfweh gemacht hat.

Er kommt dabei zu dem Resultat, dass weniger die Schule als vielmehr ererbte Schwächlichkeit und anämische Zustände, sowie Krankheiten, die nichts mit der Schule zu thun haben (Scharlach, Nephritis), als die primäre Ursache für die Kopfschmerzen anzusehen sind. Die Schule spielt meist nur eine sekundäre Rolle und zwar weniger durch Ueberlastung mit häuslichen Arbeiten und den Aufenthalt der Schüler in überhitzten und ungenügend ventilirten Räumen, als vielmehr dadurch, dass die Schüler während der Schulzeit häufig eine unzweckmässige Lebensweise (spätes Zubettegehen, Stubenhocken) führen und dem in der Zeit des Wachsthums bekanntlich sehr regen Nahrungsbedürfniss nur in sehr unvollkommenem Masse Rechnung tragen können. So hat denn auch Holst durch vernunftgemässe Regelung der Lebensweise und Durchführung ausreichender Ernährung, bisweilen auch durch Verordnung von Eisenpräparaten erhebliches Nachlassen und gänzliche Heilung des Kopfwehs erzielt.

Dr. Lentz-Berlin.

Die Reinigung der Schulzimmer. Von Alexander Bennstein. Verlag von A. Bennstein in Dt. Wilmersdorf. 24 S., 60 Pfg.

Dass die Reinigung der Schulzimmer vom hygienischen Standpunkte aus Vieles zu wünschen übrig lässt, ist allgemein anerkannt. Bennstein beschäftigt sich eingehend mit dieser Frage, über die nach seiner, wohl irrigen, Ansicht Vorarbeiten irgend welcher Art nicht bestehen. Seine Ansichten fasst er in folgenden Thesen zusammen:

1. Die Beschaffenheit des Fussbodens ist von wesentlichem Einfluss auf die Reinhaltung der Schulzimmer. Je rauher und rissiger ein Fussboden ist, um so schwieriger ist und um so höhere Kosten erfordert die Reinhaltung. Am Vortheilhaftesten erscheint der Linoleumbelag.
2. Am Fussboden befestigte Schulbänke erschweren die Reinigung derselben. Wirthschaftlich am günstigsten ist eine gründliche Reinigung bei umlegbar eingerichteten Bänken durchführbar.
3. Beim täglichen Reinigen verwendet man vortheilhaft feuchte Sägespäne, wenn die Gestalt und die Anordnung der Schulbänke dies gestatten.
3. Für fugendichten und frei zugänglichen Fussboden ist feuchtes Aufwischen zu empfehlen.
5. Man erzielt dauernde Ersparniss an Reinigungskosten, wenn von vornherein bei der Einrichtung die nöthigen Mittel für guten Fussboden und zweckmässige Bänke aufgewendet werden.
6. Vorhandener schlechter Fussboden muss geflickt, durch Ausspähnen und Verkitten fugendicht gemacht und geölt werden. Eine diesbezügliche Revision muss alljährlich ein Mal stattfinden.

Im Anschluss an seine Erwägungen erhebt Bennstein die Forderung, dass, damit die Reinigungsfrage auf wissenschaftlichem Wege geklärt werden könne, einem hygienischen Institute ausreichende Mittel zum Zwecke der Anstellung exakter Forschungen zur Verfügung gestellt werden sollen. Ferner verlangt er, dass der Staat ein Jahrzehnt hindurch jährlich einige Millionen bereit stelle, um den Fussbodenbelag der Schulzimmer (der nicht nur in den ärmsten Gemeinden so mangelhaft sei, dass er eine Reinigung nicht zulasse) in einen brauchbaren Zustand zu versetzen und die schlechten Schulbänke aus den Schulen zu entfernen. Die wohlthätigen Folgen würden sich im besseren Gesundheitszustande der Kinder zeigen, die damit auch ein besseres Material für den künftigen militärischen Dienst bieten würden.

Ob der Verfasser mit seinen finanziellen Forderungen bei den massgebenden Behörden Gehör finden wird, dürfte zu bezweifeln sein.

Dr. Glogowski-Görlitz.

Schulküchen-Unterricht in Christiania 1895—1900. Von Dr. med. Henie in Hamar. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege Heft 2. 1902.

Das Unternehmen hat sich auch in diesem Berichtszeitraum als sehr dankbar gezeigt. Der Zudrang war sehr gross, weshalb die Küchen vermehrt werden mussten. In Christiania befinden sich jetzt 13 Küchen, die von 18 Gemeindeschulen besucht werden; zwei weitere sind in Aussicht genommen. Der Unterricht im Kochen wird ausserhalb der Schulzeit ertheilt. Die Theilnahme ist eine freiwillige, jedoch müssen diejenigen, die sich angemeldet haben, das Schuljahr hindurch aushalten. Gekocht wird an 2 Tagen der Woche $1^1/_2$ resp. 3 Stunden. Der Unterricht ist unentgeltlich, ausserdem erhalten die Lehrtöchter die zubereiteten Speisen gratis und das Backwerk für den Preis der Zuthaten. Die Lehrerinnen in den Küchen sind ebenso gestellt, wie die übrigen Lehrerinnen in den Gemeindeschulen und sind auch ebenso angestrengt, wie diese. Die Schul-Küchenmodelle waren in Bergen 1898 und in Paris 1900 ausgestellt und erhielten viel Anerkennung, die sich auch in vielen Anfragen über die Organisation des Unterrichts, u. A. von Seiten der Magistrate von Berlin und Frankfurt a. M., zeigte. Die Berichte der Küchen kommen zu folgenden Schlussfolgerungen: Der Unterricht entwickelt bei den jungen Mädchen das Verständniss für Reinlichkeit, Ordnung, Fleiss und Oekonomie, giebt ihnen nützliche Belehrung über häusliche Arbeiten und über eine richtige Ernährungsweise und gewöhnt sie an selbstständiges Handeln im praktischen Leben. Von Eltern und Vorgesetzten hört man oft Lob über die Schulküchen, aber auch manche Klage wegen der langen Unterrichtszeit. Diese letztere

Frage kann erst geregelt werden bei obligatorischer Einführung des Faches in den Schulplan, die bestimmt in Aussicht genommen ist.

Dr. Glogowski-Goerlitz.

Der neue Adler-Bücherhalter und seine Verwendung in Schulen. Von Adolf Koch, Lehrer in Frankfurt a. M. Ebenda, Heft 3 und 4.

Ein kleiner, äusserst praktischer „Bücherhalter", der sich in einem achtmonatlichen Versuch aufs Beste bewährt hat, sodass seine Einführung mit Beginn des Schuljahres 1902 in Frankfurt a. M. für alle Mittel- und Bürgerschulen genehmigt ist. Dieser patentamtlich geschützte Apparat (durch 2 Abbildungen im Text verdeutlich) bringt die Bücher, die bei Anfertigung schriftlicher Arbeiten verwandt werden, sowie Hefte, Zeichen- oder Schreibvorlagen in aufrechte Stellung; er kann sowohl für abschriftliche Arbeiten, als auch zu reinen Lesezwecken benutzt werden. Das Gestell ist nicht nur auf allen Schulbanktischen, sondern ebensowohl auf jeder beliebigen Tischkante verwendbar und trägt trotz seiner Kleinheit Schulbücher jeder Grösse.

Der Preis des Apparates beträgt im Kleinverkauf 50 Pf. und ist von der Commanditgesellschaft Müller & Comp. Nachfolger, Frankfurt a. M. zu beziehen, welche auf Wunsch einen ausführlichen Prospekt zur Verfügung stellt. Es empfiehlt sich schon wegen des niedrigen Preises zur Massenverwendung.

Dr. Glogowski-Goerlitz.

Besprechungen.

Prof. Dr. Lesser in Breslau: **Stereoskopischer Atlas der gerichtlichen Medizin.** 6. Folge, 42. Lieferung des von Prof. Dr. Neisser herausgegebenen stereoskopischen Atlas. Leipzig 1901. Verlag von Joh. Ambr. Barth. Preis: 5 Mark.

Die vorliegende Lieferung bringt in 12 Tafeln mit begleitendem Text Verletzungen einiger Unterleibsorgane sowie Schwangerschafts- und Wochenbettveränderungen der Gebärmutter. Auf den ersten Tafeln sind Verletzungen der Leber (Zerreissung durch Pferdetritt, Tod nach einigen Minuten; partielle Lebernekrose, entstanden durch eine 4 Monate vor dem Tode entstandene Quetschung) dargestellt, auf den folgenden beiden Verletzungen der Harnorgane (vollständiger Querriss der Pars membranacae urethrae durch Ueberfahrenwerden; falscher Weg etwa in der Mitte der Pars cavernosa; Blasendiphtherie; Berstung der Harnblase durch Druck auf die Unterbauchgegend), während die übrigen Tafeln Veränderungen und Verletzungen der Gebärmutter wiedergeben: 1. Gebärmutter am Ende des II. Monats der Schwangerschaft mit eröffneter Fruchtkapsel, Eierstock mit Corpus luteum; 2. Schwangerschaft im II. Monat, grosser Defekt der Decidua vera, Zerreissungen der Decidua reflexa sowie Cervixrisse durch Abtreibungsversuche mittelst Spritze; 3. Stichverletzungen der Gebärmutter durch Fruchtabtreibung; 4. Durchbohrung u. Innenflächen-Verletzungen des puerperalen Uterus durch Ausschabung, Zerreissungen und Quetschungen der Gebärmutter sowie der Scheide gelegentlich der Entbindung durch die Zange; 5. Zerreissungen der Scheide und des Gebärmutterhalses durch Partus praecipitatus einer sechsmonatlichen Frucht; 6. Suffusionen der Scheide und des Gebärmutterhalses nebst Einrissen jener und partieller Ablösung der kindlichen Eihäute durch Kolpeurynter-Einwirkung; 7. Placenta praevia centralis, Durchbohrung der über dem Muttermunde gelegenen Partie zur Blasensprengung; 8. Gebärmutter $5^1/_2$ Wochen nach rechtzeitiger Entbindung und normalem Wochenbett.

Die Abbildungen lassen in Bezug auf Ausführung, Schärfe der Wiedergabe u. s. w. ebenso wie die früheren nichts zu wünschen übrig; der begleitende Text, in dem die wichtigsten Punkte kurz hervorgehoben sind, trägt wesentlich zu ihrer Erläuterung bei. Den Medizinalbeamten werden besonders die Tafeln über Schwangerschafts- und Wochenbett-Veränderungen, namentlich nach Abtreibungsversuchen, interessiren.

Rpd.

Lehmann's medizinische Handatlanten. München 1902. Verlag von J. F. Lehmann.

a. **Dr. J. Sobotta,** Privatdozent in Wien: **Atlas und Grundriss der Hystologie und mikroskopische Anatomie des Menschen.** Mit 80 farbigen Tafeln und 68 Textabbildungen. Nach Originalen von Maler W. Freytag. XXVI. Bd. der Atlanten. Kl. 8°; 247 Seiten Text. Preis: 20 Mark.

b. **Dr. Oskar Schäffer,** Privatdozent an der Universität Heidelberg: **Atlas und Grundriss der gynäkologischen Operationslehre.** Mit 42 farbigen Tafeln und 21 zum Theil farbigen Textabbildungen nach Originalen von Maler A. Schmitson. Bd. XXVIII der Atlanten. Kl. 8°; 45 Seiten Text. Preis: 12 Mark.

Durch die beiden neu erschienenen Atlanten hat die Lehmann'sche Sammlung medizinischer Handatlanten eine äusserst werthvolle Erweiterung erfahren. Beiden Atlanten ist ebenso wie den vorhergehenden ein fortlaufender, sich nicht blos auf die Erklärung der Tafeln beschränkender Text in Gestalt eines kurzen Grundrisses gegeben, der trotz seiner Kürze doch die hauptsächlichsten Punkte berücksichtigt; namentlich ist dies bei dem Sobotta'schen Atlas der Histologie der Fall. Derselbe behandelt zunächst die Histologie oder die Lehre von den Zellen und den Geweben (Epithel- Stütz- oder Bindesubstanz, Muskel- und Nervengewebe) und hierauf die mikroskopische Anatomie der Organe (Skelett-, Wirbel-, Nerven-, Blut- und Lymphgefässsystem der Verdauungs-, Harn-, männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane, der Respirationsorgane, der Haut- und der Sinnesorgane). Die beigegebenen Abbildungen sind mit äusserster Sorgfalt und Genauigkeit ausgeführt; sie stellen mikroskopische Präparate in absolut naturgetreuer Wiedergabe dar, wie solche in einem anderen Buche kaum zu finden sind.

Der Schäffer'sche Atlas der gynäkologischen Operationslehre bildet gleichsam die Fortsetzung der von demselben Verfasser früher herausgegebenen Atlanten auf dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie. Der Text lehnt sich an die Darstellungen an, hat aber naturgemäss nicht so ausführlich gehalten werden können, um alle Komplikationen der verschiedenen Operationen zu berücksichtigen. Die Abbildungen sind ebenfalls nach eigenem Originalmaterial ausgeführt; es ist dabei besonderer Werth darauf gelegt, die verschiedenen operationstechnischen Situationen zutreffend und in naturgetreuen Farben wiederzugeben.

Dass die Verlagshandlung wiederum keine Mühe und Kosten in Bezug auf die Ausstattung der beiden Atlanten, auf die tadellose, künstlerische Herstellung der beigegebenen farbigen Tafeln und der Textabbildungen u. s. w. gescheut hat, möge noch besonders hervorgehoben werden. Rpd.

Prof. H. Chr. Nussbaum in Hannover: **Leitfaden der Hygiene für Techniker, Verwaltungsbeamte und Studirende dieser Fächer.** München und Berlin. Verlag von R. Oldenbourg. Gr. 8°; 592 S.

Der Verfasser, dessen fleissige Feder wir eine grosse Anzahl von hygienisch-technischen Arbeiten verdanken, hat mit dem vorliegenden Werke eine Lücke ausgefüllt, welche ganz besonders derjenige Arzt, welcher sich auf dem Gebiete der praktischen Hygiene zu bethätigen hat, sicher oft nachtheilig empfunden haben wird. Denn wenn auch der Verf. in dem Vorwort sagt, dass seine Schrift in erster Linie bestimmt sei, Technikern, Verwaltungsbeamten und Studirenden technischer Hoch- und Fachschulen zu dienen, so möchte ich diese Worte nur als einen Ausdruck vornehmer Bescheidenheit gelten lassen und vielmehr annehmen, dass der Kreis derjenigen, welche aus diesem Buch Anregung und Belehrung schöpfen werden, ein sehr viel weiterer werden wird, als der Verfasser ihn andeutete. Ganz besonders wird der beamtete Arzt, welcher ja zur Beurtheilung und Erledigung bauhygienischer Fragen jetzt in ungleich höherem Masse herangezogen wird als früher, in den sehr eingehend behandelten Abschnitten: „Der Städtebau", „Das Wohnhaus" Aufklärung und Anhaltspunkte finden, wie sie ihm keines der vorhandenen Lehrbücher der Hygiene bietet. Wie der Verf. in dem Vorwort ausspricht, war er bemüht, auf allen Gebieten leitende Grundsätze zu gewinnen und in den Vordergrund

zu setzen. Dass ihm dies gelungen, wird man rückhaltlos zugestehen können; als einen besonderen Vorzug kann man ausserdem rühmen, dass es mit einer erfrischenden Originalität und Selbständigkeit geschah, wie denn überhaupt das Buch allenthalben den Stempel eigener Arbeit und eigenen Nachdenkens trägt. Verfasser tritt verschiedentlich gewissen seit langem herrschenden Anschauungen mit Nachdruck entgegen, und wenn man auch über dies oder jenes vielleicht etwas anderer Ansicht als er sein kann, so wird man doch der überall streng wissenschaftlichen und absolut tendenzfreien Art seiner Ausführungen unbedingte Anerkennung zollen.

Das vornehm ausgestatte Buch sei den Fachkollegen aufs Wärmste empfohlen. Dr. Wolff-Stralsund.

Rudolf Emmerich und Heinr. Trillich: Anleitung zu hygienischen Untersuchungen. München 1902. Verlag der M. Rieger'schen Universitäts-Buchhandlung. Gr. 8°; 414 Seiten. Preis: 10 M.

Das vorliegende Buch — als dritte Auflage wesentlich vermehrt und verbessert — ist in erster Linie als Anleitung zu hygienischen Untersuchungen der Physikatskandidaten bestimmt. Es ist nach den im hygienischen Institut der Universität München üblichen Methoden zusammengestellt, berücksichtigt aber auch von den veröffentlichten Methoden und alle jene, die sich den Verfassern als Fortschritt oder als Vereinfachung erwiesen haben. In einer Aerzten, Hygienikern, Nahrungsmittelchemikern, Fabrikinspektoren, Verwaltungsbeamten durchaus genügenden Form werden klimatologische-meteorologische und chemische Untersuchungsmethoden behandelt, die hygienische Untersuchung der Luft einschliesslich der sonst in keinem deutschen Lehrbuche angegebenen Methoden, betreffend die Zählung der Staubtheilchen in der Luft, die des Bodens und Wassers, die chemische und mikroskopische Untersuchung der Nahrungs- und Genussmittel, die hygienische Untersuchung der Bekleidung, der Hautpflege und der Wohnung, schliesslich die bakteriologischen Methoden im allgemeinen und im besonderen ihre Anwendung für Wasser- und Luft-Untersuchungen. Daran anschliessend findet sich eine von Prof. Dr. Ehrlich und Prof. Dr. Metschnikoff selbst übernommene Darstellung ihrer Theorien der Immunität. Im Nachtrag schildern die Verfasser ein empfindliches Verfahren zum Nachweis von Formaldehyd in Fleisch und Wurst, in Fetten (Butter, Schmalz, Magarine), in Milch und Bier. 123 Abbildungen illustriren das Werk, das alles enthält, was dem beamteten Arzte am häufigsten vorkommt und was an Untersuchungen von ihm selbst erledigt werden kann oder genau überwacht und beurtheilt werden muss. Dr. Röpke-Lippspringe.

Dr. Jacobson, Medizinalrath und Kreisarzt in Berlin: **Leitfaden für die Revisionen der Drogen-, Gift- und Farbenhandlungen.** 2. Aufl. Berlin 1902. Verlag von Fischer's mediz. Buchhandlung (H. Kornfeld) Kl. 8°; 226 Seiten. Preis: 4 Mark.

Der Erlass der neuen Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 hat den Verfasser Veranlassung gegeben, die erste Auflage seines Leitfadens einer gründlichen Umarbeitung zu unterziehen und hierbei ausser den neuen gesetzlichen Bestimmungen insbesondere auch die jüngste einschlägige Rechtsprechung der höheren Gerichtshöfe zu berücksichtigen. Er hat dabei wieder auf die für die Revision von Drogen- u. s. w. Handlungen in Betracht kommenden Gesichtspunkte den Schwerpunkt gelegt, um den betheiligten Kreisen einen zuverlässigen Wegweiser zu geben; eine Aufgabe, die von ihm in vorzüglichster Weise gelöst ist, so dass sein Leitfaden namentlich den Medizinalbeamten warm empfohlen werden kann. Rpd.

Dr. H. Böttger, Redakteur der Pharmazeutischen Zeitung in Berlin: **Die reichsgesetzlichen Bestimmungen über den Verkehr mit Arzneimittel ausserhalb der Apotheken (Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901).** Nebst einem Anhange, enthaltend die Vorschriften über den Handel mit Giften und über die Abgabe starkwirkender Arzneimittel in den Apotheken. Unter Benutzung der Entscheidungen der Deutschen Gerichtshöfe erläutert. Vierte vermehrte Auflage. Berlin 1902. Verlag von Julius Springer. Kl. 8°; 140 Seiten. Preis: geb. 3,60 Mark.

Der Verfasser hat seinen Kommentar zwar in erster Linie zum Ge-

brauch für seine Spezialkollegen, die Apotheker, bestimmt, derselbe wird aber auch allen anderen auf diesem Gebiete theils als Sachverständige, theils als Richter thätigen Personen, sowie den Drogisten sehr willkommen sein. Den Letzteren kann der Kommentar als sicherer Rathgeber dienen, um ihr Geschäft und dessen Betrieb den gesetzlichen Bestimmungen gemäss einzurichten; den Medizinalbeamten giebt er ebenso wie den Richtern Auskunft über alle einschlägigen Punkte und strittigen Fragen, die gerade in Bezug auf den Verkehr mit Arzneimitteln trotz der neuen Bestimmungan und trotz der neuesten Entscheidungen der höchsten Gerichtshöfe noch immer höchst zahlreich sind. Der Verfasser hat sich namentlich nach dieser Richtung hin bemüht, die Brauchbarkeit seines Kommentars durch die Aufnahme aller wichtigeren derartigen Entscheidungen der Gerichts- und Verwaltungsbehörden wesentlich zu erhöhen; desgleichen hat er sich nicht nur auf die Wiedergabe der reichsgesetzlichen Bestimmungen beschränkt, sondern auch die in den einzelnen Bundesstaaten dazu erlassenen Ausführungsanweisungen und sonstigen Verordnungen aufgenommen.

Den grössten Raum des Kommentars nimmt naturgemäss die neue Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901 ein; in weiteren Abschnitten sind dann noch die Strafbestimmungen über den Verkehr mit Arzneimitteln, das Dispensirrecht der Aerzte, Thierärzte, Heilanstalten, Krankenkassen und Vereine, die Ankündigung von Arzneimitteln, das Drogistengewerbe (Zulassung, Ausübung, Ueberwachung, Untersagung) behandelt und als Anhang die Vorschriften über den Verkehr mit Giften beigefügt.

Das Kommentar verdient die weiteste Verbreitung in den betheiligten Kreisen, die bei seinen grossen Vorzügen gar nicht ausbleiben kann. Rpd.

Tagesnachrichten.

Rudolf Virchow †.

Am 5. d. Mts., Nachmittags 2 Uhr, ist Rudolf Virchow nach langem Leiden sanft entschlafen. Nach dem es ihm vergönnt gewesen war, im vergangenen Jahre sein achtzigstes Lebensjahr in voller geistiger und körperlicher Rüstigkeit zu vollenden und an diesem Tage die Glückwünsche der ganzen medizinischen Welt wie der Behörden des In- und Auslandes entgegenzunehmen, hat ihn bald darauf ein durch Unfall zugezogener Oberschenkelhals-Bruch an's Krankenlager gefesselt, von dem er sich nicht wieder erheben sollte.

Wohl noch nie hat ein deutscher Arzt durch seine für die medizinische Wissenschaft grundlegenden und bahnbrechenden Forschungen eine so allgemeine weit über die Grenzen seines engeren Vaterlandes hinausgehende Ehrung und Anerkennung gefunden, als der Verstorbene! Selten ist es aber auch einem Gelehrten vergönnt gewesen, so lange an der Spitze seiner Wissenschaft zu schreiten und so Unvergängliches für den Fortschritt derselben, wie für den Ruhm deutscher Forschung zu leisten wie Rudolf Virchow! Mit Recht hebt der „Reichsanzeiger“ in einem an hervorragender Stelle dem Verstorbenen gewidmeten Nachrufe hervor: „Indem Virchow in der krankhaften Veränderung der Zelle das Wesen aller Krankheiten erkannte, hat er die Wissenschaft der Zellularpathologie begründet, und damit der pathologischen Forschung zuerst die unentbehrliche und unabänderliche Grundlage geschaffen, die Lehre von den Geschwulstbildungen und Gefässerkrankungen und Gewebsdegenerationen im Besonderen in ungeahnter Weise gefördert. Durch Forschungen über pathologische Schädelformen wurde er zur Anthropologie geführt, nicht minder hat er auf diesem Gebiete wie auf den Gebieten der Ethnologie und Urgeschichte der Wissenschaft neue Gesichtspunkte erschlossen, und vor Allem in Deutschland durch planmässige Organisation für die Aufsuchung und Erhaltung die Reste der Urzeit vor der Vernichtung sichergestellt. Daneben war er überall bemüht, die wissenschaftliche Erkenntniss in das praktische Leben umzusetzen. In der Staatsarzneikunde, in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten und Viehseuchen, in den Fragen der Städtereinigung wie des Baues und der Einrichtung von Krankenhäusern, auf allen Gebieten der Krankheitsverhütung und Gesundheitspflege hat er durch das Gewicht seiner Persönlichkeit vielfach entscheidend eingegriffen und sich allezeit als ein treuer, nie versagender und

hochbewährter Rathgeber der berufenen Behörden erwiesen. — An Besonnenheit und kritischem Scharfblick ein unvergleichlicher Forscher, unablässig thätig bis in die neueste Zeit, entfaltete er, dem die Wissenschaft vom Leben so viel verdankt, in seinem immer gleichen, der Arbeit gewidmeten Handeln zugleich die echte Lebenskunst!" . . . Die Kunde von Virchow's Dahinscheiden wird bis in die fernsten Welttheile die tiefste und herzlichste Theilnahme erregen, sein Name aber für ewige Zeiten mit ehernen Lettern in die Tafeln der Geschichte der Medizin eingegraben bleiben!

Zur Durchführung des am 1. April 1903 in Kraft tretenden Reichsgesetzes über die Schlachtvieh- und Fleischbeschau und des preussischen Ausführungsgesetzes dazu vom 28. Juni 1902 haben die zuständigen Minister in Preussen unter dem 1. August d. J. eine ausführliche Anweisung erlassen, die in der Beilage zur nächsten Nummer der Zeitschrift zum Abdruck gebracht werden wird, soweit sie für die Medizinalbeamten Interesse hat.

XIV. internationaler medizinischer Kongress in Madrid (vom 23.—30. April 1903). Einer Aufforderung des spanischen Organisationskomitees entsprechend hat sich ein Deutsches Reichs-Komitee gebildet, um auf eine würdige und zahlreiche Vertretung der deutschen Aerzte bei diesem Anlass hinzuwirken, und gleichzeitig deren Interessen auf dem Kongresse selbst wahrzunehmen. Dasselbe richtet an die deutschen Aerzte die Aufforderung zur Theilnahme am Kongress, und insbesondere zur Mitwirkung an dessen wissenschaftlichen Zielen durch Anmeldung von Vorträgen, sei es bei dem Generalsekretär des Kongresses Dr. A. Fernandez Caro, Madrid, Faculté de Mèdecine, sei es bei dem Schriftführer des Komitees Prof. Dr. C. Posner, Berlin SW., Anhaltstr. 7.

Die Mitgliedschaft des Kongresses kann schon jetzt durch Einzahlung von 30 Pesetas = 20 Mark 50 Pf. bei dem Reisebureau von Carl Stangen, Berlin W., Friedrichstr. 72, erworben werden, welches als unser offizielles Verkehrsbureau fungirt, und alle Auskünfte über Reise, Wohnung und dergl. ertheilt, auch auf Wunsch das vorläufige Programm des Kongresses übersendet. Zur Mitgliedschaft des Kongresses sind berechtigt alle Aerzte, Apotheker, Zahnärzte, Thierärzte, sowie alle diejenigen, welche sich wissenschaftlich mit Medizin beschäftigen, und die Vertreter der Presse.

Die Mitglieder erhalten für ihren Beitrag ausser den noch bekannt zu gebenden Reisevergünstigungen [1]) ein Exemplar eines Allgemeinen Berichts über die Arbeiten des Kongresses, sowie der Verhandlungen derjenigen Sektion, bei der sie sich eingeschrieben haben. Die Damen der Mitglieder geniessen die den Mitgliedern zustehenden Reisevergünstigungen etc., falls für dieselben eine Damenkarte zu 12 Pesetas gleich 8 Mark gelöst wird.

Das vorläufige Programm für die gerichtlich-medizinische und hygienische Abtheilung ist bereits in Nr. 16, S. 595 mitgetheilt.

Auf der am 22.—26. Oktober d. J. in Berlin stattfindenden ersten Konferenz des aus 120 Vertretern aller Kulturländer bestehenden **internationalen Zentralbureaus zur Bekämpfung der Tuberkulose** (s. Nr. 15 der Zeitschrift, S. 563) wird neben der Konstituirung eine intime Aussprache über die schwebenden Fragen des Kampfes gegen die Tuberkulose erfolgen. Ausserdem soll auch die Frage erörtert werden, auf welche Weise am zweckmässigsten die sogenannten wilden Tuberkulose-Kongresse zu unterbinden sind und die ganze Bewegung in geordnete Bahnen zu bringen ist.

Unter dem Titel „**Mittheilungen der Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerreinigung**" erscheint von jetzt ab im Verlag von A. Hirschwald-Berlin eine neue Fachschrift, deren Redaktion der Anstalts-

---

[1]) Folgende Gesellschaften haben bisher Preisermässigungen für die Kongresstheilnehmer bewilligt: Spanische Nordeisenbahn 50 %, transatlantische spanische Kompagnie 33 %, französische Eisenbahnen 50 %, italienische Schifffahrts-Gesellschaft 50 % des Fahrpreises.

leiter Geh. Ob.-Med.-Rath Dr. Schmidtmann und der Anstaltsvorsteher Prof. Dr. C. Günther übernommen haben. Die Mittheilungen werden in zwanglosen Heften zur Ausgabe gelangen und sowohl Arbeiten der Anstaltsmitglieder, als auch einschlägige Arbeiten anderer Autoren bringen und zwar in erster Linie solche, die unter Mitwirkung der Anstalt entstanden sind. Die betreffenden Abhandlungen sollen thatsächliches Material bieten, auf dem neue Gesichtspunkte sicher fussen können, und die sich aller voreiligen Schlüsse enthalten.

In dem vorliegenden ersten Heft (Preis: 4 Mark) werden im Vorwort zunächst von den beiden Herausgebern der Zweck der Mittheilungen, sowie die Entstehung, Entwickelung, Aufgaben u. s. w. der Anstalt ausführlich besprochen; es folgen dann folgende 7 verschiedene Abhandlungen, über deren Inhalt in dieser Zeitschrift referirt werden wird.

Eine von Prof. Dr. Albrecht-Lichterfelde herausgegebene „**Zeitschrift für Wohnungswesen**“ wird demnächst in Carl Heymann's Verlag, Berlin W. 8, zu erscheinen beginnen. Es soll am 10. und 25. jeden Monats eine Nummer im Umfange von $1^1/_2$—2 Bogen in Quartformat zur Ausgabe gelangen. Der Bezugspreis ist auf M. 4.— für das halbe Jahr festgesetzt. Die Zeitschrift wird alle in das Verwaltungsgebiet einschlagenden Probleme der Wohnungsfrage behandeln, insbesondere die Wohnungsgesetzgebung und die Boden- und Wohnungspolitik der Gemeinden, die Fragen der Bauordnung und der Städteerweiterung, die Subventionirung der gemeinnützigen Bauthätigkeit dauernd im Auge behalten. Sie wird zweitens den technischen und hygienischen Fragen des Wohnungswesens besondere Beachtung schenken, und bestrebt sein, durch Wiedergabe guter Grundrisse der praktischen Bethätigung auf dem Gebiete des Kleinwohnungsbaues Anregungen und Vorbilder zu liefern. Als drittes Hauptgebiet wird endlich auch die theoretisch-nationalökonomische Seite der Frage, sowie die Wohnungsstatistik ihren vollberechtigten Platz in dem Programm des neuen Unternehmens finden.

An Stelle des jüngst verstorbenen Professors Dr. Reineboth in Halle haben Prof. Dr. Kobert und Dr. H. Cramer in Rostock die **Redaktion der Zeitschrift für Krankenpflege** (Verlag von Fischer's med. Buchhandlung [H. Kornfeld) in Berlin) übernommen.

Auf der am 27. und 28. August d. J. abgehaltenen **31. Hauptversammlung des Deutschen Apothekervereins** sind nachfolgende Beschlüsse gefasst:

1. Betreffs des Verkehrs mit Arzneimitteln: „Der Vorstand wird beauftragt, sobald die erforderlichen Unterlagen beschafft sind, im Sinne der vorliegenden Anträge bei der Reichsregierung vorstellig zu werden, damit 1. der Begriff „Heilmittel“ und „Grosshandel“ genau definirt werde und 2. entsprechend dem Wortlaut des §. 6, Abs. 2 der Gewerbeordnung ein direktes Verzeichniss der freigegebenen Arzneimittel aufgestellt werden möge.“

2. In Bezug auf die Frage der pharmazeutischen Vor- und Ausbildung „verharrt der Verein unentwegt auf dem Standpunkt der Forderung der Reifeprüfung in einem Gymnasium oder Realgymnasium und sechssemesterigem Universitätsstudium und hält es für seine Pflicht, falls die Neuregelung der Unterrichtsfrage seinen berechtigten Forderungen nicht entsprechen sollte, mit Energie und Nachdruck die Erfüllung dieser Forderungen anzustreben.“

3. Betreffs der Einstellung von Apothekerlehrlingen wird „der Vorstand des D. A.-V. beauftragt, dahin zu wirken, dass im §. 42 der Preussischen Betriebsordnung Abs. 2 die Worte von „bedarf“ bis einschliesslich „widerruflich ist“ gestrichen werden und dass der Vorstand gleichzeitig auch bei den anderen deutschen Bundesstaaten für eine entsprechende Regelung eintritt, soweit sie dort noch nicht vorhanden ist.“ Danach soll also auch derjenige Apothekenvorstand, der keinen Gehülfen hält, einen Lehrling ausbilden können, ohne hierzu der jedesmaligen Erlaubniss des Regierungspräsidenten zu bedürfen.

4. Hinsichtlich des Dispensirrechts der homöopathischen Aerzte, sowie der Thierärzte wird „der Vorstand beauftragt, dahin zu

wirken, dass die homöopathischen Aerzte bezgl. des Selbstdispensirrechts denselben Bedingungen unterworfen werden, wie die übrigen Aerzte, und dass die Thierärzte bei Dispensation von Arzneimitteln alle die Bedingungen zu erfüllen haben, denen die Apotheker nachzukommen haben."

Betreffs der Vorbildung und Prüfung der dispensirenden Krankenschwestern und Brüdern wurde beschlossen:

„Der Vorstand des D. A.-V. möge an geeigneter Stelle Schritte thun, dass von denjenigen Krankepflegeschwestern und Brüdern, welche das Examen als Leiter einer Anstaltsapotheke machen wollen, eine bestimmte Vorbildung gefordert wird. Auch muss, um Ungleichheiten zu vermeiden, die Abhaltung des Examens wieder bestimmten Kommissionen übertragen werden."

Der Ruhm der **Entdeckung der Schutzpockenimpfung** wird jetzt Jenner streitig gemacht. Auf dem Friedhofe von Maltravers in der Grafschaft Dorset soll nämlich eine Grabschrift gefunden sein, die folgendermassen lautet: „Dem Andenken Benjamin Jestys von Downsbay geweiht, der am 16. April 1816 im Alter von 79 Jahren starb. Er . . . wurde ganz besonders dadurch bekannt, dass er als erster die Kuhpocken durch Impfung einführte. Dank seinem starken Geiste machte er 1774 das Experiment an der Kuh mit seiner Frau und seinen beiden Söhnen als Versuchspersonen." Danach wäre also über zwanzig Jahre vor dem ersten Versuch Jenners, der bekanntlich im Jahre 1796 erfolgte, die Schutzpockenimpfung ausgeführt.

Pocken sind jetzt scheinbar in London stark in der Abnahme begriffen; in den Wochen vom 28. Juni bis 16. August sind 58, 51, 48, 23, 21, 24, 18 Personen an Pocken erkrankt und 15, 13, 13, 4, 4, 5, 2 gestorben. Auch ausserhalb Londons tritt die Seuche nur noch vereinzelt auf; in Birmingham und Swansea ist z. B. während der letzten Juliwoche nur je 1 Pocken-Todesfall vorgekommen. In Swansea betrug die Gesammtzahl der Erkrankungen bis Mitte Juli 137 mit 18% Todesfällen.

Cholera. In Russland hat sich die Zahl des Cholera-Erkrankungen in dem Amurischen Gouvernement und in der Mandschurei vermindert, gleichwohl hat sich die russische Regierung veranlasst gesehen, die erforderlichen Abwehrmassregeln auf die ganze Strecke der sibirischen Eisenbahn auszudehnen und längs derselben in den Gouvernements Tomsk und Tobolsk ärztliche Kommissionen einzusetzen. Es erkrankten und starben an Cholera in Inkou, Charbin und Girin in der Woche vom 6.—11. August durchschnittlich täglich 10 gegen 20, 30 und 50 Personen in den Vorwochen; in Port Arthur bis zum 31. Juli: 353 (218), vom 31. Juli bis 5. August: 92 (67), vom 6.—11. August: 61 (41); in Blagoweschtschensk bis zum 28. Juli: 29 (18), vom 29. Juli—4. August: 123 (93), vom 5.—11. August: 122 (80), vom 12.—18. August: 64 (47); in Murden vom 20. Juni—9. Juli: 109 (67), vom 10.—17. Juli: 181 (130), seitdem stieg die tägliche Zahl der Neuerkrankungen auf durchschnittlich 50. In Wladiwostock wurde am 9. August der erste Cholerafall festgestellt, bis zum 14. August waren daselbst 12 Personen an Cholera erkrankt und 3 gestorben; in Charborwsk vom 27. Juli—7. August: 11 (8), vom 8.—14. August: 57 (27). In der Zeit vom 11. August—3. September hat die Seuche im asiatischen Russland nicht mehr weiter um sich gegriffen, sondern in fast allen bisher verseuchten Orten wesentlich abgenommen.

Auch in den südkoreanischen Städten ist die Cholera ausgebrochen; desgleichen in Japan; in Nagasaki sind z. B. bis zum 23. Juli 22 Krankheits- und 13 Todesfälle festgestellt, in der Provinz Saga bis zum 16. Juli 76 (45), im Fukuoka-Distrikt bis zum 23. Juli 217 (darunter 41 verdächtige Fälle) mit 126 Todesfällen.

In China ist die Cholera namentlich in Shanghai verbreitet; im Juni sind daselbst 476 Personen an Cholera gestorben, vom 30. Juni bis 6. Juli: 72, vom 7.—13. Juli: 74. Auch das deutsche Schutzgebiet Kiautschau ist von der Seuche nicht verschont geblieben; hauptsächlich ist allerdings von ihr die einheimische Bevölkerung ergriffen worden, aber auch von den eingewanderten Deutschen sind in Tsingtan 4 Personen gestorben.

In Niederländisch-Indien sind an Cholera erkrankt bezw. gestorben: in Batavia vom 6. Juni bis 3. Juli: 167 (146), in Samarang vom 28. Mai bis 24. Juni: 93 (38), in Peckalongan während derselben Zeit: 256 (219), in Soerabaya vom 1.—28. Juni: 165 (117) und vom 29. Juni bis 12. Juli: 129 (74).

Auch auf den Philippinen hat die Cholera sich weiter verbreitet; die Zahl der Erkrankungs- und Todesfälle betrug vom 1.—15. Juni, 16.—30. Juni und 1.—15 Juli: in Manila 179 (149), 428 (328), 655 (504), und in den Provinzen 1761 (1357), 3683 (2899), 4640 (3527).

In Kalkutta (Britisch-Ostindien) sind in den Wochen vom 15. Juni bis 26. Juli 31, 26, 27, 31, 73 und 34 Personen an Cholera gestorben.

Bedenklich mit Rücksicht auf die etwaige Einschleppung der Cholera nach Europa ist ihre immer mehr um sich greifende Ausbreitung in Aegypten. Die Gesammtzahl der Cholera-Erkrankungen und Todesfälle stellt sich seit Ausbruch der Seuche (Ende Juni) bis 27. August auf 4787; davon entfallen auf die Woche vom 20.—27. August 1127 (791). Von diesen sind 150 (143) in Kairo gegen 79 (70) und 97 (80) in den Vorwochen vorgekommen; ausserdem sind besonders verseucht Asskout, Moucha, Gizeh und Embaleh, während die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle in Alexandrien bisher verhältnissmässig gering geblieben ist, vom 29. Juli bis 5. August: 5 (3), vom 5.—12. August: 8 (6), vom 12.—18. August 3 (1).

Die Pest weist in Indien wieder eine geringe Zunahme auf; es sind in der Präsidentschaft Bombay vom 8. Juli bis 1. August erkrankt bezw. gestorben 1176 (750), 1581 (1040), 2270 1474 Personen), davon in der Stadt Bombay 30 (23), 34 (30), 38 (28) und in der Hafenstadt Kurachi 27 (20), 17 (13), 15 (7). In Kalkutta sind vom 15. Juni bis 26. Juli 56, 37, 27, 20, 19 und 12 Todesfälle in Folge von Pest vorgekommen.

In Hongkong betrug die Zahl der Pesterkrankungen und Todesfälle vom 1.—14. Juni: 92 (91), vom 15. Juni bis 5. Juli 123 (125); in Aegypten vom 11. Juli bis 22. August: 17 (7), 11 (6), 2 (1), 7 (1), 4 (1) und 3 (2), zusammen 44 (18), davon 38 (15) in Alexandrien. In Mauritius sind vom 6. Juni bis 10. Juli nur 1 Todesfall an Pest und vom 10.—24. Juli 3 derartige Erkrankungen festgestellt; in Kapland vom 15. Juni bis 9. Juli: 5 (4) und zwar ausschliesslich in Port Elisabeth; seitdem scheint die Seuche erloschen zu sein. Die Gesammtzahl der in der Kapkolonie vorgekommenen Pest-Erkrankungs- und Todesfälle betrug bis zum 26. Juli: 907 (437), davon entfallen 745 (362) auf die Kaphalbinsel, 135 (65) auf Port Elisabeth und 35 (10) auf andere Orte. 5 Pesttodesfälle gelangten Mitte August in Rio de Janeiro (Brasilien zur amtlichen Kenntniss.

Aus Russland sind im Juli und Juli mehrfach pestverdächtige Erkrankungen gemeldet, und zwar aus Ut-Kudas 6 mit ebensoviel Todesfällen und Aksay 28 mit 16 Todesfällen, beide im Gouvernement Astrachan liegend, und aus Odessa 6, wovon einer tödtlich verlaufen ist. Während die Seuche in den beiden ersten Orten erloschen zu sein scheint, erkrankten in der Zeit vom 21. August bis 2. September in Odessa wieder 11 Personen an pestverdächtigen Erkrankungen; 2 von diesen Personen sind gestorben.

Auf mehrfache Anfragen die Mittheilung, dass der

Kalender für Medizinalbeamte, 2. Jahrgang, 1903

in der ersten Woche des Dezember d. J. zur Ausgabe gelangt. Prospekt und Bestellkarte wird der nächsten Nummer der Zeitschrift beigefügt werden.

Der Herausgeber:
Dr. Rapmund,
Reg.- und Geh. Med.-Rath.

Fischer's
medizinische Buchhandlung
(H. Kornfeld).

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei in Minden.

15. Jahrg. 1902.

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,
Herzogl. Bayer. Hofbuchhändler.
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. Oktober.

Ein seltener Fall von tödtlicher Verletzung der Halswirbelsäule.

Von Dr. **F. C. Th. Schmidt**, Gerichtsarzt in Düsseldorf.

Am Morgen des 9. Juni d. J. wurde in der Nähe des Städtchens Kaiserswerth die bekleidete Leiche des 60—70 Jahre alten Händlers J. L., zum grössten Theil im Chausseegraben liegend, aufgefunden. Derselbe war zuletzt am vorhergehenden Abend auf der Chaussee gesehen worden, wo er in betrunkenem Zustande auf den Schienen der elektrischen Bahn lag; der Zeuge Z. hatte ihn aufgehoben, worauf der Verstorbene ohne Hülfe auf der Chausee nach dem Orte R. zu weitergegangen war.

Die Leiche zeigte bei der Obduktion nur geringfügige äussere Verletzungen. Die Obduktion hatte folgendes Ergebniss:

In der Haut des Hinterkopfes fanden sich zwei, nicht über 3 mm tiefe Risswunden und im Gesicht, sowie an den Extremitäten einige unbedeutende Hautabschürfungen. Die Haut des Halses erwies sich bei wiederholter genauer Besichtigung völlig unverletzt.

Auch das Unterhautzellgewebe zeigte ebenso wenig wie das Zungenbein und dessen Umgebung etwas Ungewöhnliches. Dagegen fielen im Bindegewebe an den Seiten des Kehlkopfes und der Luftröhre zahlreiche Blutergüsse auf, welche eine sehr geringe Dickenausdehnung besassen und deren grösster Durchmesser 8 mm nicht überschritt. Sie bestanden aus geronnenem Blut und waren um so zahlreicher, je näher sie der Wirbelsäule lagen. Sehr viel grössere und vielfach unter einander zusammenhängende Blutergüsse derselben Art durchsetzten das Bindegewebe und die Muskulatur vor und an den Seiten der Halswirbelsäule und fanden sich vereinzelt auch in der Muskulatur des Nackens.

Die Gewebe des Kehlkopfes und der Luftröhre standen überall in natürlichem Zusammenhang. Dagegen bot die Halswirbelsäule ein höchst über-

raschendes Bild. Der Körper des sechsten Halswirbels war zum grössten Theil zertrümmert und etwa in der Mitte, quer zur Längsachse der Wirbelsäule in zwei Stücke auseinandergebrochen, welche bei herabhängendem Kopfe einen an der Vorderseite 1,5 cm weiten Spalt zwischen sich liessen. Das zertrümmerte Gewebe bestand aus einer Menge grösserer oder kleinerer Knochenstückchen und war, ebenso wie die noch erhaltenen Theile des Wirbelkörpers, reichlich mit Blut durchtränkt. Von der Spitze des rechten Querfortsatzes war ein kleines, nicht über eine halbe Erbse grosses Stückchen abgebrochen. Die anderen Fortsätze und die Bögen des sechsten Halswirbels waren völlig unverletzt. Aehnliche Veränderungen zeigten der dritte und vierte Halswirbel. Ihre Bögen und Fortsätze waren jedoch völlig verschont geblieben, und die Zertrümmerung der beiden Wirbelkörper betraf nur deren vorderen Theil, so dass diese nur etwa bis zur Hälfte von vorne nach hinten zu eingedrückt erschienen. Diese ziemlich breiten Eindrücke hatten eine zur Längsachse der Wirbelsäule quere Richtung und waren so gelegen, dass die an die Bandscheiben grenzenden Flächen, wie auch beim sechsten Halswirbel völlig intakt waren. Der Wirbelkanal bot nichts Bemerkenswerthes. Das Rückenmark hatte überall den gleichmässigen natürlichen Umfang und war ebenso wie seine Häute unverändert.

Die Obduzenten erklärten auf Befragen, dass der geschilderte Befund nicht durch einen Sturz, wohl aber durch eine Ueberfahrung des Verstorbenen erklärt werden könnte; auch nach genauer Ueberlegung erscheint die Annahme, dass ein oder zwei Räder quer über die Vorderseite des Halses gegangen sind, als die richtige. Der Getödtete, den man bereits einmal von den Schienen der elektrischen Bahn hatte aufheben müssen, wird — so stelle ich mir die Sache vor — vermuthlich im Moment des Ueberfahrenwerdens wieder auf der Chaussee gelegen haben und zwar auf dem Rücken, weil die Zertrümmerungen eben die vorderen Partien der Wirbelkörper betrafen. Der grösste Theil des Körpers kann sich bereits damals im Chausseegraben befunden haben oder durch einen Stoss des Fuhrwerks dorthin geschleudert sein; auch mag der Ueberfahrene, bei dem willkürliche Bewegungen wohl nur noch in sehr beschränktem Masse möglich waren, sich in Konvulsionen gewälzt haben und dabei in den Graben gefallen sein.

Wie aber — und das ist das Interessante an dem Fall — ist die Thatsache zu erklären, dass bei einer derartigen Zerschmetterung der Knochen des Halses dessen Haut völlig unverletzt geblieben war. Nach der Aussage eines beim Transport der Leiche betheiligt gewesenen Zeugen lag diese so weit von den Geleisen der elektrischen Bahn entfernt, dass eine Ueberfahrung durch sie völlig ausgeschlossen erscheint. Die Räder eines gewöhnlichen, stärker belasteten Wagens pflegen an der Haut deutliche Spuren zurückzulassen. Dagegen dürften die Räder eines Automobils, namentlich wenn ihre Gummireifen nicht solide, sondern mit Luft gefüllt sind, weich genug sein, um bei einem schnellen Hinübergleiten über den Hals seine Oberfläche unverletzt zu lassen, und doch einen solchen Druck ausüben, dass die zusammengepressten Knochen theilweise zu Brei zermalmt werden können. Automobile verkehren auf der in Betracht kommenden Chaussee häufig, und dafür, dass es sich um eine Automobilüberfahrung handelt, sprechen meines Erachtens auch noch andere Umstände.

Zunächst hat sich der Vorgang wahrscheinlich in der Nacht abgespielt, wo man den Pferden meist Ruhe gönnt, und ausserdem

ist dem Getödteten irgend eine Hülfe nicht geleistet und vielleicht auch keine Beachtung geschenkt worden. Gewiss machen sich auch einzelne Kutscher eines von Pferden gezogenen Wagens, wenn sie ein Unglück angerichtet haben, möglichst schnell aus dem Staube; aber sie werden doch in der Regel merken, was passirt ist, und häufig sich auch des Verletzten annehmen. Der Führer eines in rasender Eile dahinjagenden Automobils kann, wie ich glaube, einen in der Dunkelheit halb auf der Chaussee liegenden Menschen überfahren, ohne sich überhaupt klar zu werden, welcher Natur das unerwartete Hinderniss war.

Der vorliegende Fall ist leider bisher nicht weiter aufgeklärt. Vielleicht aber geben diese Zeilen Veranlassung, bei ähnlichen Befunden die Aufmerksamkeit der Obduzenten und der Staatsanwaltschaft auf die Möglichkeit einer Ueberfahrung durch ein Automobil zu lenken.

Latente Pneumonie.

Gerichtsärztliche Bemerkung von Kreisassistenzarzt Dr. Berg-Danzig.

Harvey Littlejohn beschreibt im Edinbourgh Med. Journal, April 1902, (Bericht darüber von J. P. zum Busch-London in Nr. 27 der Münchener med. Wochenschrift; 1902, S. 1156) 33 Sektionsfälle, die an Pneumonie gestorben waren, ohne dass diese Krankheit während des Lebens von den Kranken selbst oder von ihrer Umgebung vermuthet worden wäre. Das war um so auffälliger, als die befallene Lunge meist schon im Zustande der grauen Hepatisation befunden wurde. Scheinbar im besten Wohlsein waren die Betreffenden plötzlich erkrankt und 2—3 Stunden später gestorben. Von den 33 Fällen waren 25 schwere Trinker; bei 6 war die Frage des Alkoholismus unentschieden und nur einer war sicher mässig. L. weist auf die grosse gerichtsärztliche Wichtigkeit der latenten Pneumoniefälle hin, da Säufer oft Händel haben und bisweilen an scheinbar leichten Verletzungen zu Grunde gehen können.

Auch ich halte die Kenntniss derartiger plötzlichen Todesfälle für forensisch wichtig und will deshalb, angeregt durch die L.'sche Veröffentlichung, eine kurze Notiz über einen von mir gemeinsam mit Herrn Kreisarzt Dr. Eschricht am 12. Oktober 1900 in Danzig obduzirten Fall von latenter Pneumonie mittheilen.

Der etwa 45jährige Mann S. war, anscheinend ganz gesund, in eine Schänke getreten und hatte ein Glas „Putziger" (leichtes obergähriges) Bier getrunken. Alsbald nach dem Genuss hatte er plötzlich ein Frostgefühl geäussert und war todt hingesunken. Der Tod war so unerwartet eingetreten, dass der Verdacht einer Vergiftung auftauchte und die Staatsanwaltschaft die Leichenöffnung anordnete. Bei dieser erhoben wir folgenden Befund:

Mittelkräftige Leiche. Aus dem Munde fliesst hellbraune Flüssigkeit. Gehirn fest, reichliches Oedem der weichen Hirnhaut, Hydrops ventriculorum. Herz in allen Abtheilungen mit dunklen, weichen Gerinnseln ausgefüllt, hypertrophirt und dilatirt; Gewebe schlaff, Brustaorta, beide Hohlvenen voll Cruor

Gerinnsel. Rechte Lunge: Pleuritis adhaesiva recens, Pneumonia lobi superioris et medii im Stadium der grauen Hepatisation und beginnender eitriger Lösung. Die rechte Lunge ist stark vergrössert, schwer, Konsistenz leberartig, brüchig. Schnittfläche gelb mit grünbraunen Inseln, gekörnt, auf Druck reichlich rahmiger Eiter hervorquellend. Linke Lunke leicht emphysematös gebläht, in allen Theilen lufthaltig, bei Druck knisternd, Oberfläche glatt, schiefergrau, an der Rückfläche bläulich roth. Schnittfläche trocken, hell braunroth, auf Druck spärliche Oedemflüssigkeit entleerend; Luftröhren leer. Im Kehlkopf zwei kleine lineare ulcera an den Stimmbändern. Bronchialdrüsen stark vergrössert, theilweise mit verkalktem Centrum. — Uebrige Organe ohne pathologische Veränderung.

Die Aehnlichkeit dieses Befundes mit den L.'schen Beobachtungen ist auffällig: Für einen Trinker musste man den Obduzirten nach dem Polizeibericht und seiner zerlumpten Kleidung halten; der Tod war plötzlich eingetreten und die Lungenentzündung befand sich im Stande der grauen Hepatisation. Uebrigens scheinen die Fälle latenter Pneumonie nach den Aeusserungen in der gerichtsärztlichen Litteratur nicht häufig zu sein.

Zur Frage der Rattenvertilgung.

Von Kreisarzt und Med.-Rath Dr. Strassner-Magdeburg.

In den Ausführungsbestimmungen vom 6. Oktober 1900 zu dem Gesetze, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900, heisst es §. 20, Nr. 6: „Ganz besondere Aufmerksamkeit ist der Vertilgung von Ratten, Mäusen und sonstigem Ungeziefer zuzuwenden."

Die Vertilgung der Ratten ist nicht nur eine prophylaktische Massregel gegen die Pest, sondern auch häufig aus lokalen Gründen erforderlich, weil die Ratten in Kanälen und Schlupfwinkeln, namentlich in älteren Stadttheilen überhandnehmen. Die hiesige Gesundheitskommission beschloss deshalb, an zwei bestimmten Tagen ganz allgemein gegen die Ratten durch Phosphorlatwerge vorzugehen. Es dem Belieben des Einzelnen zu überlassen, wann und ob überhaupt das Gift gelegt werden sollte, erschien von zu geringem Erfolge; man hielt es vielmehr für allein richtig, zwangsweise die Massregel treffen zu lassen. Obwohl nun die Phosphorlatwerge jedem Einzelnen auf Wunsch unentgeltlich geliefert werden sollte, ist die Ausführung bisher nicht möglich gewesen.

Dass es bei Pestgefahr nach §. 20 des Reichs-Seuchengesetzes nicht schwer halten wird, eine Polizeiverordnung in diesem Sinne herbeizuführen, ist ohne Weiteres anzunehmen; anders liegt es aber, wenn noch nicht mobil gemacht ist, und es sich demgemäss nur um eine eventuelle prophylaktische Massregel handelt.

Die hiesige Gesundheitskommission hat sich nun für Anwendung der Phosphorlatwerge entschlossen, trotzdem ihr die Bedenken gegen die Gefahr nicht unbekannt waren. Kohlensäure anzuwenden, ist nicht angängig; die Wirkung der Meerzwiebel und vieler anderer ähnlicher Mittel viel zu unsicher. Ich hatte der Gesundheitskommission auch von dem Inhalt eines Schreibens

des Kaiserlichen deutschen Generalkonsuls in Kopenhagen vom 18. Oktober 1900 Kenntniss gegeben, wonach in Kopenhagen ein Gesetz in Aussicht genommen ist, durch das jedem Grundbesitzer in Stadt und Land die Verpflichtung auferlegt werden soll, Ratten unter Belohnung des Erfolges und Bestrafung der Pflichtversäumung einzufangen oder einfangen zu lassen, und dass als Vertilgungsmittel hierzu zur Anwendung kommen sollen: Einlaufenlassen von Wasser in die Rattenlöcher und Erschlagen der aus diesen dadurch herausgetriebenen Ratten (hat sich in dortigen Schlachthäusern gut bewährt); Anschaffung von rauhhaarigen Terriern, sogenannten Rattenbeissern, Fangen mit Fallen und Eisen. Von einer Anwendung von Gift will man in Kopenhagen grundsätzlich absehen, weil dadurch nicht nur Menschen und Thiere gefährdet werden, sondern auch die Ratten durch das Hinsterben unter den Dielen und an ähnlichen Orten die Luft verpesten können und häufig überhaupt gar nicht aufgefunden werden.

In Anbetracht der zweifelhaften und im Grossen nicht ausreichenden Wirkung dieser verschiedenen Massregeln hat sich die hiesige Gesundheitskommission jedoch dahin entschieden, das Verfahren der Stadt Dresden aufzunehmen, da jeder Hausbesitzer im Stande sei, Vorsicht zu üben, diese auch durch Kontrole vermehrt werden könnte, und sich das seit 40 Jahren alle 2 Jahre in Dresden angewandte Verfahren zur allgemeinen Rattenvertilgung bewährt habe. Die Massregel ist dort nicht durch ein Landesgesetz vorgeschrieben, erfreut sich aber wegen des guten Erfolges allgemeiner Beliebtheit. Sie wird vom Stadtrath angeordnet, Säumige werden bestraft; selbst soweit die Staatsanstalten und Militärgebäude in Frage kommen. — Angewendet wird Phosphorlatwerge, welche unentgeltlich abgegeben wird. Nach Mittheilung des Stadtbezirksarztes Dr. Niedtner in Dresden werden behufs Verhütung von Missbrauch und Unglücksfällen durch einen Aufsichtsbeamten nach stattgehabter Rattenvertilgung die noch vorhandenen Reste des ausgelegten vergifteten Brotes gesammelt und vernichtet. Der Erfolg der Massregel war bisher allem Anschein nach ein recht günstiger; denn die Ratten verschwanden auf lange Zeit. Rattenkadaver wurden nur in geringer Zahl gefunden, — das letzte Mal etwa 1000 todte Ratten in Höfen und Kellern — die Mehrzahl der vergifteten Ratten verkriecht sich, wird nicht gefunden oder mit den Schleussenwässern in die Elbe geschwemmt.

Trotz dieses günstigen Erfolges in Dresden und trotz des Mangels an Schädigungen irgend welcher Art bei ca. 20maliger Anwendung in Dresden sind aber die Bedenken dagegen hier noch nicht völlig geschwunden, so dass vorläufig von der Ausführung der vorher erwähnten Beschlüsse der Gesundheitskommission Abstand genommen ist.

Da die vorstehende Frage auch für andere Orte von grosser hygienischer Bedeutung ist, möchte ich die Herren Kollegen bitten, mir recht bald brieflich ihre etwaigen Erfahrungen, welche für oder gegen die Rattenvertilgung mit Phosphorlatwerge sprechen,

gefälligst mittheilen zu wollen. Ich werde nicht unterlassen, s. Z. in dieser Zeitschrift über die eingegangenen Mittheilungen zu berichten.

Zur Granulosefrage in Hinterpommern.

Von Med.-Rath Dr. **Heidenhain** in Stolp.

In seinen Bemerkungen „für Granulosefrage in Hinterpommern“[1]), behauptet Herr Kreisarzt Dr. Gutknecht, dass im Stadt- und Landkreis Stolp mit 100 000 Einwohnern nur 500 Granulosekranke und unter diesen noch nicht 50 mittelschwere und schwere Fälle seien, so dass von einer Durchseuchung des Kreises nicht die Rede sein könne. Ohne irgend eine Kritik über diese und andere Bemerkungen des Herrn Dr. Gutknecht erwidere ich nur Folgendes:

Im Frühjahr d. J. wurden von mir untersucht:

1) im Stadtkreise Stolp: 2937 Schulkinder, davon waren 79 schwerkrank und 130 leichtkrank;

2) im Landkreise Stolp: 13 210 Schulkinder, davon waren 333 schwerkrank und 554 leichtkrank, also im Ganzen wurden untersucht: 16 147 Kinder, von denen 412 schwerkrank und 684 leichtkrank waren.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Vorläufiger Bericht über die am 12. Septbr. d. J. in Cassel stattgehabte XIX. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.[2])

Am Abend zuvor fand die **Begrüssung** im kleinen Saal des Hôtel Schirmer statt. Kreisarzt Dr. Dreising-Cassel hiess im Namen der Casseler Kollegen die zum grossen Theil mit ihren Damen erschienenen Mitglieder herzlich willkommen, worauf der Vorsitzende, Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Rapmund-Minden, im Namen des Vereins den herzlichsten Dank aussprach.

I. Eröffnung der Versammlung, am Freitag, den 12. September, Vormittags 9¼ Uhr in dem Festsaal des Hôtel Schirmer:

Der Vorsitzende wies zunächst darauf hin, dass die heutige Versammlung die erste sei, die nicht wie bisher in der Hauptstadt der Monarchie stattfinde; die verhältnissmässig grosse Zahl der Theilnehmer (es waren 76 Mitglieder erschienen) beweise aber, dass der Beschluss des Vorstandes, in Cassel zu tagen, Beifall gefunden habe. Bei der ausserordentlich günstigen Lage und der nicht minder schönen Umgebung von Cassel sei dies auch nicht anders zu erwarten gewesen. Das überaus liebenswürdige und bereitwillige Entgegenkommen der Casseler Medizinalbeamten habe ausserdem die Durchführung des Vorstands-Beschlusses wesentlich erleichtert, wofür diesen Kollgen ein besonderer Dank gebühre.

Der Vorsitzende betonte sodann, dass mit der Durchführung

---

[1]) Siehe Nr. 18 der Zeitschrift für Medizinalbeamte, S. 656.

[2]) Die Referate über die einzelnen Vorträge sind sämmtlich Autoreferate.

des Kreisarztgesetzes eine neue Aera des preussischen Medizinalwesens begonnen habe, die zu der Hoffnung berechtige, dass dasselbe sehr bald selbst weitgehenden Forderungen der öffentlichen Gesundheitspflege entsprechen werde. Es wehe ein frischer Wind in der Medizinalverwaltung; dem ausserordentlich grossen Fortschritt vom vorigen Jahre seien noch weitere Fortschritte gefolgt; überall trete das Bestreben hervor, der öffentlichen Gesundheitspflege die ihr gebührende Geltung zu verschaffen. Dafür gebühre der Zentralinstanz, insbesondere dem Herrn Minister, voller Dank! Hoffentlich werde in dieser gedeihlichen Entwickelung des Gesundheitswesens kein Stillstand eintreten!

Nachdem der Vorsitzende schliesslich die Gäste, H. Regierungspräsidenten von Trott zu Solz, H. Oberpräsidialrath Fromme, H. Oberregierungsrath Dr. Lahmeyer (Direktor des Provinzialschulkollegiums), H. Oberregierungsrath Fliedner, H. Polizeipräsident Steinmeister, H. Geh. San.-Rath Dr. Endemann, H. Bürgermeister Jochmus, H. Regierungsassessor zur Nieden, begrüsst und im Namen des Vereins für ihr Erscheinen gedankt hatte, erstattete er an Stelle des Schriftführers den

II. Geschäfts- und Kassenbericht. Wahl der Kassenrevisoren.

Die Mitgliederzahl, die am Schlusse des Vorjahres (1900) 1007 betrug, ist bis Ende des Berichtsjahres (1901) auf 1052 gestiegen; gestorben sind im Laufe des Berichtsjahres: 21, ausgetreten: 25, eingetreten: 91. Mit Beginn des neuen Jahres (1902) hat sich jedoch die Zahl der Mitglieder in Folge der Bildung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins und des dadurch erfolgten Ausscheidens der nichtpreussischen Mitglieder (145), sowie in Folge des Austritts einer verhältnissmässig grossen Zahl auf Wartegeld gestellter Medizinalbeamten (47) erheblich verringert, so dass sie Anfangs nur noch 860 betrug; durch Neueintritt von 43 Mitgliedern ist sie aber inzwischen nach Abzug der während des laufenden Jahres verstorbenen (14) Mitglieder wieder auf 889 gewachsen. Die Mitgliederzahl des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins beträgt dagegen z. Z. 1136; sie stellt sich also erheblich höher, als die Ziffer des preussischen Vereins am Schluss des Berichtsjahres, wo noch die Medizinalbeamten der anderen Bundesstaaten diesem Verein angehörten.

Die Einnahmen haben 12829,25 Mark, die Ausgaben 12706,54 Mark betragen, so dass ein Ueberschuss von 122,71 Mark verbleibt, durch den sich das Vereinsvermögen auf 3967,89 Mark erhöht.

Die Zahl der seit der vorjährigen Versammlung verstorbenen Mitglieder ist diesmal leider wiederum eine sehr grosse (21). Der Vorsitzende gedenkt derselben mit herzlichen Worten und widmet gleichzeitig einen warmen Nachruf zwei anderen Verstorbenen, dem Geh. Ober-Medizinalrath Professor Dr. Skrzeczka-Berlin, der lange Jahre hindurch die Geschicke

der Medizinalbeamten als Personaldezernent in der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums mit ausserordentlich wohlwollender Hand gelenkt hat, sowie dem erst vor einigen Tagen aus dem Leben geschiedenen Geh. Medizinalrath Prof. Dr. Rudolf Virchow, dessen Tod die ganze medizinische Welt in tiefe Trauer versetzt und dessen Namen durch seine unvergänglichen, bahnbrechenden Leistungen mit ehernen Lettern in die Geschichte der Medizin eingegraben ist.

Zum Andenken der Verstorbenen erheben sich die Anwesenden von ihren Plätzen.

Betreffs Ausführung der von der vorjährigen Hauptversammlung gefassten Beschlüsse berichtet der Vorsitzende, dass der Verein am 1. Januar in corpore dem neugebildeten „Deutschen Medizinalbeamten-Verein" beigetreten ist. Weiterhin hat der Vorstand in Folge des vorjährigen Beschlusses, betreffend die Heranziehung der Medizinalbeamten zu den Umlagen der Aerztekammern, dem Herrn Minister ein entsprechendes Gesuch eingereicht und darauf unter dem 5. Mai. d. J. den Bescheid erhalten, dass die Angelegenheit inzwischen durch den Ministerialerlass vom 21. April 1902 im Sinne des Gesuches, wenigstens zum Theil, erledigt sei. Auf eine andere Eingabe betreffs Zuziehung der Kreis- und Gerichtsärzte in erster Linie als Sachverständige zu den Entmündigungen ist ein Bescheid noch nicht erfolgt.

Nach Wahl der Kassenrevisoren, Festsetzung des Vereinsbeitrages auf 15 Mark und Bekanntgabe verschiedener auf die Tagesordnung, Besichtigung u. s. w. bezüglichen geschäftlichen Mittheilungen wird zum dritten Gegenstand der Tagesordnung übergegangen.

III. Der nothwendige Ausbau der preussischen Gesundheitsgesetzgebung auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung.

H. Reg.- u. Med.-Rath Dr. Wodtke-Köslin: Ein preussisches Seuchengesetz, dessen Erlass nach den Veröffentlichungen der Professoren Fraenkel, v. Leyden und Kirchner ohne Zweifel in allernächster Zeit zu erwarten sein soll, ist dringend erforderlich. Während an den gemeingefährlichen Krankheiten, welche unter das Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900 fallen, in den 10 Jahren von 1891 bis 1900 nach den amtlichen Quellen nur 2301 Personen gestorben sind, betrug die Anzahl der an sonstigen vermeidbaren Krankheiten Gestorbenen 1 438 324 Personen (s. Leitsatz A). Dieser übergrossen Anzahl von Todesfällen entspricht eine vervielfachte Anzahl von Erkrankungen, welche nicht nur ungeheure wirthschaftliche Verluste verursachen, sondern auch die geistige Frische, Willensenergie und Zähigkeit des ganzen Volkes wesentlich beeinträchtigen.

Das Auftreten und die Verbreitung der ansteckenden Krankheiten werden durch den regen Verkehr der Jetztzeit ausserordentlich begünstigt, während das in dem Regulativ von 1835

gebotene Rüstzeug zur Bekämpfung derselben weder den heutigen Verhältnissen Rechnung trägt, noch die durch die Bakteriologie gesteigerte wissenschaftliche Einsicht in das Wesen der ansteckenden Krankheiten berücksichtigt, noch einer Ergänzung durch Verordnungen fähig ist, wie mehrere gerichtliche Entscheidungen der höchsten Gerichtshöfe festgestellt haben.

Das neue Preussische Seuchengesetz wird sich auf diejenigen gefährlichen Krankheiten, welche sich schnell und leicht von Mensch zu Mensch verbreiten und im Reichsseuchengesetz eine Stätte nicht gefunden haben, erstrecken müssen. Die Thierkrankheiten bei Menschen, die Gesundheitsschädigungen durch Nahrungsmittel, ungefährliche oder höchst seltene Krankheiten werden in das Preussische Seuchengesetz nicht aufzunehmen sein, sondern nur Typhus, Rückfallfieber, übertragbare Ruhr, übertragbare Genickstarre, Granulose, Diphtherie, Scharlach, Masern mit Rötheln, Keuchhusten, Tuberkulose, übertragbare Wochenbetterkrankungen, Syphilis mit Gonorrhoe. Die Aufnahme von Masern und Keuchhusten ist besonders deswegen erforderlich, weil von 1891 bis 1900 an Masern 83882 Menschen, 4709 mehr als an Scharlachfieber, und an Keuchhusten sogar 139123 Personen hinweggerafft worden sind.

Nicht nur die Erkrankungen und Todesfälle in Folge dieser Krankheiten müssen der Anzeigepflicht unterliegen, sondern auch der Krankheitsverdacht, weil nur dann rechtzeitige Massnahmen zur Verhütung des Entstehens einer Epidemie möglich sein werden, und weil für die behandelnden Aerzte die frühzeitige Anzeige eines Krankheitsverdachts leichter ist, als die einer Erkrankung mit gesicherter Diagnose.

Das Desinfektionswesen muss seitens der Kreise durch eine statutarische Anordnung geregelt werden, welche die Anstellung zuverlässiger Desinfektoren ermöglicht.

Nach den Erklärungen der preussischen Kommissare in der Kommission zur Vorberathung des Reichsseuchengesetzes ist anzunehmen, dass in dem zu erwartenden Preussischen Seuchengesetz das bisherige Recht fortbestehen bleiben soll, welches die Kosten der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten mit Ausnahme derjenigen für das Ermittelungsverfahren den zur Tragung der Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung verpflichteten Verbänden aufbürdet. Die ländlichen Verbände sind aber zu klein und zu wenig steuerkräftig, um diese Kosten tragen zu können. Es ist daher zu empfehlen, dass die Provinzialverbände die Bestreitung der vorgesehenen Entschädigungen ähnlich wie bei den Viehseuchen übernehmen und die Kreise die Kosten des Desinfektiosweseus decken, während den Gemeinden die Kosten der Bereitstellung von Wohnungen, sowie die besonderen Vorsichtsmassregeln bei der Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung von Leichen bleiben.

Die von dem Referenten aufgestellten Leitsätze hatten folgenden Wortlaut:

A. In den 10 Jahren von 1891 bis 1900 sind in Preussen nach den amtlichen Quellen gestorben:

1. an den unter das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 fallenden gemeingefährlichen Krankheiten insgesammt 2301 Personen und zwar in Folge von

Cholera:	1633,
Pocken:	460,
Flecktyphus:	208;

2. an den vermeidbaren einheimischen Volkskrankheiten 1438324 Personen und zwar in Folge von

Tuberkulose:	727020,
Diphtherie:	303711,
Keuchhusten:	139123,
Masern:	83882,
Scharlach:	79173,
Typhus:	48238,
im Kindbett:	43434,
Ruhr:	10478,
Syphilis:	3265.

Diese gewaltige Sterblichkeit in Folge der vermeidbaren einheimischen Volkskrankheiten, welche mit einer ungeheuren Erkrankungsziffer und schweren wirthschaftlichen Verlusten verbunden ist, erfordert dringend eine energische Bekämpfung dieser Krankheiten, zu der die gesetzlichen Bestimmungen des Regulativs von 1835 genügende und geeignete Mittel nicht bieten.

B. Ein Preussisches Seuchengesetz ist daher eine unabweisbare Nothwendigkeit.

C. Bei der Gestaltung des zu erwartenden Preussischen Seuchengesetzes sind folgende Forderungen zu berücksichtigen:

I. Der Anzeigepflicht unterliegen jede Erkrankung und jeder Todesfall an
   1. Typhus,
   2. Rückfallfieber,
   3. übertragbarer Ruhr,
   4. übertragbarer Genickstarre,
   5. Granulose,
   6. Diphtherie,
   7. Scharlach,
   8. Masern und Rötheln,
   9. Keuchhusten,
   10. Lungen- und Kehlkopftuberkulnse in übertragbarer Form,
   11. übertragbaren Wochenbetterkrankungen,
   12. Syphilis und Gonorrhoe bei Prostituirten und der Prostitution verdächtige Personen,

   sowie jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt.

II. Das in den §§. 6—10 des Reichsseuchengesetzes vorgeschriebene Ermittelungsverfahren gelangt bei den unter I genannten Krankheiten zur Anwendung.

III. Das Desinfektionswesen ist seitens der Kreise durch eine statutarische Anordnung entsprechend den §§. 20 und 116 der Kreisordnung zu regeln.

IV. Die Kosten werden unter möglichster Schonung der ländlichen Ortsverbände aufgebracht und zwar:

1. der Staat übernimmt die Kosten des Ermittelungsverfahrens gemäss §. 1 Abs. 6 des Kreisarztgesetzes,
2. die Provinzialverbände tragen die Kosten der in den §§. 28—34 des Reichsseuchengesetzes vorgesehenen sowie die nach dem Preussischen Seuchengesetz zu gewährenden Entschädigungen,
3. die Kreise die Kosten des Desinfektionswesens, insbesondere die der Anstellung von Desinfektoren, Beschaffung von Apparaten und der Wohnungsdesinfektionen,
4. die Gemeinden die Kosten der Bereitstellung von Wohnungen und der besonderen Vorsichtsmassregeln bei Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen,
5. der Einzelne, im Unvermögensfalle die Gemeinde, die Kosten der laufenden Desinfektion und der ärztlichen Behandlung.

Diskussion:

Von einer allgemeinen Debatte wird Abstand genommen und sofort in die Berathung der einzelnen Leitsätze eingetreten. Nachdem Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Fielitz-Halle a./S., Reg.- u. Med.-Rath Dr. Barnick-Frankfurt a./O. und Kreisarzt Dr. Rockwitz-Cassel die Nothwendigkeit eines preussischen Seuchengesetzes, letzterer unter Hinweis auf die ungenügenden, z. Th. noch geltenden hessischen Bestimmungen im Reg.-Bez. Cassel betont haben, werden die Leitsätze A. u. B. einstimmig angenommen. Lebhafter gestaltete sich die Diskussion über Leitsatz C. I, betreffend die Anzeigepflicht. Kreisarzt Dr. Hoche-Geestemünde wünscht, dass auch übertragbare Krankheiten der Neugeborenen anzeigepflichtig sind, desgleichen die Frieseln; während Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Fielitz-Halle eine solche Ausdehnung der Anzeigepflicht nicht für nothwendig hält und auch dagegen Bedenken hat, dass diese bei Syphilis und Gonorrhoe auf die der Prostitution verdächtigen Personen ausgedehnt wird. Demgegenüber tritt Reg.- u. Med.-Rath Dr. Barnick-Frankfurt a./O. für die von dem Referenten eingeschlagene Fassung ein, da sonst eine wirksame Bekämpfung dieser beiden Krankheiten nicht möglich sei. Auch Stadtarzt Dr. Schrakamp-Düsseldorf spricht sich in diesem Sinne aus; Kreisarzt Dr. Meder-Cöln wünscht sogar eine weitergehende Fassung dahin, dass Syphilis und Gonorrhoe auch bei anderen Personen anzeigepflichtig sein müssten, sobald sie eine Gefahr für die Allgemeinheit befürchten lassen. Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Cimbal-Neisse sowie der Vorsitzende äusserten sich im gleichen Sinne; der Referent bat dagegen, es betreffs der Anzeige von Syphilis und Gonorrhoe bei der von ihm vorgeschlagenen Fassung zu belassen, während er sich mit der Ausdehnung der Anzeigepflicht auf übertragbare Krankheiten von Neugeborenen einverstanden erklärt. Bei den nun folgenden Abstimmungen wird Leitsatz C. I Nr. 1—10 einstimmig und Nr. 11 in der Fassung: „übertragbare Krankheiten der Wöchnerinnen und Neugeborenen“ mit grosser Mehrheit angenommen, Leitsatz C. I Nr. 12 dagegen unter Streichung der Worte „und der Prostitution verdächtige Personen“.

Die Leitsätze C. II, III und IV über Ermittelungsverfahren, Desinfektion und Kosten wurden nach kurzer Debatte, an der sich Kreisarzt Dr. Fielitz-Halle und der Vorsitzende betheiligten, einstimmig angenommen.

IV. Bericht der Kassenrevisoren. Vorstandswahl.

Nach dem Bericht der Kassenrevisoren hat die Prüfung der Kassenbücher und der Kasse die Richtigkeit ergeben; dem Kassenführer wird demgemäss auf Antrag der Kassenrevisoren Entlastung ertheilt.

Es erfolgt sodann die Wiederwahl des bisherigen Vorstandes durch Akklamation. Der Vorsitzende nimmt dieselbe auch im Namen der übrigen Vorstandsmitglieder dankend an.

V. Die Thätigkeit des Kreisarztes auf dem Gebiete der Schulhygiene und seine Stellung zu den Schulärzten.

H. Kreisarzt Dr. Berger-Hannover: Der Staat hat die Pflicht, dafür Sorge zu tragen, dass durch eine Zwangsinstitution, wie es die Schule ist, der einzelne an seiner Gesundheit keinen Schaden erleidet; er hat auch bereits den immer lauter werdenden Wünschen nach Fürsorge für die Gesundheit der Schulkinder Rechnung getragen, indem er dem Kreisarzt die Ueberwachung der Schulen übertrug. Da jedoch die fortlaufende Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Kinder durch den Kreisarzt allein nicht in wünschenswerther Weise geschehen kann, gingen grosse Städte mit vielklassigen Schulen mit der Anstellung von Schulärzten vor.

Die Frage, ob Schulärzte auch für das Land nothwendig sind, ist nach Ansicht des Vortragenden zur Zeit wohl zu verneinen; wünschenswerth sind sie allerdings auch hier, weil der Kreisarzt nicht in allen Schulen den Gesundheitszustand der Schulkinder genügend überwachen kann. Die Einführung von Schulärzten für ländliche Schulen ist aber schwierig, vielleicht lässt sie sich durch Verwendung der Armen- und Distriktsärzte dazu erleichtern.

Vortragender bespricht sodann alle diejenigen Punkte, auf die bei der gesundheitlichen Ueberwachung der Schulen zu achten ist: Schulgrundstück, Schulhaus, Schulzimmer, Schuleinrichtungen, Unterrichtsmittel, Unterricht (beschränkt), den Gesundheitszustand der Schulkinder und der Lehrer. Er geht hierauf näher auf die Thätigkeit des Kreisarztes auf schulhygienischem Gebiete ein, speziell auf die Begutachtung von Schulneubauten und grösseren Umbauten, auf die periodischen (alle 5 Jahre) und gelegentlichen Besichtigungen der Schulen, die er nicht nur für die der Aufsicht der Regierung unterstellten Schulen, sondern für alle, also auch für die dem Provinzialschulkollegium unterstellten höheren Schulen u. s. w. für nothwendig hält. Desgleichen ist hier die Anstellung von Schulärzten geboten. Er betont ferner, dass die regelmässigen Besichtigungen unter Zuziehung des Schulvorstandes und event. des Schularztes stattfinden müssten; eine zuvorige Benachrichtigung des Lehrers und der Kinder vor der Besichtigung aber nicht nothwendig sei. Er warnt mit seinen Forderungen in Bezug auf Abstellung der bei der Besichtigung vorgefundenen Mängel zu weit zu gehen; der Kreisarzt müsse diese den thatsächlichen Bedürfnissen und der Leistungsfähigkeit

der Gemeinden anpassen und dabei auch das Ortsübliche nicht aus dem Auge verlieren.

Sind Schulärzte angestellt, so muss der Kreisarzt mit diesen in steter Verbindung stehen und mit ihnen sowohl gemeinsame Besichtigungen, wie Berathungen vornehmen. Den Schulärzten falle insbesondere die gesundheitliche Untersuchung der neu eintretenden Kinder, sowie die fortdauernde Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Schulkinder zu, während dem Kreisarzt die hygienische und sanitätspolizeiliche Ueberwachung verbleiben müsse; bei einer derartigen Trennung der Funktionen seien Differenzen nicht zu erwarten.

Zum Schluss betont Verfasser die Nothwendigkeit einer weiteren Förderung der Schulhygiene; zur Lösung der Schularztfrage sei auch die Bestellung hygienischer Schulräthe in den Zentral- und Provinzialbehörden wünschenswerth.

Seine Ausführungen hatte er in folgende Schlusssätze zusammengefasst:

1. Dem Staat liegt es ob, für eine gesundheitliche Ueberwachung der Schule Sorge zu tragen, damit die Kinder durch den Besuch der Schule an ihrer Gesundheit keinen Schaden leiden.

2. Diese gesundheitliche Ueberwachung hat durch den Kreisarzt unter Mitwirkung besonderer Schulärzte zu geschehen, deren Anstellung überall anzustreben ist, wo es die Verhältnisse gestatten.

Auch in ländlichen Gemeinden ist eine solche wünschenswerth, z. Z. jedoch nicht dringend nothwendig. Es bleibt hier die weitere Entwickelung der im Fluss befindlichen Schularztfrage abzuwarten; desgleichen dürfte die Wahrnehmung der schulärztlichen Funktionen durch die Armen- oder Distriktsärzte zu erwägen sein.

3. Die gesundheitliche Ueberwachung der Schulen hat sich zu erstrecken auf das Schulgrundstück, das Schulhaus, insbesondere das Schulzimmer und dessen Einrichtungen, die Unterrichtsmittel, den Gesundheitszustand der Schulkinder und des Lehrers, sowie auf die erforderlichen Nebenanlagen des Schulhauses und in beschränktem Masse auch auf den Unterricht.

4. Der Kreisarzt hat periodische (mindestens alle 5 Jahre) und gelegentliche Besichtigungen der Schulen vorzunehmen und bei diesen auf die unter Nr. 3 aufgeführten Punkte zu achten. Desgleichen hat er die Baupläne zu allen Neu- und grösseren Umbauten von Schulen zu begutachten. Bei den regelmässigen Besichtigungen ist stets der Schulvorstand und der Schularzt, wenn ein solcher angestellt ist, zuzuziehen.

5. Seine Forderungen hat der Kreisarzt den thatsächlichen Bedürfnissen und der Leistungsfähigkeit der Gemeinden unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse anzupassen, und sich hierbei auf das Nothwendige und Erreichbare zu beschränken; dies ist aber klar, bestimmt und genügend begründet zu fordern.

6. Der Kreisarzt hat sich ausserdem durch Belehrung der Bevölkerung und der Lehrer durch Vorträge, sowie Unterstützung

gemeinnütziger Bestrebungen u. s. w. die Förderung des Wohles der Schule und der Schulkinder angelegen sein zu lassen.

7. Wo Schulärzte angestellt sind, ist eine organische Verbindung derselben mit dem Kreisarzt anzustreben, derart, dass dem Kreisarzt die allgemeine hygienische und sanitätspolizeiliche Ueberwachung der Schulen, dem Schularzt dagegen die fortlaufende Ueberwachung der gesundheitlichen Einrichtungen der Schulen und des Gesundheitszustandes der Schulkinder, sowie die Untersuchung der in die Schule eintretenden Kinder zufällt.

Kreisarzt und Schularzt nehmen gemeinsame Besichtigungen der Schulen vor und vereinigen sich zu gemeinsamen Besprechungen. Die Berichte der Schulärzte gehen durch die Hand des Kreisarztes.

8. Unbedingt nothwendig ist eine hygienische Vorbildung der Lehrer; dieselbe kann zwar den Schularzt nicht ersetzen, doch wird durch das Hand in Hand gehen hygienisch vorgebildeter Lehrer mit dem Kreisarzte auch in den ländlichen Schulen den gesundheitlichen Forderungen mehr als bisher Rechnung getragen werden.

Diskussion.

H. Kreisarzt Geh. Med.-Rath Dr. **Koppen**-Heiligenstadt hat schon seit mehreren Dezennien die Befugniss ausgeübt, die jetzt durch die Dienstanweisung allen Kreisärzten in Bezug auf die hygienische Ueberwachung der Schulen ertheilt ist. Er bedauert, dass zwischen den Lehrern und den Schulaufsichtsbehörden einerseits und den Kreisärzten anderseits kein festerer Zusammenhang bestehe und dass bei den Schulbesichtigungen durch den Kreisarzt die einzuladenden Behörden meist ausbleiben; dadurch werde das im Interesse der Sache dringend gemeinsame Vorgehen dieser verschiedenen Behörden unmöglich gemacht. Redner ist ferner der Ansicht, dass behufs Begutachtung von Schulbauplänen stets eine zuvorige örtliche Besichtigung des Bauplatzes u. s. w. nothwendig sei. Hygienische Vorbildung der Lehrer hält er auch für wünschenswerth; leider werde aber auf diese bisher in den Seminaren kein Gewicht gelegt. Ebenso stimmt er auch mit dem Referenten dahin überein, dass die Schulbesichtigungen nicht vorher angekündigt werden dürfen; denn je unvorbereiteter sie kommen, desto werthvoller ist ihr Ergebniss. Er bemängelt weiterhin die Beschaffenheit der Bänke in den Landschulen, sowie das allgemein übliche Verfahren, die Kinder nach den Leistungen und nicht nach ihrer Körpergrösse zu setzen. Schliesslich betont er, dass es bei den Schuluntersuchungen besonders wichtig sei, auf den Ernährungszustand der Kinder und auf die Beschaffenheit der Zähne zu achten.

H. Kreisarzt Dr. **Hoche**-Geestemünde bemerkt, dass es sich nach den im Reg.-Bez. Stade gemachten Erfahrungen nicht empfehle, sich mit den Schulvorständen in Verhandlungen über Abstellung von Mängeln u. s. w. einzulassen, während H. Ob.-Reg.-Rath Dr. **Fliedner**-Kassel der Ansicht ist, dass das doch wesentlich von der Zusammensetzung des Schulvorstandes abhängen müsse. Wenn dieser z. B., wie im Reg.-Bez. Kassel, aus dem Landrath und Ortsgeistlichen besteht, so sei eine sofortige Besprechung über etwaige Mängel u. s. w. durchaus zweckmässig und werde wesentlich zu einer möglichst schnellen Beseitigung derselben beitragen.

H. Med.-Rath Dr. **Dütschke**-Arnsberg theilt die im Reg.-Bez. Arnsberg über die Betheiligung der Kreisärzte auf dem Gebiete der Schulhygiene gemachten Erfahrungen mit. Danach lassen sich Schulbesichtigungen schwer mit den allgemeinen Ortsbesichtigungen verbinden, weil diese zuviel Zeit in Anspruch nehmen. Bei Schulneubauten sei eine zuvorige örtliche Besichtigung des Bauplatzes durch den Kreisarzt nothwendig, bei der Prüfung der Projekte auch die Frage der Subsellien zu berücksichtigen. In Bezug auf die hygienische Vorbildung der Lehrer sei die Befürchtung, dass dadurch die Neigung derselben zur Kurpfuscherei begünstigt werde, nicht unberechtigt. Der Vor-

sitzende theilt diese Befürchtung nicht, ist im Gegentheil der Ansicht, dass je besser die Lehrer hygienisch vorgebildet werden und dadurch auch die Schäden der Kurpfuscherei kennen lernen, desto weniger sie sich dieser hingeben werden. Bei Prüfung der Schulbaupläne müsse der Kreisarzt alle in hygienischer Hinsicht in Betracht kommenden Punkte berücksichtigen und deshalb nicht blos die Bauzeichnungen und den Erläuterungsbericht sorgfältig durchstudiren, sondern auch den Kostenanschlag, denn dieser gebe über viele wichtige Punkte weiteren Aufschluss. Zweckmässig sei es, dass der Kreisarzt seine Prüfung vor derjenigen durch den Kreisbauinspektor vornimmt, weil dann von diesem die bautechnische Durchführung der hygienischen Forderungen gleich berücksichtigt werden könne. Nicht minder empfehlenswerth sei die im Reg.-Bez. Minden getroffene Anordnung, dass jeder Schulneubau vor der Ingebrauchnahme von dem Kreisarzt und den Kreisbaubeamten gemeinsam besichtigt und dabei festgestellt werde, ob er auch den genehmigten Plänen gemäss ausgeführt ist. Betreffs der Revisionen der vorhandenen Schulen betont Redner die Nothwendigkeit, bei der ersten Besichtigung den wahren Thatbestand so ausführlich als möglich in der aufzunehmenden Verhandlung festzulegen, und zwar zunächst ohne Rücksicht darauf, ob sich eine Beseitigung der vorhandenen Mängel nach Lage der finanziellen und sonstigen Verhältnisse der betreffenden Gemeinden erreichen lasse oder nicht; denn sonst laufe der Kreisarzt bei späteren Bemängelungen Gefahr, dass ihm der Vorwurf gemacht werde, diese früher nicht als solche erkannt zu haben. In seinem der Verhandlung beizufügendenden Berichte habe er dann die Mängel besonders hervorzuheben, deren Abstellung in erster Linie erforderlich sei. Nothwendig sei es auch, bei der Besichtigung auf die Unterrichtsmittel (Druck der Schulbücher, Beschaffenheit der Wandtafeln u. s. w.) zu achten. Schliesslich weist Redner darauf hin, dass die schulärztliche Ueberwachung und die Anstellung von Schulärzten für die höheren Schulen ebenso geboten sei, wie für die Volksschulen.

In seinem Schlusswort spricht der Referent seine Genugthuung darüber aus, dass sein Vortrag Veranlassung gegeben habe, noch eine Reihe von Punkten zur Sprache zu bringen, die er mit Rücksicht auf die Kürze der ihm zugemessenen Zeit unberührt gelassen habe. Die zuvorige örtliche Besichtigung des Baugrundstückes hält er ebenfalls für nothwendig; desgleichen kann er der Forderung, dass Schul- und Ortsbesichtigungen in grossen Gemeinden für sich vorzunehmen seien, nur beistimmen.

VI. Ueber postmortale Verdauung.

Der Vortragende, H. Gerichtsarzt Dr. Hoffmann-Elberfeld, versucht der Frage näher zu treten, ob nach dem Tode noch eine Verdauung im Magen stattfindet, inwieweit sich diese dokumentirt und schliesslich, wie lange sie anhält.

Zu diesem Zwecke wurden Versuche angestellt, die in drei Gruppen zu theilen sind:

Es wurden geeigneten Leichen (d. h. von solchen Personen, die intra vitam nicht magenkrank waren) sofort post mortem der Magen ausgespült bis die Spülflüssigkeit klar abfloss, dann wurde eine bestimmte Nährflüssigkeit durch die Schlundsonde in den Magen gebracht, und nun wurden von Zeit zu Zeit Proben des Mageninhalts entnommen und der Gehalt an Salzsäure, an Chlor, an Pepsin und die Gefrierpunktserniedrigung bestimmt.

Bei der zweiten Reihe der Versuche wurden dieselben Untersuchungen ausgeführt an der eingebrachten Nährflüssigkeit, aber ohne dass eine Spülung des Magens vorausgeschickt war. — Der Gedanke war hierbei der, ob nicht durch die vorhergehende

Spülung eine Alteration der durch den Tod beeinflussten Schleimhaut des Magens bewirkt sein könne.

Endlich sollte bei der dritten Gruppe von Versuchen der Mageninhalt Gestorbener, der mittelst der Schlundsonde in gewissen Zwischenräumen entnommen war, direkt (ohne Nährflüssigkeit) untersucht werden. Da aber nicht immer geeignetes Material vorhanden war, so hat die 3. Gruppe bei dieser Arbeit noch keine Berücksichtigung gefunden. Ueberhaupt ist Vortragender der Ansicht, dass erst dann eine bestimmte Folgerung gezogen werden kann, wenn die Reihe der Versuche, die er fortzusetzen sich vorbehält, eine recht grosse und damit beweiskräftige ist; das jetzt Gesagte sei nur als vorläufige Mittheilung gedacht.

Die Versuche der beiden ersten Gruppen haben nun bisher folgendes Resultat gehabt: Eine Abscheidung von Salzsäure nach dem Tode scheint nicht mehr stattzufinden; die konstatirte Erhöhung der Gesammtacidität beruht wahrscheinlich auf der Anwesenheit von organischen Säuren, Milchsäure, was weitere Versuche feststellen sollen.

Einheitliche Resultate haben die bisherigen Versuche nicht ergeben in Bezug auf das spezifische Gewicht und auf den Nachweiss von Chlor. — Karminfibrin und auch Hühnereiweiss wurde im angesäuerten Magensafte stets verdaut und zwar in den ersten 24 Stunden energischer als in den folgenden; der Nachweis von Pepsin kann also als erbracht gelten. — Die Erniedrigung des Gefrierpunktes wurde immer grösser, je später die Proben entnommen waren.

Wie schon gesagt, wird auf irgend welche Schlussfolgerungen für jetzt verzichtet; das Gegebene ist um so mehr als vorläufige Mittheilung zu betrachten, als auch die Frage, ob bei etwa offenem Pylorus eine „rückläufige Bewegung“ stattfindet, bisher noch nicht berücksichtigt ist.

Diskussion.

H. Prof. Dr. **Strassmann**-Berlin glaubt, dass nach den bisherigen Versuchen eine postmortale Wirkung als sicher angenommen werden könne und diese für die Beurtheilung der Frage nach der Zeit des Todes auch eine praktische Bedeutung habe. Allerdings seien die betreffenden Untersuchungsergebnisse noch nicht so einwandsfrei, um daraus bestimmte Schlüsse zu ziehen, sondern sie ermöglichen nur eine Wahrscheinlichkeitdiagnose.

Nach **Schluss der Sitzung** (2 Uhr Nachmittags) fand zunächst unter sachkundiger Führung eine **Besichtigung** der städtischen Kläranlage und der damit in Verbindung stehenden Klärschlamm-Verwerthungsanlage statt. Um 4 Uhr Nachmittags folgte sodann das **Festessen,** das die zahlreich erschienenen Mitglieder und deren Damen in frohbewegter Stimmung bis zum Abend vereinigte, die durch ein von dem Kollegen H. Med.-Rath Dr. Behla-Potsdam gedichtetes, während der Tafelrunde zur Vertheilung gelangtes und gesungenes humoristisches Lied wesentlich erhöht wurde. Rpd.

Vorläufiger Bericht über die erste Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins in München.[1])

I. Sitzungstag, Montag, den 15. September 1902.

I. Eröffnung der Versammlung, Geschäftsbericht und Berathung der Satzungen.

Der Vorsitzende des vorläufigen Vorstandes, H. Reg.- u. Geh. Med.-Rath Dr. Rapmund-Minden eröffnete die Versammlung, indem er zunächst einen geschichtlichen Ueberblick über die Entstehung des Vereins gab, sowie seine Ziele und Zwecke erläuterte. Er hiess die zahlreich erschienenen Mitglieder (es waren 136 erschienen) willkommen, begrüsste sodann die offiziellen Vertreter, H. Ober-Med.-Rath Dr. v. Grashey und H. Reg.- u. Med.-Rath Prof. Dr. Messerer-München, die Herren Geh. Rath Dr. Battlehner-Karlsruhe, Ober-Med.-Rath Dr. Neidhardt-Darmstadt, Prof. u. Med.-Rath Dr. Gumprecht-Weimar, Geh. Reg.- u. Ober-Med.-Rath Dr. Philipp-Gotha, Med.-Rath Dr. Engelbrecht-Braunschweig, sowie Physikus Dr. Riedel-Lübeck und dankte ihnen dafür, dass sie der Einladung stattgegeben hatten. Nachdem hierauf H. Ober-Med.-Rath Dr. v. Grashey die Versammlung im Namen des Herrn Ministers des Innern und H. Reg.- u. Med.-Rath Prof. Dr. Messerer im Namen des Herrn Reg.-Präsidenten für Oberbayern mit warmen Worten begrüsst hatten, wurde durch den einstweilig bestellten Schriftführer, Bezirksarzt Dr. Flinzer-Plauen, der **Geschäftsbericht** erstattet. Darnach gehören dem Vereine z. Z. 1145 Mitglieder an, die sich auf sämmtliche Bundesstaaten vertheilen. Gestorben sind seit der Gründung des Vereins bereits 14 Mitglieder. Der Vorsitzende bittet, das Andenken derselben in Ehren zu halten und gedenkt hierbei gleichzeitig der grossen Verdienste des jüngst verstorbenen unvergesslichen Rudolf Virchow, der die medizinische Wissenschaft nach jeder Richtung hin durch seine Forschungen in neue Bahnen gelenkt und den Grundstein zu ihrer ausserordentlichen Entwicklung in dem letzten halben Jahrhundert gelegt habe.

Nach weiteren geschäftlichen Mittheilungen des Schriftführers wird zur **Berathung der Satzungen und der Geschäftsordnung** übergegangen. Der Antrag des Herrn Prof. Dr. Gumprecht-Weimar, dem Vorstande die endgültige Festsetzung der Satzungen zu überlassen, insbesondere des §. 2 b u. c, in welchem alle festangestellten Aerzte an öffentlichen Anstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten, sowie an öffentlichen Hebammen-Lehr- und Lympfgewinnungsanstalten einbegriffen sein sollen, findet einstimmige Annahme. Schliesslich wird der Vereinsbeitrag auf 12 Mark festgesetzt und die Zeitschrift für Medizinalbeamte als Vereinsorgan bestimmt.

II. Ueber die Bedeutung der Einwilligung des Patienten zur Operation.

Der Vortragende, H. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Fritsch-

[1]) Die Berichte über die einzelnen Referate sind sämmtlich Autoreferate mit Ausnahme desjenigen über den Vortrag von H. Prof. Dr. Fränkel in Halle.

Bonn, setzt zunächst auseinander, dass die ärztlichen Aufgaben in den letzten Jahrzehnten sehr gewachsen sind. Die Berührungen der Aerzte mit der öffentlichen Gesundheitspflege sind mannigfaltiger geworden. Theils die Unfallsgesetzgebung, theils die allgemeine Hygiene haben die Pflichten des Arztes gegen das Publikum und die Behörden ausserordentlich vermehrt. In gleichem Masse sind die Leistungen der Aerzte ganz erheblich gestiegen. Einerseits heilen wir Krankheiten, die früher als unheilbar galten, anderseits soll jetzt eine Verletzung nicht nur geheilt, sondern der Verletzte auch der bürgerlichen Gesellschaft als arbeitsfähig zurückgegeben werden.

Während nun aber alle Fortschritte in dem Können der Aerzte das Ergebniss unendlich mühsamer Vorarbeiten sind, und nur nach subtilster Ueberlegung ein Schritt vorwärts gewagt wird, glaubt oft der Laie, der nur von dem Endresultat hört, die Aerzte wären tollkühn und spielten mit dem Menschenleben. Dieser Anschauung entsprechend haben häufig die Juristen, die auch medizinische Laien sind, die Aerzte bei operativen Unglücksfällen sehr hart beurtheilt. Ja, sie haben Operationen, Heilhandlungen, die nur den Zweck haben, den Menschen Gutes zu thun, ihnen die Gesundheit wiederzugeben, als Körperverletzung aufgefasst. Der Umstand, dass objektiv ein und dasselbe — die Anlegung einer Wunde, —, in boshafter und feindseliger Weise beigebracht eine Körperverletzung, und, wenn sie einen Heilzweck verfolgt, eine Wohlthat ist, hat die Juristen veranlasst, die Gründe für die Straffälligkeit im ersten und für die Strafausschliessung im zweiten Falle zu untersuchen. Der Vortragende erklärt diese Untersuchung für eine rein juristische Angelegenheit und betont, dass eine Operation mit dem Zwecke, einen Menschen zu heilen, niemals eine Körperverletzung oder Misshandlung sein könne.

Bei der in Rede stehenden Frage spielt jedenfalls eine grosse Rolle die Einwilligung des Kranken zu dem, was der Arzt mit ihm oder an ihm vorzunehmen beabsichtigt. Mancher Jurist hat die Ansicht ausgesprochen, dass kein Arzt etwas ohne Einwilligung des Kranken unternehmen dürfe, dass aber, falls der Kranke eingewilligt habe, nunmehr der Arzt gedeckt sei, gleichgültig, ob er einen guten, oder einen schlechten Erfolg habe. Beides hält der Vortragende für falsch. Allerdings wird kein Arzt jemals ohne Einwilligung eines Patienten eine Operation unternehmen, aber es giebt erstens auch Ausnahmefälle, z. B. bei Bewusstlosen, Geisteskranken, oder bei so eiligen Fällen, dass der Patient sterben würde, wenn man nicht sofort rettend eingriffe; zweitens würde die gegebene Einwilligung einen Arzt niemals dann exkulpiren, wenn er etwas Rechtswidriges, Unangemessenes gethan hätte.

Der Vortragende erklärt zum Schluss, dass die Bedeutung der Einwilligung des Patienten für den Arzt auf ethischem Gebiete liege und dass selbstverständlich der Arzt in jedem möglichen Falle die Einwilligung zu erstreben habe. Das Richtigste sei ohne Zweifel, dem Patienten die Wahrheit zu sagen und in vollstem Einverständnisse mit ihm zu handeln.

Die von dem Referenten aufgestellten Leitsätze hatten folgenden Wortlaut:

1. Gesetzliche Bestimmungen über die Nothwendigkeit der Einwilligung des Patienten zu einer Operation liegen nicht im Interesse der Aerzte, noch weniger im Interesse des Patienten.

2. Vielmehr ist das Einholen der Einwilligung des Patienten zu einer Operation eine ethische ärztliche Pflicht, kann aber weder zur Exkulpirung bei fehlerhaftem Handeln, noch zur Rechtfertigung des ärztlichen Handelns überhaupt dienen.

An der kurzen Diskussion betheiligten sich und zwar im zustimmenden Sinne die Herren Prof. Dr. Strassmann-Berlin und Geheimer Rath Dr. Battlehner-Karlsruhe, die einige sehr bemerkenswerthe Vorkommnisse schilderten.

III. Ueber den normalen und pathologischen Rausch in der forensischen Praxis.

Der Referent, H. Prof. Dr. Cramer, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt, der psychiatrischen Klinik und der Poliklinik für Nervenkranke in Göttingen, betont, dass es streng wissenschaftlich nicht richtig ist, von einem „normalen" Rausch zu sprechen, weil jeder Rausch eine Vergiftung des Gehirns mit Alkohol zur Vorbedingung hat. Wenn trotzdem unser Strafgesetzbuch den Rausch als Strafausschliessungsgrund oder als Strafmilderungsgrund nicht kennt, so ist dies nach seiner Ansicht darauf zurückzuführen, dass mit Rücksicht auf die heutigen Volksgewohnheiten das allgemeine Volksbewustsein von jedem Erwachsenen voraussetzt, dass er eine gewisse Quantität Alkohol vertragen kann, ohne in seinem Thun und Lassen auffällig zu werden oder die Direktion zu verlieren oder gar mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt zu kommen. Obschon fast 75 % aller Vergehen in irgend einem Zusammenhang mit dem Alkohol begangen werden, sind doch die nach dieser Berechnung gewonnenen Zahlen verschwindend klein gegenüber all' den Räuschen und Räuschchen, welche allabendlich im Deutschen Reiche nach Haus gebracht werden. Diese Thatsache beruht darauf, dass, ähnlich wie bei der Hypnose die kontrastirenden Vorstellungen auch im Rausche noch ihre Valenz behalten können, wenn nur „Direktion" vorhanden ist. Unter diesem Gesichtspunkte lässt sich auch die im Volksbewustsein in letzter Instanz wurzelnde Strafgesetzgebung verstehen.

Im Weiteren referirt Vortragender kurz über die wichtigsten und bekanntesten Thatsachen aus der Physiologie und Psychologie des normalen Rausches, und kommt sodann zu dem Schluss, dass in der forensischen Praxis der Sachverständige nur dann von einem pathologischen Rausche sprechen kann, wenn er krankhafte Momente, welche den Rausch beeinflusst haben, nachzuweisen im Stande ist.

Ueber einen Rausch, bei dem ein Einfluss krankhafter Momente sich nicht nachweisen lässt, ein Gutachten abzugeben, muss der Sachverständige ablehnen; denn, wenn man unsere Gesetzgebung betrachtet, auch unsere neuere Zivilgesetzgebung, die nicht einmal bei der Entmündigung wegen Trunksucht die

Vernehmung von Sachverständigen vorsieht, so wird man sich der Ueberzeugung nicht verschliessen können, dass die Gesetzgeber jeden normalen Menschen als Sachverständigen für den Rausch ansehen und nicht zum wenigsten den Richter. Das Verfahren in der alltäglichen Praxis gestaltet sich auch durchaus dementsprechend. Dabei braucht kaum erwähnt zu werden, dass der Arzt begreiflicher Weise nur Sachverständiger für krankhafte Vorgänge sein kann.

Alsdann bespricht Referent ausführlich die Pathogenese und Pathologie des pathologischen Rausches. Zum Nachweis eines solchen sind erforderlich:

1. Der Nachweis einer mehr oder weniger deutlich ausgesprochenen pathologischen Grundlage.

2. Der Nachweis einer Reihe begünstigender Umstände. (starke Hitze, erschöpfende Momente, Infektionskrankheiten, Trauma, Affekte, Ueberanstrengungen u. s. w).

3. Sinnestäuschungen, Angstzustände, Pupillenveränderungen, delirante Zustände und andere pathologische Erscheinungen während des Rausches selbst. Zu diesen gehören auch die Erinnerungsdefekte, die Bewustseinstörungen, die Störungen im Beginn und am Ende des krankhaften Zustandes, der terminale Schlaf u. s. w.

Am meisten Schwierigkeiten giebt es in der Regel bei dem Nachweis von Punkt 3, weil in den kriminellen Fällen gewöhnlich eine sachkundige Persönlichkeit zur Feststellung der krankhaften Erscheinungen, welche leicht übersehen werden können, fehlt. Aber selbst wenn der Nachweis zu 3 schwierig ist, so können doch Punkt 1 und 2 so deutlich markirt sein, dass man immer noch mit grosser Wahrscheinlichkeit zur Annahme eines pathologischen Rausches als einer Krankheit im Sinne des §. 51 St.-G.-B. kommen kann. Natürlich wird es auch Fälle geben, wo sich über ein non liquet nicht herauskommen lässt. Je mehr Momente der einzelnen genannten Punkte sich nachweisen lassen, um so sicherer wird die Diagnose.

Alle einzelnen in Betracht kommenden Gesichtspunkte werden von dem Referenten eingehend gewürdigt. Auch wird besonders betont, dass der Nachweis einer Bewustseinstörung allein nicht genügt, dass eine Intoleranz gegen Alkohol noch kein pathologischer Rausch ist, dass das Fehlen einer Veränderung in der Pupillenreaktion das Vorhandensein eines pathologischen Rausches noch nicht ausschliesst, dass die Quantität des genossenen Alkohols keine besondere Rolle spielt, dass auch ein Handeln im Sinne einer vorher geäusserten Vorstellung bei dem pathologischen Rausche vorkommen kann und dass schliesslich jeder Fall für sich noch einer ganz besonderen Ueberlegung bedarf.

Der Referent hatte seine Ausführungen in nachstehende Leitsätze zusammengefasst:

I. Die Diagnose des pathologischen Rausches setzt sich für die forensische Praxis aus folgenden Punkten zusammen:

1. Aus dem Nachweis einer mehr oder weniger ausgeprägten allgemeineren pathologischen Grundlage.

2. Aus dem Nachweis der besonderen schädigenden Momente, welche zu der in Betracht kommenden Zeit mitgewirkt haben.

3. Aus den pathologischen Erscheinungen im eigentlichen Zustand des pathologischen Rausches (Angst, delirante Zustände, Sinnestäuschungen, eigenthümliche motorische Reaktionen, Verhalten der Pupillen, terminaler Schlaf u. s. w.).

Es liegt in der Natur der Sache, dass bei Punkt 3 häufig Lücken in der Beweisführung sich finden werden, häufig lassen aber Punkt 1 und 2 sich genauer feststellen, so dass doch noch mit grosser Wahrscheinlichkeit die Diagnose gestellt werden kann. Begreiflicher Weise wird es aber auch Fälle geben, wo sich weder die Krankheit ausschliessen, noch die Gesundheit beweisen lässt.

Wir müssen uns aber auch immer vor Augen halten, dass die einzelnen erwähnten, für die Diagnose in Betracht kommenden Punkte für sich wenig beweisen, sondern, dass erst das Konkurriren einer ganzen Reihe derselben die Diagnose ermöglichen und in Folge dessen jeder einzelne Fall einer ganz besonderen Ueberlegung und Betrachtung bedarf.

II. Als besonders erwähnenswerthe Punkte kommen noch weiter in Betracht:

1. Nach dem heutigen Stande der Gesetzgebung kann nur der Rausch als pathologisch angesehen werden, bei dem eine Beeinflussung durch krankhafte Momente erwiesen ist.

2. Da der sachverständige Arzt nur über Krankheit ein Gutachten abgiebt, nicht aber über gesunde Zustände, wird er am besten ein Gutachten über einen normalen Rausch und dessen Grade, wenn er überhaupt danach gefragt wird, ablehnen.

3. Eine Intoleranz gegen Alkohol ist noch kein pathologischer Rausch.

4. Der pathologische Rausch kann sich, namentlich bei schweren psychopathischen Zuständen bei ein und demselben Individuum mit fast gleichen strafbaren Handlungen wiederholen.

5. Nur wenn habituell eine Intoleranz gegen Alkohol vorhanden ist oder wenn es ausnahmsweise gelingt, die besonderen begleitenden Umstände herbeizuführen, ist es möglich, mit dem Experiment einen einigermassen positiven Erfolg zu erhalten.

6. Zur Diagnose des pathologischen Rausches genügt der Nachweis der transitorischen Bewusstseinstörung allein nicht, es muss vielmehr der Nachweis erbracht werden, dass diese Bewusstseinsstörung durch krankhafte Momente, die nicht allein in der Alkoholvergiftung liegen, herbeigeführt ist.

7. Die Erinnerung an das Vorgefallene kann bei dem pathologischen Rausch fehlen, sie kann aber auch mehr oder weniger partiell sein.

8. Die Handlungen im pathologischen Rausch sind häufig Gewaltakte.

9. Nach Ablauf des pathologischen Symptomkomplexes erfolgt häufig ein jäher Zusammenbruch mit anschliessendem, terminalem Schlaf.

10. Die Trägheit der Puppillenreaktion kann zur Diagnose sehr wichtig sein; ihr Fehlen schliesst aber den pathologischen Rausch nicht aus.

In der daran sich anschliessenden Diskussion bestätigte Dr. Gudden-München die Erfahrungen des Herrn Vortragenden und fügte noch einige seiner eigenen Beobachtungen hinzu.

Den Schluss der Sitzung bildete der durch einige Vorführungen unterstützte Vortrag des H. Kreisarztassistenten Dr. Wolff-Stralsund:

IV. Ueber den jetzigen Stand des seradiagnostischen Verfahrens zur Unterscheidung der verschiedenen Arten von Blut, Milch u. s. w.

Die Entdeckung, dass im Blute von Thieren, die mit Injektionen von Blut anderer Thiere vorbehandelt sind, sich Antikörper bilden, die mit letzterem zusammengebracht eine Präzipitation hervorrufen, ist im Laufe der letzten beiden Jahre Gegenstand einer grossen Zahl von wissenschaftlichen Arbeiten gewesen und ist für gewisse praktische Fragen von weitgehender Bedeutung geworden.

Zur Gewinnung eines diese Antikörper enthaltenden und auf das Blut, welches zur Vorbehandlung diente, kräftig einwirkenden Serums werden die Versuchsthiere — am besten Kaninchen — in der Weise vorbehandelt, dass sie alle 2—3 Tage etwa 10 ccm einer bestimmten Blut- oder Serumart intraperitoneal einverleibt erhalten. Da die Formelemente des Blutes mit der Bildung der Antikörper — Präzipitine — nichts zu thun haben, es sich vielmehr lediglich um die Einverleibung von Paraglobulin handelt, so genügt die Injektion von Serum allein zur Vorbehandlung. Es ist daher verständlich, dass man auch mit Ascites- oder Hydrothoraxflüssigkeit einen ähnlichen Effekt erzielen kann. Im Durchschnitt ist nach 6—7 Injektionen die Vorbehandlung beendet; man entnimmt dann dem Thiere Blut aus einer Carotis und gewinnt durch Absitzenlassen im Eisschrank event. Zentrifugiren das wirksame Serum, das eine hellgelbe, klare, nur leicht opalisirende Flüssigkeit darstellen soll.

Von hoher praktischer Wichtigkeit ist die sorgfältige Herstellung von Blutlösungen, und besonders wichtig die Thatsache, dass man auch aus alten, jahrelang eingetrockneten Blutspuren und sogar aus faulendem Blut noch genügend Eiweisskörper in Lösung bringen kann, um die Präzipitinreaktion anzustellen. Klare, absolut blanke Lösungen sind für eine einwandfreie Deutung der Reaktion unerlässlich nöthig. Bei frischem Blut sind solche leicht herzustellen. Angetrocknete, alte Blutspuren werden mit physiologischer Kochsalzlösung oder 0,1 proz. Sodalösung so lange mazerirt, bis eine röthliche Färbung oder leichte Schaumbildung beim Schütteln der Flüssigkeit eintritt. Filtriren der Lösungsflüssigkeit durch ein Berkefeld-Filter, oder wenn dies nicht angängig ist, mehrmals durch Fliesspapier, giebt ein blankes Filtrat.

Aus der Anwendbarkeit der Reaktion auch bei sehr alten Blutspuren, sowie bei faulendem Blut und zur Differenzirung von Blutgemischen ist zunächst der forensischen Medizin eine hoch-

bedeutsame Förderung erwachsen. Aber auch die Untersuchungsmethoden auf dem Gebiete der Nahrungsmittelkontrole und der Fleischbeschau haben eine Bereicherung durch die Präzipitinanwendung erfahren. Durch Injektion von Milch verschiedener Provenienz, von Fleischauszügen auch aus gekochtem Fleisch gelang es, bei den Versuchsthieren spezifische Präzipitine zu erzeugen, welche immer nur gegenüber den Lösungen derjenigen Eiweisskörper, welche den Thieren einverleibt wurden, fällend einwirkten, so dass Verfälschungen, z. B. von Hackfleisch, Würsten u. s. w. mit minderwerthigem Fleischmaterial leicht zur Kenntniss zu bringen sind.

Die Frage nach der unbedingten Spezifität der Reaktion ist auf Grund der neuesten Forschungen dahin zu beantworten, dass die Reaktion nur bei Erfüllung gewisser Voraussetzungen als eine streng spezifische zu bezeichnen ist. Besonders wichtig ist es, dass man die Werthigkeit des anzuwendenden Serums kennt; denn hochwerthige Sera vermögen auch in anderen Blutarten, als dem homologen, die charakteristischen Ausfällungen hervorzurufen. Deshalb ist vor Anstellung der Reaktion die Prüfung der Werthigkeit eines Serums sowohl dem homologen Blut, wie heterologen Blutarten gegenüber unbedingt erforderlich.

Bei den Schwierigkeiten mannigfacher Art, die mit der sachgemässen Gewinnung und Prüfung der Sera verknüpft sind, muss es als wünschenswerth bezeichnet werden, dass besondere Institute damit betraut werden. Die Ausführung der Reaktion selbst in einschlägigen Fällen soll aber den einzelnen Gerichtsärzten vorbehalten bleiben, damit auf dem rein medizinischen Gebiete des forensischen Blutnachweises die Vorherrschaft der Chemiker aufhört und dem Arzte wieder diejenige Kompetenz zufällt, die ihm formell und ideell gebührt.

Im Anschluss an diesen Vortrag theilte Prof. Dr. Ziemke-Halle seine auf Grund eigener Untersuchungen gemachten Beobachtungen in dieser Beziehung mit, sowie die daraus gezogenen, werthvollen Schlussfolgerungen.

II. Sitzungstag, Dienstag den 16. September 1902.

I. Ueber wissenschaftliche und praktische Hygiene.

Der Referent, H. Prof. Dr. Fränkel-Halle, erörterte zunächst die Aufgaben der Medizinalbeamten gegenüber den Infektionskrankheiten und deren Verhütung und Vernichtung. Vor allen Dingen muss die Verschleppung des Krankheitserregers durch thunlichste Absonderung der Kranken und durch straffe Handhabung der Anzeigepflicht verhütet werden. Selbst in grösseren Krankenhäusern sei noch nicht die völlige Absonderung der an ansteckenden Krankheiten Leidenden von anderen Patienten durchgeführt. Sodann hat der Medizinalbeamte die Verbreitungserreger der Krankheitskeime festzustellen und zu verfolgen, sowie für ihre Vernichtung durch wirksame Desinfektion Sorge zu tragen. Auf diesen Voraussetzungen beruht

die Thätigkeit der Medizinalbeamten den Infektionskrankheiten gegenüber.

Hier wird der Medizinalbeamte entscheidend einzugreifen haben; wie der leichte Kavallerist soll er draussen herumschwärmen, an Ort und Stelle thätig sein und nicht vom Amtszimmer aus seine Anordnungen treffen. Deshalb ist es unbedingt erforderlich, dass der Medizinalbeamte seine ganze Kraft seinem Amte widmet und dementsprechend bezahlt und ausgestattet wird. Er muss aber auch fortdauernd mit der Wissenschaft in Berührung bleiben; dazu sind von 3 zu 3 Jahren zu wiederholende Fortbildungskurse, wie sie bereits im Grossherzogthum Hessen eingeführt sind, unbedingt nöthig. Bei diesen Kursen sollen die Medizinalbeamten auch bezüglich der Untersuchungsmethoden auf dem Laufenden erhalten werden, nicht um solche Untersuchungen vornehmen zu können, — das würde sie zu sehr in Anspruch nehmen —, sondern um die Leistungsfähigkeit derselben feststellen zu können, weil danach unter Umständen seine Anordnungen Modifikationen zu erfahren haben werden.

Zur Ausführung der hygienischen Untersuchungen sind vielmehr besondere Anstalten erforderlich, die mit einem vollkommenen Laboratorium und ausreichenden Personal ausgestattet sein müssen. Ihre Untersuchungen haben unentgeltlich zu erfolgen, die Untersuchungskosten sind entweder von den Kommunen oder den Kreis- bezw. Provinzialverbänden aufzubringen. Diese Untersuchungsämter sind in organische Beziehung zu den hygienischen Universitätsinstituten zu bringen, bezw. diesen anzugliedern, damit sie wissenschaftlich immer auf der Höhe bleiben und nicht in eine handwerksmässige Routine verfallen.

Dem äusserst fesselnden Vortrag schloss sich eine längere Diskussion an.

H. Kreisarzt Dr. Mewius-Neustadt forderte die Angliederung der Untersuchungsämter an die Medizinalverwaltung und die Unterstellung derselben unter den Reg.- und Medizinalrath. H. Reg.- und Med.-Rath Dr. Salomon-Koblenz stimmte den Ausführungen des Herrn Vortragenden im vollem Umfang zu. Kreisarzt und Bakteriologen sollen nicht im Wettbewerb zu einander treten, sondern miteinander gehen. Der Bakteriologe ist für die Untersuchung verantwortlich, der Medizinalbeamte für die auf Grund der Untersuchung anzuordnenden Massregeln. Der Aufsichtsbehörde müssen solche Untersuchungsämter unbedingt unterstellt bleiben, sie dürfen sich unter allen Umständen nicht als höhere Instanzen geriren. Der Vorsitzende stimmt ebenfalls sowohl dem Vorredner als insbesondere dem Referenten zu. Nach seiner Ansicht ist die Errichtung einer grossen Anzahl von Untersuchungsämtern, — wenigstens an jedem Sitz der Aufsichtsbehörde ein solches Amt — auch deshalb nothwendig, um recht bald einen Stab von genügend geschulten Bakteriologen heranzubilden, damit die Zivil-Medizinalverwaltung nicht wieder die Militär-Sanitätsverwaltung wie bei der Cholera 1892 um Hülfe angehen müsse. Ausserdem betheiligten sich noch H. Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Roth-Potsdam sowie Geheimer Rath Dr. Battlehner-Karlsruhe an der Debatte, der auch auf die Wichtigkeit des Hand in Handgehen des beamteten Arztes mit dem praktischen Arzt hinwies. In seinem Schlusswort gab der Referent, H. Prof. Dr. Fränkel, seiner besonderen Genugthuung Ausdruck über die Zustimmung, die seine Ausführungen fast ausnahmslos gefunden hatten.

II. Vorstandswahl.

Es wurde einstimmig der bisherige vorläufige Vorstand gewählt, mit Ausnahme des H. Bezirksarzt Dr. Waibel-Kempten, der gebeten hatte, von seiner Wahl Abstand zu nehmen. An seiner Stelle wurde H. Bezirksarzt Dr. v. Dall'Armi-München gewählt.

In einer später abgehaltenen Sitzung wählte der Vorstand zu seinem Vorsitzenden H. Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Rapmund und zum Schrift- und Kassenführer den Bezirksarzt Dr. Flinzer in Plauen i./Vogtland; ausserdem wurde noch H. Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Fielitz-Halle in den Vorstand kooptirt.

III. Die Betheiligung der Medizinalbeamten bei der Wohnungsbeaufsichtigung.

H. Kreisarzt Med.-Rath Dr. Pfannmüller-Offenbach a. M.: Die Wohnungsfürsorge ist erst seit den letzten Dezennien in Deutschland Gegenstand polizeilicher und gesetzlicher Massnahmen geworden. Von den Deutschen Staaten war das Grossh. Hessen der erste, welcher 1893 durch das Gesetz über die Beaufsichtigung der Miethwohnungen, Schlafstellen und Schlafräume dem minderbemittelten Theil der Bevölkerung zu Hülfe kommen wollte. Dasselbe bezieht sich auf:

1. Miethwohnungen, die einschliesslich der Küche und ausschliesslich von in Aftermiethe gegebenen Räumen aus drei oder weniger Räumen bestehen,
2. Kellergeschosse oder nicht unterkellerte Räume, deren Fussboden nicht mindestens 0,25 m über Erde gelegen ist,
3. unmittelbar unter Dach (ohne Zwischendecke) befindliche Räume.

Die Gesundheitsbeamten des Staates und die Ortspolizeibehörden sind befugt, die zum Vermiethen bestimmten Wohnungen und Schlafstellen einer Untersuchung in der Richtung zu unterziehen, ob aus deren Benutzung zum Wohnen oder Schlafen Nachtheile für die Gesundheit oder Sittlichkeit zu besorgen sind. Dieses Gesetz sollte zunächst nur in Gemeinden mit über 5000 Einwohnern zur Durchführung gelangen, kann aber durch Polizeiverordnungen auch auf kleinere Gemeinden und ganze Kreise ausgedehnt werden. Bisher wurde es nur in 54 Gemeinden des Grossherzogthums, nämlich 19 Städten mit über 5000 Einwohnern und 35 kleineren Gemeinden, durchgeführt. Der Kreis Offenbach ist der einzige, der das Miethwohnungsgesetz auf alle Gemeinden ausgedehnt hat. Die Mitwirkung der Medizinalbeamten bei der Durchführung des Gesetzes ist ausdrücklich in der Ausführungsanweisung ausgesprochen und in besonderen Verfügungen geboten. Ausserdem werden in verschiedenen Städten noch Armenärzte als Wohnungsinspektoren verwendet. In Gemeinschaft mit Bausachverständigen und Polizeibeamten wurden in den ersten, nach Inkrafttreten des Gesetzes folgenden Jahren alle unter dasselbe fallenden Miethwohnungen und Schlafstellen revidirt und begut-

achtet. Die Befunde wurden in besondere Wohnungsregister eingetragen. Wenn gesundheitliche oder bauliche Missstände gefunden wurden, so wurde den Vermiethern durch die Polizeibehörden schriftliche Verfügung zugesandt, wonach die miethweise Weiterbenutzung der Wohnung entweder ganz untersagt, oder an die Beseitigung angetroffener Wohnschäden innerhalb bestimmter Frist gebunden wurde. Nach Ablauf derselben fand eine abermalige Besichtigung der beanstandeten Wohnung statt. In den allermeisten Fällen war den Anträgen der revidirenden Beamten entsprochen worden; Fristverlängerungen brauchten nur in einer unerheblichen Anzahl gewährt zu werden; zu Geldstrafen wegen Nichtbefolgung polizeilich rechtskräftiger Verfügungen kam es im Kreise Offenbach nirgends. Auch die Beschreitung des Beschwerdeweges zogen Reklamanten zurück, als ihnen zu Verhandlungen mit der Polizeibehörde in Anwesenheit des Kreisarztes Gelegenheit gegeben wurde. Als günstige Wirkungen des Gesetzes haben sich nach der Erfahrung der letzten sieben Jahre ergeben:

1. Beseitigung sehr zahlreicher hygienischer Missstände.
2. Gänzlicher Beseitigung mangelhafter Wohnungen und Bauquartiere.
3. Zunahme der Dreizimmerwohnungen.
4. Abnahme der Zwei- und Einzimmerwohnungen.
5. Anregung der Baulust.
6. Günstiger Einfluss auf bauliche Einrichtung von Häusern.
7. Erziehlicher Einfluss auf das Publikum.
8. Erweiterung der Gesetzgebung in der Richtung der Gewährung von Baukredit an Gemeinden und gemeinnützige Bauvereine.

Besondere Schwierigkeiten haben sich der Durchführung des Gesetzes nicht entgegengestellt. Es wurden auch nicht einmal erhebliche Kosten verursacht. Die Mitwirkung der Sanitätsbeamten bei der Wohnungsbeaufsichtigung giebt der ganzen Massregel mehr den Eindruck einer Wohlfahrtseinrichtung als einer polizeilichen Untersuchung. Das Publikum hat sich schon viel daran gewöhnt, Klagen über Wohnschäden bei dem Kreisarzt vorzubringen, der nach dem Erlass des Gesetzes solche auch wirksamer bekämpfen kann. Wenn sich der Kreisarzt der Mitwirkung der praktischen Aerzte, insbesondere der Armenärzte, versichert, wenn er bei Untersuchungen über die Verbreitung epidemischer Krankheiten und manchen anderen Gelegenheiten sein Augenmerk auf die gesundheitlichen Zustände der Wohnungen richtet, wenn, wie in Preussen, örtliche Gesundheitskommissionen für alle oder die meisten Gemeinden eingerichtet werden, dann wird vieles offenbarer, aber auch beseitigt werden können, was bisher vielfach unbekannt blieb oder geduldet werden musste. Die Anstellung besonderer Wohnungsinspektoren in Gemeinden mit über 5000 Einwohnern ist für eine wirksame Durchführung des Gesetzes unbedingt nöthig. Diese stehen im Dienst der Gemeinde, aber in regem Verkehr mit den Medizinalbeamten. Die Wohnungsinspektion ist eine kommunale Einrichtung unter staatlicher Mitwirkung. Für

den Wohnungsinspektor ist ein gewisses Bausachverständniss, Umsicht und Takt im Umgang und Vermeidung des polizeilichen Charakters im Dienste nothwendig. Eine Polizeiverordnung, welche die baulichen und hygienischen Minimalforderungen an Miethwohnungen und Schlafstellen enthält, erscheint nothwendig. In Hessen wirkt bei Ausarbeitungen in Bauordnungen und Ortsbauplänen der Kreisarzt begutachtend mit. Wünschenswerth aber erscheint es, wenn bei Dispensationsgesuchen von Bauvorschriften ebenfalls der Kreisarzt begutachtend gehört würde.

Wenn in Hessen das Miethgesetz nicht allgemein durchgeführt wurde, und auch in den Gemeinden, für die es in Kraft war, mit besonderer Milde durchgeführt werden musste, so lag das daran, dass es an verfügbaren, nicht wesentlich theuereren Wohnungen vielfach fehlte, man also Wohnungsnoth und berechtigte Unzufriedenheit herbeigeführt haben würde. Es zeigte sich, dass die private, wie die gemeinnützige Bauthätigkeit nicht Schritt hielt mit dem thatsächlichen Bedürfniss. Obwohl in Hessen 4 gemeinnützige Baugesellschaften und 5 Baugenossenschaften bestehen, auch verschiedene Grossindustrielle recht Bedeutendes geleistet haben in Herrichtung von Arbeiterwohnungen, so hat sich doch die Erkenntniss durchgerungen, dass ohne staatliche Unterstützung dem wirklichen Bedürfniss nicht abgeholfen werden könne.

So entstand am 6. August d. J. ein Gesetz, welches vorbildlich zu werden verspricht für andere Staaten. Durch dasselbe will der Staat die Fürsorge für Minderbemittelte bezüglich gesunden Wohnens in der Weise unterstützen:

1. dass er den Gemeinden und gemeinnützigen Baugenossenschaften aus der Landeskreditkasse Darlehen gewährt zur Errichtung kleiner Wohnungen mit nicht mehr als drei Zimmern nebst Küche und Zubehör;
2. dass in besonderen Fällen ein behördlicher Zwang auf Gemeinden ausgeübt wird, sich der vom Staate dargebotenen Mitteln zur Verbesserung der Wohnverhältnisse zu bedienen;
3. dass den Gemeinden ein Enteignungsrecht bezüglich solcher Häuser eingeräumt wird, die bei der Miethwohnungsrevision für unbewohnbar erklärt werden;
4. dass eine Landeswohnungsinspektion vorgesehen ist, die nicht als Polizeiorgan, sondern als Organ eigentlicher Wohlfahrtspflege gedacht ist;
5. dass das Miethwohnungsgesetz von 1893 nunmehr auf alle Gemeinden des Landes ausgedehnt wird.

Die Gemeinden sind die Vermittler des staatlich gewährten Kredits. Bedürftigen Gemeinden kann eine Ermässigung des Zinsfusses bis auf $^1/_2$ % unter den nach Vorschrift des Gesetzes über die Landeskreditkasse zu berechnenden Zinsfuss gewährt werden. Der sich daraus ergebende Fehlbetrag wird alljährlich als staatlicher Zuschuss zur Förderung des Wohnwesens in das Budget eingestellt. Gemeinnützige Bauvereine können durch Vermittelung der Gemeinden Darlehen in Höhe von 90 % des Betrages der

Kosten für Geländeerwerb und Bauausführung erhalten, während Gemeinden, die selbst bauen wollen, der volle Betrag hergeliehen werden kann; im ersten Falle gegen hypothekarische Sicherheit, im zweiten Falle ohne solche.

Erst hierdurch wird es möglich werden, der qualitativen und quantitativen Wohnungsnoth wirksam begegnen und das Wohnungsgesetz strenger und überall im Lande durchführen zu können.

Die von dem Referenten aufgestellten Leitsätze lauten wie folgt:

1. Die soziale Fürsorge für gesundes Wohnen berührt die öffentliche Gesundheitspflege so intensiv, dass die Mitwirkung der Medizinalbeamten dabei nothwendig ist.

2. Der beamtete Arzt (Kreis-, Bezirks- u. s. w. Arzt) soll in Gemeinschaft mit den Verwaltungsbehörden den Erlass von Bauordnungen, die Ausarbeitung von Ortsbauplänen und Ortsbaustatuten für jede Gemeinde anstreben und begutachtend dabei mitwirken.

3. Vor der Genehmigung von Gesuchen um Dispensation von Bauvorschriften ist der beamtete Arzt gutachtlich zu hören.

4. In Gemeinden mit über 5000 Einw. ist ein Wohnungsinspektor anzustellen, der nach Massgabe seiner Dienstanweisung alle, insbesondere die Wohnungen der Minderbemittelten, die Schlafstellen für Lehrlinge, Dienstboten, die Massenquartiere und Herbergen beaufsichtigt und in Verbindung mit dem beamteten Arzt dafür Sorge trägt, dass gesundheitliche Nachtheile vermieden werden.

5. In Gemeinden mit weniger als 5000 Einw. sind örtliche Gesundheitskommissionen entsprechend zu organisiren, um denselben Aufgaben zu genügen.

6. Zur Beurtheilung der Wohnungen, Schlafstellen u. s. w. dienen die durch Gesetz oder Polizeiverordnungen festzulegenden Mindestforderungen an Wohnungen, Schlafräumen, Herbergen u. s. w.

7. In allen Fällen, in denen diesen Minimalforderungen nicht genügt ist, oder dem Wohnungsinspektor, bezw. dem betr. Gesundheitskommissionsmitglied gesundheitliche Bedenken entgegentreten, ist das Gutachten des beamteten Arztes einzuholen.

8. Der beamtete Arzt revidirt auch ohne solche direkte Requisitionen alljährlich mit dem Wohnungsinspektor oder der Gesundheitskommission eine Anzahl von Wohnungen.

9. Dem beamteten Arzt steht jederzeit Einblick in die Wohnungsregister und die sonstigen Akten des Wohnungsinspektors zu, er kann demselben Belehrungen und Aufträge ertheilen und übernimmt auch die Anleitung und Ausbildung der demselben etwa noch beigegebenen Wohnungspfleger.

10. Werden dem beamteten Arzt in Ausübung seines Dienstes, insbesondere bei Ermittelung ansteckender Krankheiten ungesunde Wohnverhältnisse bekannt, so stellt er bei der Polizeibehörde Anträge; ausserdem hat er den Wohnunginspektor auf solche Wohnungen aufmerksam zu machen.

11. Der beamtete Arzt soll durch Wort und Schrift, Vorträge in Vereinen, Verbreitung geeigneter volkshygienischer Schriften, periodische Veröffentlichungen über Wohnungsfragen belehrend und anregend auf das Publikum einwirken und bei der Gründung von Bauvereinen, Herstellung von Arbeiterwohnungen in geeigneter Weise mitwirken.

12. Die Mitwirkung der praktischen Aerzte oder der Stadtärzte kann bei der dauernden Beaufsichtigung der Wohnungen nicht entbehrt werden; der beamtete Arzt soll deshalb im Verkehr mit denselben, sowie in den ärztlichen Vereinen Anregungen geben und selbst zu empfangen suchen.

An den sehr ausführlichen, durch herumgegebene Tabellen noch erläuterten Vortrag schloss sich keine Diskussion an.

Nachdem hierauf der Vorsitzende noch mitgetheilt hatte, dass die Stadt München die Festschrift für die Mitglieder des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege auch den Mitgliedern des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins zur Verfügung gestellt hat, und sich im Namen des Vereins dafür bedankt hatte, wurde zum letzten Gegenstand der Tagesordnung übergegangen:

IV. Errichtung einer Zentralauskunftsstelle über Kurpfuscher.

Der Referent, H. Kreisarzt Dr. Steinmetz-Strassburg i. E., macht unter Hinweis auf die Nothwendigkeit der Bekämpfung der Kurpfuscherei vom sanitätspolizeilichen Standpunkte, wobei auf die in den verschiedenen Bundesstaaten bestehenden Dienstanweisungen für die Medizinalbeamten, sowie auf das am 17. September in der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zum Vortrage kommende Referat von Dr. Grassmann: „Ueber den Einfluss der Kurpfuscherei auf Gesundheit und Leben der Bevölkerung“ Bezug genommen wird, darauf aufmerksam, wie schwierig es ist, insbesondere denjenigen zahlreichen Kurschwindlern beizukommen, welche sich, unter Zuhülfenahme ausgedehnter Zeitungsreklame, vorzugsweise mit der brieflichen Behandlung auswärtiger Kranken befassen. Diese gewissenlosen Pfuscher wissen sich an ihrem Wohnorte selbst oft so zurückhaltend zu benehmen, dass sie den dortigen Medizinalbehörden entweder gar nicht, oder nur ungenügend bekannt sind. Ein wirksames Einschreiten ist daher bis jetzt nur in den seltensten Fällen möglich. Es kommt hinzu, dass das bisher beim Einziehen von Erkundigungen einzuhaltende Verfahren umständlich und langsam ist. Als Mittel zur Abhülfe schlägt Referent die Errichtung einer Zentralstelle durch den Verein vor, vermittelst deren die Medizinalbeamten der verschiedenen Bundesstaaten in einfacher und rascher Weise Auskunft über die genannten Schwindler sich verschaffen könnten. Er skizzirt die nähere Einrichtung einer solchen Zentralauskunftsstelle über Kurpfuscher und stellt zum Schlusse folgende Frage zur Diskussion:

Erscheint es zweckmässig und gehört es zu den Aufgaben des Vereins, die Medizinalbeamten der verschiedenen Bundesstaaten bei der ihnen zur Pflicht gemachten Bekämpfung der Kurpfuscherei durch Errichtung einer Zentralauskunftsstelle über Kurpfuscher zu unterstützen?

Die Diskussion wurde vom H. Bezirksarzt Dr. Wille-Oberdorf eröffnet, welcher sich dem Antrag des Referenten gegenüber sehr skeptisch verhielt; derselbe sei höchstens als Palliativmittel zu betrachten, über den Misserfolg würde er nicht erstaunt sein. Der Vorsitzende trat dieser Ausführung, namentlich der Ansicht, dass Krankenkassen Kurpfuscher beschäftigen dürften, entgegen. H. Kreisarzt u. Med.-Rath Dr. Hecker-Weissenburg beantragte hierauf, den Vorstand mit der Ausführung bezw. mit Besorgung des Weiteren zu betrauen. Der Antrag fand einstimmig Annahme, nachdem noch H. Dr. Becker-München als die geeigneste Zentralstelle eine amtliche Stelle, am besten das Reichsgesundheitsamt, bezeichnet hatte.

Nachdem nunmehr die Versammlung am Schluss ihrer Berathungen angelangt war, ergriff H. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Gaffky das Wort, um dem Vorsitzenden den Dank der Versammlung für das Zustandekommen des Vereins, für seine aufopfernde, umfangreiche Thätigkeit und für sein Geschick, das Schiff in das rechte Fahrwasser gebracht zu haben, auszusprechen. Die Versammlung stimmt den Ausführungen der H. Prof. Dr. Gaffky durch laute Beifallsbezeugungen zu.

Nach einem Dankeswort schloss der H. Vorsitzende die erste, recht befriedigend verlaufene Tagung.

Während am ersten Sitzungstage die meisten Theilnehmer mit ihren Damen durch ein Festessen im „Bayrischen Hof“ vereinigt blieben, fand am Nachmittag des zweiten Sitzungstages unter sachkundiger Führung eine gemeinsame Besichtigung des städtischen Schlachthauses (besonders der Kühlanlage) der städtischen Spülgallerie und der Thomasbrauerei statt.

Dr. Flinzer-Plauen.

Besprechungen.

Harald Westergaard: Die Lehre von der Mortalität und Morbilität. Anthropologisch-statistische Untersuchungen. Zweite vollständig umgearbeitete Auflage. Jena 1901. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°; 702 Seiten. Preis: 20 Mark.

Das vor 20 Jahren zum ersten Male erschienene Werk hat, um der inzwischen erfolgten ausserordentlichen Entwicklung gerecht zu werden, eine so vollständige Umarbeitung erfahren, dass es ein völlig neues Buch darstellt; denn nicht nur der Plan desselben, sondern auch der behandelte Stoff ist zum Theil ein ganz anderer geworden.

Der Verfasser hat sich die Aufgabe gestellt, auf statistischen Daten fussend, eine Schilderung der mannigfachen Einwirkungen zu geben, welche die verschiedenen Lebensverhältnisse auf die Gesundheit des Menschen ausüben. Er giebt zunächst eine Geschichte der Mortalitäts- und Morbilitätsstatistik, erörtert sodann in sachgemässer und kritischer Weise die Bedeutung und Verwerthung der statistischen Beobachtungen und behandelt hierauf eingehend die die Mortalität und Morbilität nach folgenden Grundsätzen: Alter, Geschlecht und Zivilstand, ehemalige und jetzige Sterblichkeit, periodische Schwankungen, Todtgeburten, Kindersterblichkeit, Wohnort und Wohnung, Vermögensver-

hältnisse und Gesellschaftsklasse, Beobachtungen der Versicherungsgesellschaften, professionelle Sterblichkeit (Beamtenthum und liberale Berufe — Künstler, Musiker u. s. w. —, Handelsstand, Berufe des Transportwesens und des Sicherheitsdienstes, Landwirthschaft, Fischerei, Bergbau, Handwerker, Industrie), Ernährung und Lebensweise, Selbstmord und Unfall.

Das dargebotene Material ist ein ungemein reichhaltiges; die einschlägigen Verhältnisse in fast allen grösseren Kulturstaaten finden Berücksichtigung; dabei hat es Verfasser verstanden, aus dem Zahlenmaterial auch die richtigen Schlüsse zu ziehen. Man kann ihm nur beistimmen, wenn er am Schluss seines vortrefflichen Werkes sagt: „Die Statistik hat nicht nur den rein wissenschaftlichen Zweck, die vorher erwähnten Gesichtspunkte zu erörtern, sondern auch den rein praktischen Zweck, dadurch eine friedliche sozialpolitische Arbeit zu fördern. Ueberall, wo die Statistik einen Unterschied in der Sterblichkeit zweier Gruppen enthält, liegt die Aufgabe vor, die Gesundheitsverhältnisse der Gruppe mit dem ungünstigeren Niveau auf die Stufe der anderen zu bringen; alle Menschenfreunde, Aerzte, Hygieniker und Schulmänner können mit den Gesetzgebern zusammenwirken, um die bestmöglichen hygienischen Bedingungen in ihrer Heimath, in Fabrik, Werkstätte und Schule zu schaffen.“ Gerade die Medizinalbeamten werden bei dem Studium des Werkes manche werthvolle Anregung für ihre amtliche Thätigkeit finden; deshalb sei es ihnen warm empfohlen. Epd.

E. Grahn, Zivilingenieur in Hannover: **Die städtische Wasserversorgung im Deutschen Reiche sowie in einigen Nachbarländern.** II. Band, 2. Heft. München und Berlin 1902. Verlag von R. Oldenbourg. 4°; 852 Seiten. Preis: 28,50 Mark.

Das vorliegende Heft der Grahn'schen Werkes bringt die Einzelbeschreibungen der städtischen Wasserversorgungen in den deutschen Staaten ausser Preussen und Bayern; damit ist der erste Theil der Arbeit: ein Bild von dem Zustande der städtischen Wasserversorgung im Deutschen Reiche zu geben, abgeschlossen. Ebenso wie in den vorhergehenden Bänden bezw. Heften ist auch in dem jetzt erschienenen bei den einzelnen Wasserversorgungsanlagen nicht nur ein kurzes Bild von der Vorgeschichte und der allmählichen Entwicklung der Anlagen gegeben, sondern es sind auch werthvolle Angaben über die technischen Einzelheiten, die Wassermenge, Höhe des Wassergeldes, Bau- und Betriebskosten u. s. w. gemacht. Insbesondere dürften die verschiedenen Gruppenwasserversorgungen in Württemberg die betheiligten Kreise interessiren; dieselben sind von dem Verfasser in eingehender Weise geschildert.

Nach der in der Vorrede zu dem jetzigen Hefte gegebenen Zusammenstellung haben im Deutschen Reiche 3414 Orte (976 Städte und 2438 Gemeinden) künstliche Wasserversorgungen, darunter 2932 (890 Städte und 2042 Gemeinden) vollkommene Anlagen mit Hydranten und Hausanschlüssen, 482 (86 Städte und Gemeinden) dagegen nur künstlich gespeiste Laufbrunnen. Von jenen 3414 Orten entfallen 2257 = 66,4 % auf Orte mit unter 2000 Einwohnern und 1157 = 33,6 % auf Orte mit über 2000 Einwohnern. Da die Gesammtzahl der letzteren im Deutschen Reiche überhaupt 3122 beträgt, so sind nur 37 % davon mit einer künstlichen Wasserversorgung versehen. Von 1627 überhaupt vorhandenen Städten mit mehr als 2000 Einwohnern haben nur 54 % eine Wasserleitung; davon entfallen 341 auf solche mit über 10000 Einwohnern, von denen 296 = 86 % künstlich mit Wasser versorgt sind, während dies von 372 Städten mit 5–10000 Einwohnern nur bei 231 = 59 %, von 479 Städten mit 3—5000 Einwohnern nur bei 217 = 45 % und von 485 Städten mit 2—5000 Einwohnern nur bei 133 = 30 % der Fall ist. In Preussen (mit 1972 Städten über 2000 Einwohner) stellt sich dies Verhältniss nach den 4 Grössengruppen wie 81 %, 49 %, 28 % und 16 %, also wesentlich ungünstiger als im Deutschen Reiche und in den übrigen Bundesstaaten, wo von 655 Städten über 2000 Einwohnern nach jenen 4 Grössengruppen 98 %, 81 %, 69 % und 51 % als künstlich versorgt aufgeführt sind. Namentlich zeichnen sich die Städte in Bayern, Württemberg, Baden und Elsass-Lothringen durch zahlreiche Wasserleitungen aus; mit Recht wird dies von dem Verfasser hauptsächlich darauf zurückgeführt, dass in diesen Staaten schon vor Jahrzehnten

in's Leben gerufene staatliche Einrichtungen für das öffentliche Wasserversorgungswesen bestehen. Rpd.

Prof. Dr. A. Gärtner-Jena: Die Quellen in ihren Beziehungen zum Grundwasser und zum Typhus. Mit 22 Abbildungen und 12 lithographischen Karten. Abdruck aus dem klinischen Jahrbuch, Band IX. Jena 1902. Verlag von Gustav Fischer. 162 Seiten. Preis: 10 Mark.

Ein vortreffliches Buch zur rechten Zeit, nicht entstanden durch theoretische Erwägungen, sondern aufgebaut auf Grund einer grossen Zahl von Untersuchungen von Quellwasser und deren unterirdischen Strömungen, welche zum Theil dem Verfasser die Ueberzeugung aufdrängten, dass es nicht immer das erstrebenswertheste Ideal sei, die Städte nach Quellwasserversorgung suchen zu lassen.

Eine Reihe von Typhuserkrankungen in Stadt- und Dorfgebieten, welche ihren Wasserbedarf aus Quellen decken und bei denen trotzdem die sichere oder wahrscheinlichste Ursache der Infektionen nur auf verseuchtes Quellwasser zurückzuführen war, liessen den Verfasser die geologischen Verhältnisse dieser Bezirke genauer studiren, und gelang es auch in der Mehrzahl der Fälle, selbst auf verschiedene Kilometer Entfernungen hin, durch Spalten und Untergrundverschiebungen den Zusammenhang der sogenannten Quellen mit verseuchtem Oberflächenwasser aufzudecken.

Gärtner kommt mit dem Geologen Hein in Zürich zu der Definition des Letzteren: „Das in den Boden eingesickerte Wasser kann in verschiedenen Formen auftreten. Bald findet es sich nur fein zertheilt, überall in geringer Menge in den Poren der Gesteine, selbst der dichtesten; das ist die Bergfeuchtigkeit oder der Bergschweiss. Bald staut es sich über einer undurchlässigen Unterlage und füllt dann bis zu einem gewissen Niveau alle Poren und Klüfte; das ist das Grundwasser. Bald fliesst es gesammelt in einzelnen ausgewaschenen Gerinnen; das sind die Quelladern."

Die zahlreichen beigegebenen geologischen Profile erläutern sehr bequem den Text; auch die Abwägung der bakteriologischen und chemischen Untersuchungsmethoden zur Sicherstellung des Zusammenhanges verschiedener Quellen und ihrer Zuflüsse, erleichtern selbst dem Ungeübten die Arbeit mit denselben; diese Prüfungen sind um so mehr vorzuziehen, da die Diagnose durch Temperaturschwankungen sehr oft im Stiche lässt, z. B. wenn die Oberflächenwasser nach grossen Quelladern ihren Ablauf haben.

Ausser der einschlägigen Literatur, werden die Wasserverhältnisse der Quellen von Paderborn, Paris, Stuttgart, Brüssel, einiger Orte in Thüringen u. s. w. speziell kritisch beleuchtet und giebt deren Beurtheilung an der Hand vorzüglicher geologischer Karten den Hydrologen, Verwaltungs- und Medizinalbeamten, wichtige Fingerzeige über die Fragen der Wasserversorgung, welche von nicht geringem Werthe sind.

Aus dem Pariser Quellgebiet stammt eine lehrreiche Thatsache, nämlich dass sich Typhusbazillen im fliessenden Wasser mindestens $1^1/_2$ Tage halten und infektionstüchtig auf mindestens 140 km verschleppt werden können.

Aus dem ganzen Werk geht hervor, dass Quellwasser unter Umständen recht gefährlich ist, und dass anderseits ein gut behandeltes Oberflächenwasser unter ständiger Kontrole weniger Schaden anrichten kann, als ein a priori als sicher angenommenes Quellwasser, dessen gesammtes Zuflussgebiet vorher nicht sehr genau studirt ist. Dr. E. Pfeiffer-Hamburg.

Prof. Dr. Martin Kirchner, Geh. Ober-Med.-Rath: **Die wesentlichen Bestimmungen der Deutschen Prüfungsordnung für Aerzte vom 28. Mai 1901.** Abdruck aus dem Klinischen Jahrbuch; 8. Bd. Jena 1902. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°, 96 Seiten. Preis: 2,50 Mark.

Die Bestrebungen, das Prüfungswesen in einer dem Aufblühen der medizinischen Wissenschaft und der wachsenden Bedeutung einzelner Disziplinen entsprechender Weise neu zu gestalten, führten nach 10 Jahre hindurch fortgesetzten Berathungen zu der „Prüfungsordnung für Aerzte", welche nach endgültiger Feststellung im Bundesrath durch Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 28. Mai 1901 veröffentlicht worden ist. Ihre Grundgedanken und wichtigsten Bestimmungen sowie die Hauptänderungen gegenüber dem bis-

herigen Zustand zu erörtern und auf Grund solcher Besprechung den Einfluss der neuen Prüfungsordnung auf die weitere Entwicklung der Heilkunde und des ärztlichen Standes zu beurtheilen, ist der Zweck des vorliegenden Buches. Zunächst erörtert Verfasser referirend und kritisirend eine Reihe allgemeiner Gesichtspunkte, welche bei den vielen kommissarischen Berathungen Gegenstand der Erwägung waren; hier sind die vergleichenden und statistischen Ausführungen über die vielumstrittene und bedeutsamste Aenderung bezüglich der Vorbildung der Mediziner ganz besonders interessant und überzeugend. „Die Zukunft der Heilkunde kann sicherlich auf die Dauer nicht ernstlich gefährdet werden, dadurch, dass sich ein Theil der künftigen Mediziner auf der Schule nicht oder nicht so eifrig mit dem Griechischen beschäftigt, wie wir es gethan haben. Und wenn die Juristen und Verwaltungsbeamten heute noch theilweise meinen, dass im Interesse des Gedeihens ihrer Wissenschaft und ihrer Stellung ihr Nachwuchs nur vom humanistischen Gymnasium herstammen dürfe, so werden sie vielleicht schon in sehr kurzer Zeit diese Ansicht als irrig erkennen und dem jetzt von den Medizinern, wenn auch nicht leichten Herzens gegebenen Beispiele folgen.“ Nach den allgemeinen Ausführungen behandelt Verfasser eingehend die einzelnen Bestimmungen der Prüfungsordnung. Die neuen Vorschriften über den Nachweis der Befähigung als Arzt erstrecken sich auf die ärztliche Vorprüfung, die ärztliche Prüfung und das praktische Jahr. Die bei der Meldung zu den ärztlichen Prüfungen erforderlichen Nachweise, die einzelnen Fächer und Abschnitte, der Gang der Prüfung und die Reihenfolge der Fächer, die Beschleunigung des Prüfungsgeschäfts, die Wiederholung nicht bestandener Prüfungstheile, die Berechnung der Gesammtzensur, die Ausstellung der Zeugnisse, die Gebührenfestsetzung und die Kontrolle der bestandenen Prüfungen durch die Zentralbehörde werden ausführlich besprochen. Verfasser ist der Ueberzeugung, dass die ärztlichen Prüfungen durch die Neuerungen verschärft und vertieft, aber auch den Interessen des ärztlichen Berufes entsprechender gestaltet worden sind, als dies nach der bisherigen Prüfungsordnung der Fall war. Ueber die Zweckmässigkeit und Durchführbarkeit des praktischen Jahres sind die Ansichten auch jetzt noch nicht ganz geklärt. An der Hand der hierzu von der Kommission gemachten Vorschläge betrachtet Verfasser die einzelnen neugeschaffenen Bestimmungen. Daran anschliessend finden noch die Ertheilung der Approbation, die Dispensationen und die Schluss- und Uebergangsbestimmungen Erwähnung. Mit dem Wortlaut des Gesetzes und der Angabe von Zeugnissformularen beschliesst Verfasser seine Arbeit, die wegen ihres belehrenden Inhaltes ebenso werthvoll ist, wie wegen ihrer auf hohes Verständniss und Interesse für das Lehren und Lernen, das Wissen und Können der deutschen Aerzte beruhenden kritischen Bemerkungen. Dr. Röpke-Lippspringe.

Dr. F. Fiedler, Amtsgerichtsrath: **Gesetz, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern vom 25. November 1899.** Berlin 1901. J. Guttentag's Verlagsbuchhandlung. Taschenformat 132 S. Preis: 1,50 M.

Das vorliegende Werkchen dient dem Zweck, die Kenntniss und das Verständniss der für die Mitglieder des ärztlichen Standes so bedeutsamen gesetzlichen Bestimmungen der ärztlichen Ehrengerichte u. s. w. zu verbreiten. Es ist eine handliche praktisch brauchbare und zugleich billige Ausgabe des Gesetzes, dem die Verordnung vom 25. Mai 1887, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung beigegeben ist, so dass die Bestimmungen über die Standesvertretung und die Ehrengerichte der Aerzte sich zusammen finden. Auf Grund praktischer Erfahrungen als richterliches Mitglied des Ehrengerichts für die Provinz Westfalen hat Verfasser zum besseren Verständnisse des Gesetzes Anmerkungen und Erläuterungen beigegeben und namentlich in den angeführten Mustern ein anschauliches Bild von dem Gange des ehrengerichtlichen Verfahrens gegeben. Dr. Röpke-Lippspringe.

Dr. Oskar Liebreich und **Dr. Alexander Langgaard: Compendium der Arzneiverordnung.** V. Auflage. Berlin 1902. Verlag von Fischer's mediz. Buchhandlung. Gr. 8°; 827 Seiten. Preis: 15 M.

Die vorliegende fünfte, vollständig umgearbeitete Auflage umfasst auch

die neuen Heilmittel, welche seit dem Jahr 1895, dem Erscheinen der vorigen Ausgabe, benutzt werden und berücksichtigt ferner die Aenderungen der Pharmakopoea Germanica, Ed. IV, sowie die meisten fremden Pharmakopoeen. Das Werk soll dem Arzte neben einer grösseren Anzahl bewährter Heilformeln, Eigenschaften, Wirkung und Anwendung der einzelnen Heilmittel in Kürze zur leichten Orientirung darbieten. Dementsprechend folgt bei der alphabetischen Anordnung des Stoffes auf die Angabe der Darstellung, Zusammensetzung und Eigenschaften einer Substanz die Besprechung der Wirkung und Anwendung, soweit dies für den Arzt von Interesse sein muss. Daran schliesst sich die Dosirung, Angabe der offiziellen Präparate, zu welchen die betreffende Substanz benutzt wird, und eine Auswahl von Rezeptformeln. Bei der herrschenden Neigung, viele Substanzen für absolut zu erklären und noch viel mehr neue mit zu grossem Enthusiasmus aufzunehmen, sind die Verfasser bemüht gewesen, einen wichtigen Mittelweg inne zu halten. Das Aufsuchen wird durch ein ausführliches Sach- und Krankheitsregister erleichtert.

Dr. Röpke-Lippspringe.

Tagesnachrichten.

Reichsgesetzliche Regelung des Verkehrs mit Geheimmitteln. In der am 18. September abgehaltenen Plenarsitzung des Bundesraths ist eine Vorlage, betreffend den Entwurf eines Verzeichnisses der den Vorschriften über den Verkehr mit Geheimmitteln unterliegenden Stoffe, Zubereitungen und Gegenstände, eingebracht und den zuständigen Ausschüssen überwiesen.

Die in der Sitzung des Bundesraths vom 3. Juli 1901 festgestellten **Ausführungsbestimmungen zur Bekämpfung der Pest** sind jetzt sämmtlich in einer Anweisung zusammengestellt, die als Sonderbeilage in Nr. 38 der Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts beigefügt ist. Wir werden diese Anweisung in der Beilage zur nächsten Nummer zum Abdruck bringen, damit die Leser die betreffenden Bestimmungen, die allerdings zum Theil schon in den Beilagen zu den Jahrgängen 1900 und 1901 veröffentlicht sind, im Zusammenhange haben.

Mit Rücksicht darauf, dass die medizinischen Mitglieder der **Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen** in den letzten Jahren zur Erstattung von Gutachten von den Gerichten besonders häufig herangezogen sind, hat der Justizminister, einem Wunsche der Deputation entsprechend, jetzt die Gerichtsbehörden angewiesen, die Zuziehung von Deputationsmitgliedern als medizinische Sachverständige thunlichst zu unterlassen. Der Grund zu dieser Stellungnahme ist folgender: Die medizinischen Mitglieder der Deputation gehören theils der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums als Referenten, theils dem Lehrkörper der Berliner Universität an. Sie sind durch die Fülle ihrer amtlichen Arbeiten derart in Anspruch genommen, dass sie selten ohne Nachtheil für ihre dienstlichen Interessen als Sachverständige zu fungiren in der Lage sind. Hierzu kommt, dass die Justizbehörden die Wissenschaftliche Deputation häufig um Erstattung eines sogen. Obergutachtens angehen. Referent ist dann meist dasjenige Mitglied, in dessen Spezialfach die zu begutachtende Sache einschlägt. Ist aber dies Mitglied in derselben Sache schon als Sachverständiger vernommen, so kommt die Deputation bisweilen in die Lage, die Erstattung des Obergutachtens ablehnen zu müssen.

Der ärztliche Bezirksverein Leipzig-Land beabsichtigt der **diesjährigen Plenarversammlung des Sächsischen Landes-Medizinalkollegiums** folgende Anträge, betreffs **Bekämpfung der Kurpfuscherei**, vorzulegen:

„I. Die Königliche Staatsregierung wolle die gewerbsmässige Ausübung der Heilkunde durch nicht approbirte Personen auf landesgesetzlichem Wege verbieten und unter Strafe stellen.

II. Die Königliche Staatsregierung wolle bereits vor Erlass eines solchen Gesetzes den Amtsblättern die Aufnahme von Kurpfuscher- und Geheimmittel-Anzeigen verbieten."

Zur Begründung dieser Anträge wird ausgeführt, dass die Kurpfuscherei in Deutschland durchaus nicht ausdrücklich erlaubt, sondern nur aus Mangel gesetzlicher Bestimmungen nicht unter Strafe gestellt ist. Die Ausübung der Heilkunde untersteht der Gewerbeordnung nur insoweit, als diese ausdrückliche Bestimmungen darüber enthält (§. 6). Das sind ausser §. 6 die §§. 29, 30, 53, 56a, 80, 144 und 147 und in diesen Paragraphen ist die Ausübung der Heilkunde durch nicht approbirte Personen nur indirekt erwähnt in §. 56a (Ausübung der Heilkunde im Umherziehen). Die weitere Ausgestaltung der Gesetzgebung über den Betrieb der Heilkunde unterliegt der Landesgesetzgebung, wie z. B. der Erlass der verschiedenen Partikulargesetze über die Organisation des ärztlichen Standes, über die Ehrengerichte, über die Meldepflicht der Aerzte etc. beweist; ebenso, wie der Einzelstaat durch derartige Bestimmungen die Ausübung der Heilkunde durch approbirte Personen geregelt hat, kann er dies thun in Bezug auf Nichtapprobirte, und kein Reichsgesetz, insbesondere auch nicht die Gewerbeordnung, hindert die Landesgesetzgebung, die Kurpfuscherei nicht nur zu regeln, sondern auch zu verbieten.

Das Reich scheint nicht die Absicht zu haben, dies zu thun, darum müssen die Einzelstaaten angegangen werden. Bei einzelnen von diesen sind die Aussichten nicht ungünstig.

Die oben erwähnte Vorschrift des §. 6 der Gewerbeordnung wurde in den Motiven zu dem Entwurfe einer Gewerbeordnung für den Norddeutschen Bund vom Jahre 1869 in folgender Weise begründet: „Die Landesgesetze über die Ausübung der Heilkunde müssten vorbehalten bleiben, weil es nicht in der Absicht liegen kann, durch die Gewerbeordnung in die Medizinalverfassung der einzelnen Bundesstaaten weiter einzugreifen, als es nothwendig ist, um für das ärztliche und das Apothekergewerbe, wie es in §. 29 geschehen, die Freizügigkeit herzustellen. Es bewendet daher nicht nur bei den Bestimmungen über die Pflichten der Aerzte etc., sondern auch bei den Vorschriften über die Bestellung des Hülfspersonals für die kleine Chirurgie (der Heilgehülfen) und der Hebammen.

Aus §. 6 und den oben angeführten Motiven wird gefolgert, dass die Gewerbeordnung ein Hinderniss für das Verbot der Kurpfuscherei nicht bietet; der Herausgeber dieser Zeitschrift kann sich dieser Ansicht nicht anschliessen.

Die vom 22.—27. September in Karlsbad abgehaltene **74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte** hat in seiner geschäftlichen Sitzung am 24. September für nächstes Jahr Kassel als Versammlungsort gewählt. Ueber den Verlauf der Versammlung werden wir demnächst einen eingehenden Bericht bringen.

Die vom 17.—20. d. M. in München abgehaltene **XXIV. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** hat bei einer bisher noch nicht erreichten Präsenzziffer (etwa 648 Theilnehmer) einen äusserst glänzenden Verlauf genommen. Ausführlicher Bericht darüber wird demnächst folgen.

Der **XI. internationale Kongress für Hygiene und Demographie** findet in Brüssel vom 2.—8. September 1903 unter dem Protektorat des Königs und dem Ehrenpräsidenten des Prinzen Albert statt. Es sind folgende Abtheilungen in Aussicht genommen: 1. Bakteriologie, Mikrobiologie, Parasitologie, 2. Nahrungshygiene und chemische und Veterinär-Wissenschaften. 3. Sanitäre Technik. 4. Industrielle Hygiene. 5. Verkehrshygiene. 6. Administrative Hygiene, Prophylaxe, Kinderhygiene, Arbeiterwohnungen. 7. Koloniale Hygiene. Nur eine beschränkte Anzahl wichtiger Fragen soll zur Debatte zugelassen werden. Die eingegangenen Berichte werden zusammengestellt und Ende Mai 1903 gedruckt an die Theilnehmer versandt werden; ihre Veröffentlichung erfolgt in der Sprache der Autoren, jedoch unter Beifügung eines Resumés in französischer Sprache. Ausserdem werden interessirende Mittheilungen zugelassen, die aber nicht mehr als eine Oktav-Druckseite umfassen sollen. Eine Ausstellung von Plänen, Modellen, Apparaten und Publikationen ist beabsichtigt.

Die Pocken sind in London im Erlöschen begriffen; in den letzten Wochen des Augusts kam täglich nur noch ein Fall vor; die Zahl der Todesfälle betrug in dem ganzen Monat nur 19. In den Krankenhäusern Londons waren in den drei Wochen vom 17. August bis 13. September: 18, 11 und 12 7 Pockenkranke; gestorben sind während derselben Zeit an Pocken 3, 2, 2 und 2 Personen.

Die Pest hat in Indien weiter zugenommen; die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug in der Präsidentschaft Bombay vom 1.—22. August: 3461 (2225), 3838 (2669), 5268 (3789), davon in der Stadt Bombay: 45 (37), 27 (22), 48 (44), in der Hafenstadt Kurachi: 7 (4), 7 (5) und 4 (3). In Kalkutta sind vom 27. Juli bis 9. August 20 Todesfälle in Folge von Pest gemeldet.

In Manila (Philippinen) ist die Pest erloschen, in Formosa (Japan) sind vom 23. Mai bis 14. Juli 750 Erkrankungen und 614 Todesfälle an Pest vorgekommen, davon 409 (376) in der Hauptstadt Taipeh; damit stellt sich die Gesammtzahl seit 1. Januar 1902 auf 2045 (1586). In Aegypten sind vom 22. August bis 12. September 3 (3), 6 (3) und 2 (1) Pesterkrankungen und Todesfälle zur amtlichen Kenntniss gelangt, sämmtlich in Alexandrien.

In Mauritius sind vom 18. Juli bis 8. August 11 Pestfälle, darunter 7 mit tödtlichem Ausgang, festgestellt.

Aus Brasilien wird amtlich bekannt gemacht, das die Seuche in Pernambuco erloschen sei; in San Francisko (Vereinigte Staaten von Amerika) wurden vom 13. Juli bis 17. August 7 vereinzelte Erkrankungen an Pest, die sämmtlich tödtlich verliefen, festgestellt.

In Odessa (Russland) sind vom 3.—19. September 16 Erkrankungen und 4 Todesfälle gemeldet, so dass die Gesammtziffer seit 10. Juni 34 (10) beträgt.

Cholera. Im asiatischen Russland hat die Seuche in dem Kwantung-Küsten-, Amur- und Transbaikalbezirk (Mandschurei) wesentlich abgenommen; während in diesen Bezirken die Zahl der Erkrankungen in der Woche vom 11.—17. August 402 betrug, ist sie in den Wochen vom 18.—24. August auf 339, vom 25.—31. Aug. auf 184 (darunter 69 in Wladiwostock, 82 in Blagoweschtschensk, 29 in Dalnij, 27 in Port Arthur und 22 in Chabarowsk) gefallen; in der Woche vom 1.—6. Sept. sind in Blagoweschtschensk und Chabarowsk nur je 7 Personen an Cholera erkrankt; in Wladiwostock jedoch noch immer 48.

In Japan ist dagegen keine derartige Abnahme der Seuche zu bemerken, sondern im Gegentheil eine weitere Ausbreitung; die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug z. B. in Nagasiki vom 24. Juli bis 6. August 98 (40), in Moji bis zum 4. August 178 (83). Auch auf den Philippinen herrscht die Cholera noch in erheblichem Umfange; vom 15. Juli bis 1. August sind 3119 Erkrankungen und 2289 Todesfälle gemeldet, davon 715 (460) in Manila.

Ebenso hat die Seuche in Aegypten an Ausbreitung und Heftigkeit zugenommen; in der Woche vom 26. August bis 1. September sind 604 Ortschaften als verseucht und 3875 Erkrankungen mit 2890 Todesfällen und vom 1.—8. September 1168 verseuchte Orte mit 7758 Erkrankungen und 6392 Todesfällen gemeldet, gegen 2040 (1550) bezw. 1127 (791) in den Vorwochen. Während Kairo jetzt weniger Erkrankungen aufweist, haben diese in Alexandrien zugenommen; hier sind in der Zeit vom 1.—12. Sept. 357 neue Erkrankungen gemeldet; auch in Port Said und Suez sind vereinzelte Fälle vorgekommen. Die Gesammtzahl beträgt seit 15. Juli bis 4. September 10870 (8381).

Berichtigung. In Nr. 16 muss es auf S. 580, 10. Zeile von unten heissen: in der Wärme „in“ 100 ccm u. s. w.; auf S. 581, 10. Z. von oben: „Zinndioxyd“ statt „Zinnoxyd“; auf S. 582, 21. Z. von oben: „den Unterschied“ statt „denjenigen“; auf derselben Seite, 12. Z. von unten: „Vossbrook“ statt „Forsbrook“ und auf S. 583, 26. Z. von oben: „Scheerer“ statt „Scheeren“.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei in Minden.

15. Jahrg. 1902.

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,
Herzogl. Bayer. Hofbuchhändler.
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.

Aus dem staatlichen hygienischen Institut zu Hamburg.
(Direktor: Prof. Dr. Dunbar.)

Weiterer Beitrag zur Frage des biologischen Blutnachweises.

Von Dr. J. Kister und Dr. W. Weichardt, Assistenten am Institute.

Bei Verwerthung der biologischen Methode des Blutnachweises für die gerichtsärztliche Praxis haben sich auf Grund neuerer Untersuchungen Thatsachen ergeben, deren Kenntniss für eine einwandsfreie Beurtheilung des Ausfalles der Reaktion die Voraussetzung bilden.

Es kann als erwiesen gelten, dass man durch die Behandlung von Kaninchen mit Blut einer anderen Thierart ein Präzipitine enthaltendes aktives Serum gewinnt, das nicht nur in der zur Vorbehandlung verwendeten, also homologen, sondern auch in einer anderen nicht zur Vorbehandlung verwendeten, heterologen Blutart eine Reaktion auslöst. Diese tritt jedoch im heterologen Blut später und weniger intensiv in die Erscheinung. Die Reaktion besteht in einer anfänglich hauchartigen, dann milchweissen Trübung, später in Flockenbildung, die sich auch mikroskopisch im hängenden Tropfen, wie bei einer Agglutination, verfolgen lässt. Schliesslich setzt sich das Präzipitat als Bodensatz ab, und die darüber stehende Flüssigkeit wird mehr oder weniger klar. Die Bodensatzbildung und Klärung der übrigen Flüssigkeit giebt uns zugleich einen Beleg dafür, dass wir die vorher beobachtete Trübung in der That auf eine Präzipitin-Reaktion zurückzuführen haben. Dabei hat man die Beobachtung machen können,

dass Serumlösungen eine ausgesprochenere Reaktion geben als Blutlösungen, und weiterhin, dass die ersten Zeichen einer Reaktion oder eine sehr schwache Reaktion nur in durchaus klaren, möglichst ungefärbten Lösungen deutlich nachweisbar ist. In Berücksichtigung dieser Thatsachen ist man bei der praktischen Verwerthung des Blutnachweises zu der unumgänglichen Forderung gekommen, hochwerthige Präzipitinsera zu verwenden, den Titer sowie die zeitlichen Reaktionsgrenzen des zu verwendenden Serums jedesmal sowohl für das homologe, als auch die in Betracht kommenden heterologen Sera genau zu bestimmen und auf Grund dieser Werthbemessung des Serums die Verdünnungen der Präzipitinsera zu wählen. Des Weiteren erschien es erforderlich, nur klare, möglichst ungefärbte Lösungen zu benutzen und hinreichend Kontrolen sowohl von der Blutlösung und dem Aktivserum, als auch dadurch anzusetzen, dass man die Mischungen über die Reaktionsgrenze hinaus fortsetzt.

Hochwerthige Sera sind in der Praxis am zweckmässigten zu gewinnen, wenn den Kaninchen, von anderen Thieren sei hier abgesehen, das Blut intravenös einverleibt wird; es eignet sich vornehmlich die Randvene des Ohres hierzu. Diese Erfahrung, dass man durch intravenöse Injektionen am raschesten zum Ziele kommt, ist ja den Ehrlich'schen Anschauungen entsprechend, wenn man annimmt, dass durch die direkte Injektion in die Blutbahn die in Frage kommenden Zellrezeptoren am direktesten und intensivesten gereizt werden. Auch Strube und Schulz haben die intravenöse Injektion bevorzugt. Dagegen erscheint uns eine mehrmalige Injektion von 10 ccm Blut einer 10maligen von nur 1 ccm vorzuziehen zu sein. Wenigstens kamen wir auf ersterem Wege überraschend schnell zu hochwerthigen Seris, während uns eine grosse Reihe von Thierversuchen belehrte, dass forcirte Injektionen mässiger Serummengen in kurzen Intervallen durchaus keine hochwerthigen Sera zu erzeugen im Stande waren. Wir konnten des öfteren beobachten, dass ein Kaninchenserum nach sehr häufigen Injektionen von 1 ccm Blut in 1 tägigen Intervallen nicht einen so hohen Präzipitinwerth auswies, wie er nach der Zahl der Injektionen hätte erwartet werden können. Vielleicht haben wir hier ein Analogon zu den von Behring beobachteten Insuffizient-Werden der Antitoxin produzirenden Zellen bei stark mit Diphtherie-Toxin behandelten Pferden. Auch bei unseren Kaninchen kam vielleicht durch die kurz aufeinander folgenden forcirten intravenösen Seruminjektionen eine gewisse Ueberlastung und dadurch theilweise Schädigung der Rezeptorenfunktionen Präzipitin bildender Zellen zu Stande. Auch durch 2 malige Injektion grösser Mengen Blut, bis zu je 50 ccm, in die Vv. jugulares haben wir keine besseren Resultate erzielt, als durch eine 3—4 malige Injektion von je 10 ccm in die Ohrvene. Den Titer unserer Sera bestimmten wir in der Weise, dass zu einer Blutlösung von 1 : 200 das Präzipitinserum in abgestuften Verdünnungen zugesetzt und der Ausfall der Reaktion nach 2 Stunden beobachtet wurde. Da die Menge der präzipitablen Substanz

nicht gleichgültig ist, so nahmen wir bei dieser Werthbemessung stets 5 ccm Blutlösung bezw. Serumlösung, der wir das Präzipitinserum in Verdünnungen hinzufügten. Den so gefundenen Titer drückten wir in einem Bruch aus, dessen Zähler die Verdünnung des Präzipitinserums und dessen Nenner diejenige der Blutlösung angiebt. So bedeutet beispielsweise homolog 5000/200, dass das Präzipitinserum in einer Verdünnung 1 : 5000 eine homologe Blutlösung von einer Verdünnung 1 : 200 spezifisch beeinflusst. Die Reaktion wurde in besonders gereinigten und sterilen Reagenzröhrchen vorgenommen, die Verdünnungen mit graduirten sterilen Pipetten abgemessen und die Röhrchen im 37 °-Thermostat aufbewahrt. Die Klarheit der Lösung, wenn solche nicht von vornherein bestand, erzielten wir vermittelst einer sehr kräftig wirkenden Zentrifuge oder durch kleine Filter, wie sie Silberschmidt[1]) empfiehlt. Bakterielle Trübungen sind unter diesen Umständen nicht zu befürchten.

Berücksichtigen wir die erforderlichen Vorbedingungen, so werden wir leicht die Reaktion im homologen Blute von der im heterologen unterscheiden können, vorausgesetzt, dass wir die Konzentrationen der zu prüfenden Blutlösungen kennen: wir brauchen nur das Präzipitinserum von bekanntem Titer in einer solchen Verdünnung der betreffenden Blutlösung zuzusetzen, dass wir nur im homologen Blute eine Reaktion erhalten. Der weite Abstand der Reaktionsgrenzen für das homologe und heterologe Blut macht die Unterscheidung möglich. Schwieriger aber liegen die Verhältnisse in der Praxis. Hier sind wir nicht in der Lage, mit genau bekannten Konzentrationen zu arbeiten, auch werden wir nicht immer grössere Mengen Blut zur Verfügung haben. Hier brauchen wir, wie auch Schulz mit Recht hervorhebt, eine Methode, die es uns mit Sicherheit ermöglicht, Irrthümer zu vermeiden.

Die Thatsachen und Erfahrungen, welche uns die Seitenkettentheorie Ehrlich's gebracht hat, und die Ergebnisse, welche in Anwendung dieser Theorie auf die Präzipitinreaktion vornehmlich die Untersuchungen von Wassermann und von Eisenberg gezeitigt haben, erklären uns nicht nur das Auftreten einer Reaktion im heterologen Blute nach Zusatz eines Präzipitinserums, sondern weisen uns auch die Wege, auf denen wir bei dem serodiagnostischen Verfahren zu einem, jeden Zweifel ausschliessenden Nachweis, einer spezifischen Reaktion, gelangen.

Der Umstand, dass das Präzipitinserum nicht nur in homologen, sondern auch in heterologen Blutarten eine Reaktion hervorruft, macht es wahrscheinlich, dass das aktive Präzipitinserum eine grosse Anzahl verschiedener Haptine enthält. Wie aus einem weiter unten beschriebenen Absorptionsversuch ersichtlich ist, kommen zunächst für uns im aktiven Präzipitinserum in allererster Linie bestimmte Haptine in Frage, die auf einer jeden Thierart spezifische Serum-Bestandtheile ein-

[1]) Münchener medizinische Wochenschrift, 1902. Nr. 35.

gestellt sind. Diese Haptine allein sind es, welche eine absolut sichere Diagnose gestatten, wenn Quantität und Qualität des Ausgangsmaterials unbekannt ist; ist diese Anschauung richtig, so musste es gelingen, die einer Thierart als solcher nicht eigenthümlichen Serumbestandtheile zu entfernen, wenn man einem Blut mehrmals heterologes Präzipitinserum zusetzt und die Niederschläge jedesmal fortnimmt, bis endlich der Zusatz weiteren heterologen Serums eine Trübung absolut nicht mehr erkennen lässt. Bei Zusatz des homologen Präzipitinserums muss dann noch eine Reaktion eintreten. Dass ein verschiedenes Verhältniss ein und derselben Serumbestandtheile und der darauf wirkenden Haptine allein den stärkeren oder geringen Ausfall der Reaktion verursachte, je nach dem man ein bestimmtes Serum mit homologem oder heterologem Präzipitinserum versetzte, erschien uns ausgeschlossen; denn wir erhielten schon nach 3—4 maligen Zusatz heterologen Serums eine Flüssigkeit, die sich bei weiterem Zusatz nicht mehr trübte, während dann noch bei Zusatz homologen Serums ein starker Bodensatz auftrat. Diese Thatsache steht mit der Annahme, dass geringe Mengen Haptine für die spezifischen Serumbestandtheile einer bestimmten Thierart auch im heterologen Blute vorhanden seien, im Widerspruch, denn dann könnte man durch heterologen Zusatz zu einer Blutlösung zur völligen Klärung erst dann kommen, wenn auch der Zusatz von homologem aktivem Serum keine Trübung mehr erkennen lässt.

Zu diesen Schlüssen führten uns Absorptionsversuche, die wir mit Menschen- und Pferdeblut vornahmen. Unser Menschenpräzipitinserum hatte einen Titer von homolog 5000/200, unser Pferdepräzipitinserum einen Titer von homolog 2500/200. Beide Aktivsera gaben, weniger stark verdünnt, auch noch in homologen Blutlösungen von 1 : 20 000 eine Reaktion. Das Menschenpräzipitinserum bewirkte in Pferdeblut noch bei heterolog 50/200 nach einer Stunde, bei heterolog 100/200 nach 4 Stunden eine Trübung, das Pferdepräzipitinserum in Menschenblut bei heterolog 100/200 nach einer Stunde eine Trübung.

Um aus Menschenblut diejenigen Bestandtheile zu entfernen, auf die im Pferdepräzipitinserum enthaltene Haptine etwa einwirken könnten, setzten wir zu 5 ccm Menschenblutserumlösung von 1 : 200 ein Pferdepräzipitinserum im Verhältniss 1 : 10 (= 0,5 ccm) zu. Nach eingetretener Reaktion wurde das Präzipitat durch Zentrifugiren abgeschieden und die überstehende klare Flüssigkeit abgegossen. Sodann wurde der klaren Flüssigkeit abermals Pferdepräzipitinserum, und zwar 0,1 ccm zugesetzt. Die dadurch von Neuem sich trübende Flüssigkeit wurde wieder durch Zentrifugiren geklärt, vom Bodensatz abgegossen, und zum dritten Male 0,1 ccm Präzipitinserum zugefügt. Dieser Vorgang wurde so lange wiederholt, bis in der klaren Flüssigkeit durch Pferdepräzipitinserum keine Trübung mehr hervorgerufen werden konnte. Nach dem fünften Aktivserum-Zusatz war solches erreicht. Waren nun alle auf Pferdepräzipitinserum reagirenden Serumbestandtheile allein aus dem Menschenblut entfernt, so

mussten jetzt die auf Menschenblutserum wirkenden spezifischen Haptine noch in der Flüssigkeit vorhanden sein. Um diese nachzuweisen, wurde 0,1 ccm Menschenpräzipitinserum hinzugefügt, sofort trat eine deutliche Trübung in der Blutlösung auf. Der Versuch ist in Tabelle I dargestellt.

I: 5 ccm Menschenblut 1 : 200			II: 5 ccm Pferdeblut 1 : 200		
A. S. Pf.	0,5 ccm.	Trübung.	A. S. M.	0,5 ccm.	Trübung.
	0,1 „	„		0,1 „	„
	0,1 „	„		0,1 „	„
	0,1 „	klar		0,1 „	klar
A. S. M.	0,1 „	Trübung.	A. S. Pf.	0,1 „	Trübung.
A. S. Pf. Aktivserum Pferd.			A. S. M. Aktivserum Mensch.		

In einem zweiten analogen Versuche wurde, um aus Pferdeblut die darin enthaltenen, auf Menschenpräzipitinserum reagirenden Bestandtheile zu entfernen, zu 5 ccm Pferdeblutserumlösung 1 : 200 ein Menschenpräzipitinserum im Verhältniss 1 : 10 (= 0,5 ccm) zugesetzt, dann nach Zentrifugiren und Abgiessen der Flüssigkeit vom abgeschiedenen Bodensatz wurde wieder 0,1 ccm so lange zugefügt, bis Menschenpräzipitinserum keine Trübung mehr bewirkte. Jetzt wurde 0,1 ccm Pferdeblutpräzipitinserum zugefügt und sofort trat deutliche Trübung auf (vergl. Tabelle II).

Aus diesen beiden Versuchen geht also hervor, dass man, wenigstens beim Menschen- und Pferdeblut, die auf die heterologen Präzipitinsera reagirenden Serumbestandtheile zu entfernen im Stande ist, so dass wir eine Blutlösung erhalten, die nur noch auf homologes Präzipitinserum reagirt. Es sei nebenbei erwähnt, dass wir, um aus Menschenblut die auf Pferdepräzipitinserum eingestellten Bestandtheile zu eliminiren, mehr Aktivserum verbrauchten, als umgekehrt zur Entfernung der auf Menschenpräzipitinserum eingestellten Bestandttheile aus Pferdeblut erforderlich war.

Um nun gewisse Anhaltspunkte zu gewinnen für die Menge des Präzipitats, das bei Zusatz heterologen Aktivserums entsteht im Gegensatz zum Präzipitat, das bei Zusatz von homologen Aktivserums hervorgerufen wird, bestimmten wir die jedesmalige Niederschlagsmenge durch Wägung. Genau 5 ccm einer $^1/_2$ prozentigen Menschenblutlösung wurde mit 1 ccm unseres Pferdepräzipitinserums versetzt. Es trat sofort eine intensive Trübung auf, die nach dreistündigem Aufbewahren bei 37° Flockenbildung zeigte. Die Blutlösung wurde nun derart zentrifugirt, dass eine vollkommen klare Flüssigkeit über einen fest zusammengeballten Bodensatz[1]) restirte. Nach Abgiessen der überstehenden Flüssigkeit wurde der Bodensatz mit destillirtem Wasser abgespült und auf ein vorher trocken gewogenes quantitatives Filter gebracht.

[1]) Für die Beschaffenheit des Bodensatzes ist vor Allem auch die Geschwindigkeit ausschlaggebend, mit der man zu zentrifugiren im Stande ist; so erhielten wir mit unserer Zentrifuge ein fest dem Boden des Glases anhaftendes Präzipitat, von dem man die darüber stehende Flüssigkeit ohne Schwierigkeit abgiessen konnte. Das Präzipitat, mit destillirtem Wasser abgespült, zeigte sich in letzterem äusserst grobflockig.

Der abgegossenen Flüssigkeit wurde sodann 0,5 ccm Pferdepräzipitinserum zugefügt. Die nach mehreren Stunden getrübte Lösung wurde wieder zentrifugirt und der jetzt ganz minimale Bodensatz abermals gewogen. Ein dritter Zusatz von Pferdepräzipitinserum zur abgegossenen klaren Flüssigkeit rief nach mehrstündigem Aufbewahren bei 37° keine Trübung mehr hervor. Das Gewicht des gewonnenen Präzipitats betrug im Ganzen 10 mg. Nun wurde zu der Blutlösung Menschenpräzipitatserum, also homologes Aktivserum, hinzugefügt und zwar in derselben Weise wie vorher so lange, bis keine Reaktion mehr auftrat, somit eine Flüssigkeit übrig blieb, auf die weder Pferde- noch Menschenpräzipitinserum einwirkte. Das Gewicht dieses zuletzt gewonnenen homologen Präzipitats betrug im Ganzen 9 mg. Wir haben hier also durch das homologe und heterologe Aktivserum annähernd gleiche Niederschlagsmengen erhalten. Wir würden nicht im Stande sein, aus dem Gewicht des Präzipitats zu entscheiden, ob wir es mit Pferde- oder Menschenblut zu thun gehabt haben. Auch wenn man, ohne vorher die auf Pferdepräzipitinserum reagirenden Bestandtheile des Menschenblutes zu entfernen, homologes Aktivserum zum Menschenblut hinzusetzt, kann das Gewicht des Präzipitats irreleiten, zumal wenn man die Menge des zu untersuchenden beispielsweise eingetrockneten Blutes nicht kennt. Noch weniger würde man aber aus einer nur volumetrischen Bestimmung des Niederschlages, selbst nach der Nutall'schen Methode, einen sicheren Schluss ziehen können, ganz abgesehen davon, dass der Niederschlag eine ganz ungleich lockere Beschaffenheit aufweist.

In der Praxis, wo man, wie schon erwähnt, nur ungefähre Anhaltspunkte über die Qualität und Quantität des Blutes hat, wo überdies mit Blutgemischen zu rechnen ist, wird man auf diese Weise nicht zum Ziele kommen.

Wir müssen uns also unabhängig machen von der zu untersuchenden Blutlösung und zwar dadurch, dass wir die Aktivsera spezifisch machen. Ebenso wie es gelingt, aus einer bekannten Blutlösung die störenden, auf heterologes Aktivserum reagirenden Bestandtheile zu entfernen, vermögen wir auch ein Aktivserum darzustellen, das nur auf homologes Blut einwirkt, bezw. auf bestimmte heterologe Blutarten nicht mehr einwirkt. Es wird kaum erforderlich sein, Aktivsera zu besitzen, die ausschliesslich auf eine einzige Blutart reagiren, auf alle anderen Blutarten des gesammten Thierreiches nicht, vielmehr wird es genügen, wenn wir bei einer Reihe verschiedener Aktivsera ganz bestimmte, für die Praxis besonders in Betracht kommende heterologe Wirkungen ausgeschaltet haben. Wenn z. B. das Pferdepräzipitinserum ausser auf Pferdeblut auch auf Menschenblut einwirkt, so können wir durch Entfernen der auf Menschenblut reagirenden Antheile des Pferde-Aktivserums ein solches Aktivserum gewinnen, das nur noch auf Pferdeblut, auf Menschenblut durchaus nicht einwirkt.

Dieses sei durch folgenden Versuch gezeigt. Wir setzten zu 5 ccm Pferdepräzipitinserum 0,5 ccm Menschenblut hinzu, sofort trat Trübung, Flockenbildung und schliesslich ein Bodensatz auf.

Die Flüssigkeit wurde zentrifugirt, vom Bodensatz abgegossen und erhielt einen weiteren Zusatz von 0,5 ccm Menschenblut. Auch dieser bewirkte eine Reaktion. Es musste noch zwei weitere Male 0,5 ccm Menschenblut hinzugesetzt werden, um zu erreichen, dass das Pferdepräzipitinserum nicht mehr gegenüber dem Menschenblut reagirte. Ein Zusatz von 0,2 Pferdeblut zu 1 ccm des für Menschenblut nicht wirksamen Pferde-Aktivserums dagegen bewirkte sofortige Trübung (s. Tabelle III). Dieses Aktivserum wurde nun zu einer $^1/_2$ proz. Pferdeblutlösung und einer $^1/_2$ proz. Menschenblutlösung im Verhältniss 1 : 10 zugefügt. In ersterer trat eine starke Trübung innnerhalb weniger Minuten auf, in letzterer blieb jede Reaktion aus. Nach 15 Stunden war in dem homologen Blute eine Klärung der Flüssigkeit und reichlicher Bodensatz zu konstatiren, während die heterologe Blutlösung durchaus klar war. Dieses Pferdeblutpräzipitin ist also, wenn man nur Menschen- und Pferdeblut berücksichtigt, streng spezifisch für Pferdeblut, es giebt ohne Rücksicht auf den Grad der Verdünnung nur im homologen Blute eine Reaktion.

III. 5 ccm Pferdepräzipitinserum.

Menschenblut	0,5	ccm	Trübung,
„	0,5	„	„
„	0,5	„	„
„	0,5	„	„
„	0,5	„	klar,
Pferdeblut	0,2	„	Trübung.

In einer Reihe von Versuchen haben wir uns davon überzeugt, dass wir durch Entfernung der auf eine heterologe Blutart reagirenden Antheile ein Aktivserum gewinnen, welches nur auf das homologe Blut reagirt, auf die betreffende heterologe Blutart aber auch in den stärksten Konzentrationen nicht mehr einwirkt. So wird man im Stande sein, bei einer Reihe von gleichen Aktivsera je eine beliebige heterologe Reaktion auszuschalten oder ein und dasselbe Aktivserum gegen mehrere heterologe Blutarten reaktionslos zu machen. Solche Aktivsera, die in gewisser Weise spezifisch gemacht sind, ermöglichen es, in der gerichtsärztlichen Praxis, unbeschadet der Qualität und Quantität des Ausgangsmaterials, einen in jedem Falle absolut einwandsfreien Nachweis der Blutart zu erbringen.

Ueber Selbst-Kastration.

Von Dr. **Schmidt-Petersen**, Kreisphysikus z. D. in Bredstedt.

Die Fälle von Selbst-Kastration dürften nicht gerade so selten sein, wie gewöhnlich angenommen wird. Da aber eine Vervollständigung der Kasuistik für die gerichtliche Medizin doch immerhin von Interesse ist, erlaube ich mir über einen selbstbehandelten Fall zu berichten:

Am 3. Juli 1899 wurde ich zu einem in einsamer Gegend wohnenden Kleinbauer J. gerufen, der sich mit einer Sense am Unterleibe verletzt haben sollte. Er lag auf einem Strohlager, das in der Gegend, wo das Gesäss lag, blutdurchtränkt war. Der Hodensack war kugelförmig, bis zu Kindskopfgrösse aufgetrieben; der Penis darin fast verschwunden. An der unteren hinteren

Seite des Hodensackes rechts und links der Naht bestanden 2 etwa 2 cm grosse runde Hautöffnungen, aus denen sich Blutgerinnsel hervordrängten. Bei der Berührung, d. h. auf leichten Druck, entleerte sich noch etwas flüssiges Blut.

J. war keineswegs blass und entkräftet. Er berichtete mit weinerlich-verdriesslicher Stimme, dass er sich mit der Spitze einer Sense, auf deren Griff er getreten sei, diese Wunde beigebracht habe. Der Vorgang wurde sehr genau beschrieben und sollte sich auf dem Hausboden zugetragen haben.

Die Art der Verwundung stimmte so wenig zu dem geschilderten Hergange, dass man ohne Weiteres erkennen musste, hier liege ein Geheimniss vor. Die mir vorgelegte Sense zeigte ein abgenutztes stumpfes Ende, welches noch dazu 1 cm weit verbogen war. Ein leichter Rost, wie er sich auf blankes Eisen nach dem Eintrocknen von Feuchtigkeit zu setzen pflegt, lag darüber. Blutspuren waren dagegen nicht zu entdecken. Ich schöpfte deshalb gleich Verdacht, dass J. wenigstens versucht habe, sich selbst zu kastriren.

Nach Anlegung eines Nothverbandes wurde der Verletzte nach dem Krankenhause überführt und hier die Verwundung in Narkose untersucht. — Vor dem Beginn der Narkose erklärte er, dass er den einen bei der Verletzung zu Tage getretenen Hoden mit der Scheere abgeschnitten habe! Den anderen wollte er nicht bemerkt haben. Die Blutgerinnsel wurden entfernt; die Blutung stand. Das Septum erwies sich unverletzt. Hoden wurden nicht vorgefunden; auch nicht die Enden der Stränge, welche sich bei hoher Abtrennung tief zurückgezogen haben werden. Die Heilung verlief ungestört in einigen Wochen.

Es lag mir nun natürlich sehr am Herzen, den Beweggrund zu dieser Selbstverstümmelung zu erfahren. Der darum Befragte antwortete erst mit einem vergnügten Grinsen; die Fragen, ob er unangenehme sexuelle Empfindungen gehabt, ob er sich vorher mit seiner Frau gezankt, ob er geheimnissvolle Bücher gelesen, wurden verneint; auch die Frage, wie seine Handlung von seiner Frau aufgefasst worden, wurde nur mit vergnügtem Grinsen beantwortet. — Schliesslich gab er doch — ein anderes Mal — an, dass er sich „früher immer so unwohl gefühlt, sich zeitweilig in so sonderbarer Stimmung befunden habe“. Dieser Zustand sei viel besser geworden.

J., ein äusserst fleissiger und strebsamer Mann, ist circa 40 Jahre alt, verheirathet und Vater von 5 gesunden Kindern; einen Sohn hat seine Frau ihm noch nach der Kastration (am 4. Dezember 1899) geboren. Er ist ein etwas komisch aussehender, klein gewachsener Mann, dabei aber muskulös und kräftig; er ist auch Soldat gewesen. Vor einigen Jahren wurde er überfahren, brach einen Unterschenkel und erlitt eine Kontusion des Kopfes. Seitdem hat er über Kopfschmerzen und häufig wiederkehrende Ohrbeschwerden (Schmerz und Schwindel) geklagt und mich deswegen öfters konsultirt; er befand sich dann regelmässig in verzagter Stimmung, war weinerlich und verdriesslich. Auf Grund dieser öfters beobachteten krankhaften Gemüthsstimmungen hatte ich ihn schon immer für eine „psychische Minderwerthigkeit“ gehalten. Nachfragen über seine Abkunft und über sein Vorleben hatten das seltsame Ergebniss, dass J. nebst zweien seiner Geschwister einem Incest zwischen Vater und Tochter entstammen sollte. An dieser Thatsache ist wohl nicht zu zweifeln.

Unter gewöhnlichen Verhältnissen zeigt J. ein vergnügtes, zufriedenes Wesen, mitunter soll er aber sehr jähzornig, bis zum Toben, werden können. Solche Wuthausbrüche habe ich allerdings bei ihm nicht beobachtet; möglicherweise liegt hier Uebertreibung

vor. Im Krankenhause, wo er später wieder einmal wegen eines erneuten Unterschenkelbruches 6 Wochen behandelt worden ist, hat er sich als ruhig und folgsam erwiesen.

Der Vorfall ist dem Publikum nicht unbekannt geblieben. Einzelne Freunde haben Gefallen daran gefunden, den „Kastraten" gelegentlich — mit Neujahrskarten! — zu necken. Er hat sich demzufolge veranlasst gesehen, seinen Besitz mit einem ca. eine Meile entfernten zu vertauschen.

Erwägen wir noch einmal summarisch die Begründung dieser seltsamen Handlung: J. ist von naher verwandtschaftlicher Abstammung, er vereinigt in sich das Blut von Vater und Tochter, bekanntlich die günstigsten Momente zur Degeneration. Seine zeitweilige Gemüthsverstimmung, die er als Kopf- und Ohrenschmerz bezeichnet, lässt vermuthen, dass er auch zu impulsiven Handlungen getrieben wird, über die er sich — wie über vorliegende — Rechenschaft nicht ablegen kann.

Man darf wohl annehmen, dass weitaus die meisten derartigen heutzutage noch vorkommenden Selbstverstümmelungen solchen (periodischen) seelischen Erkrankungen zuzuschreiben sind. Es dürfte deshalb in jedem Falle zweckmässig sein, sich über den Geisteszustand solcher Attentäter sui ipsius zu informiren.

Ein Beitrag zur Kasuistik der „psychischen Infektion".

Von Gerichtsarzt Dr. Neidhardt in Altona.

Lehrersfamilie. Vater, 65 Jahre alt, im Amt, Mutter 66, Tochter 24, ein auswärts wohnender Sohn, Akademiker, 35 Jahre alt. Keine erbliche Belastung, keine hysterischen Züge in der Familie:

Die Tochter erkrankt vor ca. zwei Jahren zunächst an hypomanischen Erscheinungen: Gehobene Stimmung, Bewegungsdrang, Schlaflosigkeit und Neigung zu fabuliren. Dieser Zustand wird als krankhaft nicht anerkannt. Anknüpfend an die Persönlichkeit eines Bauraths — der vor 7 Jahre bei der Familie wohnte und vor ca. 3 Jahren als letztes Freundschaftszeichen eine Postkarte geschickt hat — erzählt dann die Tochter illusionirend ihren Eltern, dass sie sich mit diesem übrigens weit älteren Herrn verloben würde, fingirt täglich Zusammenkünfte mit ihrem Verlobten, bringt auch kleine Geschenke mit nach Hause und überzeugt schliesslich ihren beiden Eltern so vollständig, dass diese — und das ist das Bemerkenswerthe — ohne den Bräutigam als solchen je begrüsst oder auch nur gesehen zu haben — im April d. J. die Hochzeit ansetzen und zu dieser ausser anderen Bekannten ihren auswärtigen Sohn einladen.

Dieser kommt dann auch angereist und ist voller Erwartung, seinen Schwager, der inzwischen zum Geheimrath avancirt ist, kennen zu lernen. Da dieser aber trotz alledem eine imaginäre Grösse bleibt, so kann die Hochzeit selbstverständlich nicht stattfinden; indessen bringen Eltern und Tochter so viele anscheinend

plausible Gründe für die nothwendig gewordene Verschiebung der Hochzeit bei, dass der übrigens viel beschäftigte Sohn zwar ärgerlich, aber schliesslich doch ohne Verdacht bezüglich des Geisteszustandes seiner Angehörigen zu schöpfen, wieder abreist. Dagegen beginnt bereits der Bekanntschaft das veränderte Wesen der Lehrersfamilie aufzufallen. Inzwischen wird der Bräutigam zum Präsidenten befördert; die Rendezvous werden täglich fortgesetzt, die Tochter bringt dem Bräutigam häufig sogar Essen nach dem Keller hinunter, von wo der Präsident dasselbe auf sein Bureau holen lässt, — schliesslich bestellen Eltern und Tochter eine grosse Leinenaussteuer mit dem durch den Ernst ihrer Ueberzeugung völlig glaubhaft erscheinenden Bemerken, dass der Bräutigam zahlen werde. Zugleich treten in den zahlreichen Briefen des Vaters, deren Schreibweise einen immer mehr paralyseartige Charakter annimmt, deutliche Verfolgungsdelirien auf. Der inzwischen zum Minister beförderte Bräutigam erhält die Bestätigung des Kaisers nicht; ihm selbst, dem Vater, wird das Glück der Tochter missgönnt. Man verläumdet ihn, unterschlägt seine Briefe; in Folge dessen schickt er nur „eingeschriebene" Briefe; er räth auch seinem Sohn, einen Revolver zu tragen, weil man ihm nachstelle u. s. w. Bei der Mutter genau derselbe krankhafte gefälschte Vorstellungsinhalt — ebenso bei der Tochter — ein völlig identischer dreigliederiger Ideenkreis. Schliesslich bringt der Schuldirektor die Sache zur Lösung; er veranlasst die Einleitung der Pensionirung und setzt zugleich den Sohn von der Sachlage in Kenntniss.

Die ärztliche Untersuchung ergiebt sowohl bei der Tochter, wie bei beiden Eltern eine ausgesprochene Verworrenheit bis zur vollständigen Aufhebung der Urtheilsfähigkeit, eine Dementia paranoides.

Bei dem Vater hat die psychische Infektion möglicherweise durch die beginnende Senescenz seines sonst stets rüstig gewesenen Gehirns — bedeutender Mathematiker — eine Förderung erfahren; die Infektion der Mutter durch die Halluzinationen, Illusionen und weiterhin Wahnideen der Tochter, entweder direkt oder indirekt über den Vater oder auf beiden Wegen zugleich, lässt sich nur durch die Annahme eines generellen Mangels an kritischen Widerstand erklären.

Bei allen drei Personen spielt auf alle Fälle die intime häusliche Gemeinschaft und die körperliche und geistige Verwandtschaft eine hervorragende Rolle, und zwar handelt es sich nicht etwa um eine zeitliche Parallelerkrankung der drei Personen aus einerlei Ursache, sondern um eine typische Induktionspsychose, um ein wirkliches „induzirtes Irresein", insofern, als die primäre Psychose der Tochter thatsächlich die spezifische Ursache der sekundären Erkrankung beider Eltern an derselben Störung bildet. Bemerkenswerth ist dabei, dass nicht — wie wohl meistens, insbesondere bei der querulirenden Paranoia — der autoritative Vater der „Gebende", sondern dass die aktiv Induzirende die allerdings erwachsene Tochter ist.

Wie weit sich schliesslich die Massregel der Separirung und Internirung der drei bedauernswerthen Familienmitglieder als heilsam erweisen wird, hängt natürlich von der Frage ab, ob der gegenwärtige Zustand schwachsinniger Verworrenheit in einer wirklichen Paranoia wurzelt oder nicht. Sapienti sat . . .

Staatlich geprüfte Heilgehülfen.

Von Kreisarzt Dr. **Reimann** in Neumünster.

Herr Kreisarzt Geh. Med.-Rath Dr. Granier-Berlin beschäftigt sich in Nr. 17 dieser Zeitschrift mit meinem in Nr. 9 abgedruckten Betrachtungen über den Heilgehülfenstand; er ist Verfasser eines, wie er in seinem Artikel bemerkt, neuaufgelegten Lehrbuchs für Heilgehülfen und Leiter erfolgreicher Kurse zur Ausbildung dieses Personals. Auch io son pittore, kann ich zwar von mir nicht rühmen, aber Herrn Kollegen Granier ist der Versuch, mich zu widerlegen, nicht gelungen. Wer Irrthümer sei es auf thatsächlichem oder sei es auf dem Gebiet des Urtheilens und Schliessens, nachweisen will, der sollte selbst zuvor auf dem strittigen Feld soweit Umschau gehalten haben, dass er sich von Erkenntnissmängeln frei zu halten vermag.

Der Herr Kollege irrt mit seiner Behauptung, dass der Min.-Erlass vom 8. März 1902 mindestens 12 Wochen (anstatt 6) für die Ausbildung der Heilgehülfen und Massöre verlange; seine von diesem Irrthum ausgehenden weiteren Ausführungen erscheinen daher nicht haltbar. Er vergisst zwar nicht, aus dem erwähnten Erlass den Passus anzuführen, dass an Stelle der Krankenhauskurses für Krankenpflege, Bade- und Operationsbedienung auch ein gleichfalls 6wöchiger, unter ärztlicher Leitung veranstalteter Kursus ausserhalb eines Krankenhauses treten kann, übersieht aber, dass es gleich nachher unter c) weiter heisst: „Die Bescheinigungen zu b. und c.“ (d. h. die Bescheinigungen über die 6wöchige Ausbildung in der Krankenpflege u. s. w. und über die Theilnahme an dem 6wöchigen Massagekursus) können sich auf die gleiche Zeit beziehen.“ Also die nur 6wöchige Ausbildungszeit für Krankenpflege, Badepflege, Operationsbedienung und für die Massage ist thatsächlich freigestellt, und somit sind die gegen die Kürze dieser Frist von mir geltend gemachten Bedenken durch Herrn Kollegen Granier nicht gehoben worden. Er hat von seinem Standpunkt aus wohl nicht Anlass zu so entschiedener Betonung der 12wöchigen Ausbildung des Sanitätshülfspersonals; denn er nimmt sich des für minder ausgebildetes Berufspersonal von mir gebrauchten Ausdrucks „Banausen“ an und hält es für ganz in der Ordnung, in den Heilgehülfen nur Banausen heranzubilden. Ob diese Auffassung dem Sinne des ministeriellen Entwurfes entspricht, bezweifle ich sehr; jedenfalls aber rechtfertigt sie nicht die Betonung der längeren Ausbildungszeit, denn jede Verkürzung derselben könnte die Heilgehülfen dem Ideal des Banausenthums nur näher bringen; nächstdem würde der Zufluss der Anwärter steigen.

Ja, wenn das noch zuträfe, was Herr Kollege Granier als Erfolg der handwerksmässigen Ausbildung der Heilgehülfen erwartet, dass diese sich nämlich „ihrer Ohnmacht, selbstständig mit ihrem Können und Wissen etwas anzufangen, bewusst würden" und blieben. Aber das gerade Gegentheil lehrt die Beobachtung. Je mangelhafter und oberflächlicher, sagen wir, je handwerksmässiger ausgebildet, desto dreister, desto selbstständiger und desto gewissenloser pflegen die Leute vorzugehen, desto mehr sind sie geneigt, die ihnen durch ihre Vorbildung und ihren Pflichten gesetzten Grenzen zu überschreiten und in das ärztliche Gebiet hinüberzugreifen. Ob das in Berlin sich anders verhält, weiss ich freilich nicht.

Also lieber keinen Zuwachs an „Banausen" der Krankenpflege. Was man nicht versteht, besitzt man nicht. Was man den Leuten aus einem Wissensgebiet beibringt, sei es im Uebrigen auch noch so wenig, das muss ihnen derart einverleibt werden, dass sie es gegebenenfalls auch selbstständig sinngemäss und mit Verständniss, nicht aber als Maschine, anwenden. Mit solchen Hülfspersonen wäre keinem Arzte, keinem Krankenhause, keiner Fabrik gedient. Den Arzt beneide ich nicht, bei dem diese dem 6wöchigen Kursus entwachsenen Heilgehülfen demnächst ihre „Spezialbildung" erhalten sollen, wie Herr Granier in theilweisem Widerspruch zu seinen vorherigen Ausführungen über den Nutzen der handwerksmässigen Schulung es will, noch weniger aber die Patienten dieses Arztes.

Die Leiter von Ausbildungskursen für Heilgehülfen und Massöre werden sich also, wenn die lex ferenda zur lata werden sollte, darauf gefasst machen müssen, für die Folge ihren 3monatigen Unterricht auf einen 6wöchigen zu verdichten. Während nach den Ausführungen des Herrn Kollegen Granier in den ersten 6 Wochen die Heilgehülfenthätigkeit mit Ausschluss der Krankenpflege, in den zweiten 6 Wochen die Massage und Hülfe bei Unglücksfällen noch verarbeitet werden konnte, „wenn die Schüler sich Mühe gaben, nacharbeiteten und nicht auf den Kopf gefallen waren", würde es künftig fakultativ sein, Alles das und noch die innere Krankenpflege dazu in 6 Wochen zu bewältigen. Ich halte dies nach wie vor für ein Ding der Unmöglichkeit und fürchte, dass, wenn ausserdem die Schüler noch zu Hause nacharbeiten und die vorgeschriebenen häuslichen Uebungen absolviren sollen, diese geistige Massage am lebenden Modell nur dann zu einem relativ glücklichen Ausgang führen könnte, wenn die Leute schon vor Antritt des Kursus hinreichend auf den Kopf gefallen sind. Zum Glück wird diese Kategorie nicht in ganz vereinzelten Exemplaren kursiren, namentlich, wenn nicht bestimmte Anforderungen hinsichtlich der Vorbildung gestellt werden. Auch unter den Schülern des Herrn Kollegen Granier soll sich ja nach seiner Mittheilung (s. S. 606) diese Spezies befunden haben. — Man wird meine Bedenken gerechtfertigt finden, nachdem man aus dem Entwurf des Befähigungszeugnisses des künftigen Heilgehülfen einen Ueberblick über deren Aufgaben gewonnen hat. Auch das Ka-

theterisiren ist dort aufgeführt; ich habe mich darüber schon in meinem ersten Aufsatz geäussert.

Herr Kollege Granier hofft im Gegensatz zu mir auf viele Bewerber um den Titel eines staatlich geprüften Heilgehülfen, weil auch eine sehr grosse Menge gescheidter junger Leute grosse Opfer an Zeit und Geld bringe, „um sich den Titel „Arzt“ zu erwerben, diesen Titel und nichts weiter.“ Er erwartet sicher, dass ausser massirenden herrschaftlichen Dienern sämmtliche Pflegepersonen, auch die Pflegeschwestern und Krankenwärter, das staatliche Zeugniss erwerben werden. Ich erlaube mir etwas weniger Optimist zu sein und entgegne: Zunächst machen die jungen Mediziner die Aufwendungen nicht, oder doch in den allermeisten Fällen nur sehr nebensächlich, um der Erlangung des Arzttitels willen, sondern weil sie im Besitz dieses, durch das Gewerbegesetz noch geschützten Titels ihren Erwerb, ihren Lebensunterhalt leichter als ohne ihn zu finden hoffen. Dass sie in dieser Erwartung nachher oft für längere oder kürzere Zeit sich getäuscht finden, ist ein ander Ding und liegt jedenfalls ausserhalb ihres Trachtens und Strebens. Angenommen aber auch, die Auffassung des Herrn Kollegen wäre zutreffend, so darf man doch das, was einem für die Hochschule vorgebildeten jungen Mann als des Strebens würdig erscheint, nämlich der ideelle Werth eines Titels, nicht ohne Weiteres als begehrenswerthes Objekt ansehen für Personen derjenigen Gesellschaftsschichten, aus denen in der Regel der Stand der Heilgehülfen sich ergänzt, die Herr Granier selbst nur als Banausen für kursfähig erklärt. — Also dem Ansturm der um der blossen Erlangung des Titels willen sich meldenden Anwärter werden wir, ich hoffe, Stand zu halten vermögen.

Wenn dann Herr Kollege Granier, indem er gegen Herrn Dr. Jacobson die Ansicht vertritt, dass die nicht nosokomiale Ausbildung der Heilgehülfen genüge, bemerkt, dass aus seinem Kursus „nur Anfänger, eben solche Anfänger, wie die jungen Aerzte im Augenblick der Vollendung des Staatsexamens“ hervorgehen, so darf ich nur erinnern an das neuestens hinzugekommene praktische Jahr vor Ertheilung der Approbation, sowie daran, dass selbst der nicht im Krankenhause praktisch vorbereitete junge Mediziner mit seinen theoretischen Kenntnissen viel eher sich in der Praxis zurechtfindet vermöge seines ungleich tieferen geistigen Besitzes und seiner allgemeinen Bildung, als der ganz oberflächlich geschulte Heilgehülfe. — Ich halte jenen Vergleich für nicht treffend.

Im Kursus und aus dem Lehrbuch kann der Gehülfe wohl mancherlei Wissen mehr oder weniger mechanisch sich aneignen, aber gerade dasjenige nicht lernen, was er am nöthigsten für seinen künftigen Beruf braucht, als da sind: Geschicklichkeit der Hand, Gewissenhaftigkeit, Pünktlichkeit, zurückhaltende Bescheidenheit vor Allem. Der künftige Krankenpfleger kann nicht im Kursus oder aus dem Lehrbuch erlernen die Kunst, Kranke zu beobachten, sie zu pflegen und ihre Lage zu erleichtern. Herr Kollege Granier räumt das auch implicite ein, wenn er

von handwerksmässiger Schulung im Kursus spricht, von dem Erforderniss einer Spezialausbildung durch den Arzt, ja am Anfang seiner Ausführungen sogar von der nöthigen Erziehung des Pflegepersonals zur Humanität und zum Mitleid. Zu alledem sind praktische Uebung und Anschauung unentbehrlich, und diese nebst dem Verständniss (nicht blossem mechanischem Einlernen) hygienischer Grundregeln nur zu erreichen im Krankenhause. In Frage käme neben diesem allenfalls noch die vorbereitende Beschäftigung bei besonders vertrauenswürdigen Aerzten, welche über eine Krankenanstalt, sei es auch nur kleineren Stils, verfügen.

Auf weitere Einzelheiten in der Darstellung des Herrn Kollegen Granier will ich nicht eingehen und nur noch ein kurzes Wort zu seinem gelegentlichen Exposé über Kurirfreiheit hinzufügen, welche ich als nicht wohl vereinbar hingestellt hatte mit der besonderen Berufsklasse staatlich geprüfter Heilgehülfen. Es bleibe hier dahingestellt, ob die Freigabe des Heilberufes dem Fortschritt desselben förderlich gewesen ist, wie Herr Granier meint, oder nicht. Es liegt das etwas weit ab von dem hier erörterten Gegenstand. Absolute Uebel giebt es in menschlichen Dingen bekanntlich nicht, sondern neben dem Schatten liegt das Licht. Es kommt nur darauf an, wie weit das Eine oder das Andere überwiegt. Aber mit der Annahme befindet Herr Kollege Granier sich im Irrthum, dass das Publikum sich nach wie vor zuerst an den Arzt wende, und nur, wenn es bei diesem nicht Hülfe finde, an den Pfuscher oder Naturheilkünstler. — Das mag vielleicht für die materiell besser gestellten Kreise gelten, aber keineswegs trifft es zu für die ärmeren Klassen, auch nicht für besonders sparsame Leute, die bekanntlich, wo es sich um Kurkosten handelt, nicht ganz selten sind. Die Medizinalpfuscher, und unter diesen namentlich die Homöopathiebeflissenen, finden darum so viel Zuspruch, weil sie — um es kurz zu sagen — es billiger machen. Während der Doktor für sein Rezept 2 oder 3 Mark und mehr nimmt, der nicht Rabatt gebende Apotheker im Durchschnitt das Gleiche, thut es der Kurpfuscher vulgärer Sorte schon um 1 Mark und giebt noch Streukugeln oder potenzirtes Gewässer darauf. Nur so und nebenher freilich aus einer gewissen geistigen Verblödung weiter Kreise unseres Volkes erklärt es sich, dass thatsächlich besonders in kleineren Städten und auf dem Lande der Arzt die Berufungsinstanz bildet, nicht aber, wie Herr Kollege Granier annimmt, der Kurpfuscher. — Dieses Verhältniss wäre ja auch soweit in der Ordnung, stände dabei für den Kranken nicht Leben oder Gesundheit, für den Arzt die wirthschaftliche Existenz und das Decorum auf dem Spiele.

Ich weiss sehr wohl, dass es Medizinalpfuscher zu allen Zeiten, auch unter der Herrschaft des §. 199 des alten preussischen Strafgesetzbuchs, gegeben hat, darunter auch solche mit grossen geschäftlichen Erfolgen, und erwidere darauf dem Herrn Kollegen mit dem trivialen Hinweise, dass die Diebe und unter diesen auch die sogenannten schweren Jungen, nicht alle werden, trotz des §. 242 des Reichsstrafgesetzbuchs. Wer aber möchte darum

dem Diebstahlparagraphen seine Daseinsberechtigung absprechen wollen!

In Berlin mag vielleicht die Bewerthung des staatlich geprüften Heilgehülfen gegenüber dem praktizirenden Barbier seitens des Publikums eine höhere sein als an anderen Orten. Jedenfalls erfreut sich auf dem Lande, sowie in der Klein- und Mittelstadt der chirurgisch beschäftigte Barbier mindestens gleichen Ansehens, wie der geprüfte Heilgehülfe, soweit diese Spezies dort überhaupt jetzt noch anzutreffen ist. Vor diesem voraus aber hat der Barbier den grösseren Zuspruch, weil er ad libitum kuriren darf, der approbirte Heilgehülfe nicht.

Das ist auch der Hauptgrund, weshalb diese Leute sich immer mehr in die Hauptstädte flüchten und dort gerade fehlen, wo man sie am nöthigsten gebrauchen kann, nämlich auf dem Lande und in der kleineren Stadt. Hier sind die Erwerbsverhältnisse für den Heilgehülfen, der nicht im Hauptamt Barbier ist, fortdauernd dermassen traurige, dass der Bewerb um diesen Beruf wahrlich nichts Verlockendes hat, diesen Beruf, der künftig der staatlichen Kontrolle noch mehr als jetzt unterstellt sein soll, während sein von Herrn Granier betontes Anrecht auf staatlichen Schutz auf das Prärogativ des Titels — tout comme chez nous — beschränkt bleiben soll.

Der Herr Kollege Granier glaubt meinen vergleichsweisen Hinweis auf den Hebammenstand bezüglich des Gewerbeschutzes mit dem Bemerken abthun zu können, dieser Schutz verhindere es nicht, dass die Hebammen nur so hinvegitiren, dass sie nur eine Zubusse zu dem Unterhalt verdienen, dessen Hauptantheil der Mann herbeischaffen müsse. Vielleicht sind dem Herrn Kollegen die dies betreffenden Verhältnisse ausserhalb Berlins weniger bekannt, sonst würde er gefunden haben, dass recht oft die Hebamme, und nur sie allein, das erwerbende Glied der Familie ist, dass sie den kranken oder arbeitsscheuen, trunkfälligen Mann sammt einem Häuflein Nachwuchses unterhalten muss und durch ihr Gewerbe thatsächlich unterhält. Gerade da, wo die Heilgehülfen ihre wirthschaftlichen Existenzbedingungen nicht finden, in der Klein- und in der Mittelstadt, da haben die Hebammen Dank ihrem monopolisirten Gewerbe der grossen Mehrzahl nach ihr gutes, nicht selten recht gutes Auskommen. Dass es Ausnahmen von der Regel giebt, wer wollte das bestreiten! Aber diesen liegen dann auch meist besondere Verhältnisse und eigenes Verschulden zu Grunde.

Gewiss hindert der Schutz des Hebammengewerbes nicht das Vorkommen von geburtshülflicher Pfuscherei; Herr Granier verweist auf die Ostprovinzen. Aber hier gilt das, was ich vorhin von der Medizinalpfuscherei im Allgemeinen sagte: Frevel werden durch Gesetze nicht verhindert, sondern nur eingeschränkt. Sodann führen in den östlichen Landesgebieten mit ihrer dünnen Besiedelung noch ganz besondere Umstände, wozu die schwere Erreichbarkeit der spärlich vertheilten Hebammen gehört, dahin, diese relativ öfter, als es anderwärts geschieht, zu umgehen, und

die nächstwohnende sic dictu sage femme herbeizuholen. Aber wie wäre es wohl um die Mütter und Kinder unseres Landes nicht nur, sondern auch um die materielle Lage unseres Hebammenstandes bestellt, wenn der staatliche Schutz dieses Gewerbes überhaupt nicht bestände? Ich bedauere also: Die Darlegungen des Herrn Kollegen Granier haben mich nicht veranlassen können, meine Stellung zu den erörterten Fragen zu ändern.

Noch einmal zur Frage der Amtlichkeit kreisärztlicher Zeugnisse.

Von Kreisarzt Dr. Richter in Remscheid.

Man wird nicht gerade behaupten dürfen, dass die Frage der Amtlichkeit kreisärztlicher Zeugnisse geklärt sei. Einen Schritt auf diesem Wege bedeutet aber der Aufsatz von H. Med.-Rath Dr. Räuber, der die Anhänger der neuen Irrlehre von der zweierlei Amtlichkeit kreisärztlicher Zeugnisse mit einem Schlage ad absurdum geführt hat.

Es konnte m. Er. eigentlich von Anfang an kaum zweifelhaft sein, dass die amtliche Natur eines Zeugnisses lediglich dadurch bestimmt wird, ob die Gültigkeit desselben von der Beifügung des Amtscharakters des Ausstellers abhängig ist bezw. ob der Werth des Zeugnisses durch diese Beifügung erhöht wird. Dabei kann es nimmermehr einen grundsätzlichen Unterschied bedingen, ob noch anderen Personen oder Amtsstellen die gleiche Glaubwürdigkeit beigemessen wird, wie den amtlichen Zeugnissen der Kreisärzte. Massgebend kann nur sein, ob die Zeugnisse als amtliche ausdrücklich verlangt und als solche mit Recht ertheilt worden sind. Bei der zur Zeit geltenden Auffassung entstehen aber in der That unhaltbare Zustände. Man betrachte doch nur einmal die Kehrseite der Medaille: Kann denn nun ein Kreisarzt gezwungen werden, ein Zeugniss mit seinem Amtscharakter zu decken, das nicht dann zugleich auch im Sinne der Pensionsbestimmungen ein „amtliches“ ist? Ich glaube sicher, dass unter den preussischen Richtern nicht viele zu finden sein werden, welche diese Frage in bejahendem Sinne beantworten würden.

Wir nicht vollbesoldeten Kreisärzte appelliren daher an den Herrn Medizinalminister; wir halten es für höchste Zeit, die Frage der Amtlichkeit kreisärztlicher Zeugnisse rückwärts zu revidiren, ne quid detrimenti res publica capiat. Dafür schlage ich folgende beiden Leitsätze vor:

1. Amtliche Zeugnisse der Kreisärzte sind solche, deren Gültigkeit von der Beifügung des kreisärztlichen Amtscharakters abhängig ist und zu deren Ausstellung der Kreisarzt verpflichtet ist.

2. Es ist die Frage zu prüfen, in welchen Fällen der Kreisarzt verpflichtet ist, auf Erfordern ein amtliches Zeugniss zu ertheilen

a) zum Gebrauche bei Staatsbehörden,

b) zum Gebrauche bei Gemeindebehörden,
c) zum Gebrauche bei Genossenschaften, Korporationen, Stiftungen und Vereinen,
d) zum Gebrauche bei Privatpersonen.

Bei Beantwortung dieser Fragen wird man nicht zu engherzig verfahren dürfen, wenn man das Wohl des Staates und der Gesellschaft im Auge behält. Die grosse Rolle, welche ärztliche Fragen im modernen Staats- und Gesellschaftsleben spielen, erheischen das Vorhandensein einer lokalen ärztlichen Vertrauensinstanz, an die Staats- und Kommunalbehörden, Genossenschaften und Vereine, ja selbst Private sich in zweifelhaften Fällen halten können. Diese Vertrauensinstanz kann nur der staatliche Vertrauensazt κατ' ἐξοχήν, kann nur der Kreisarzt sein. Was der Kreisarzt aber in Wahrung dieses Vertrauens, dieser fides publica, thut und schreibt, das ist und bleibt ein unmittelbarer Ausfluss allein seiner amtlichen Stellung. Man wird nicht umhin können, es bis zu einem gewissen Grade dem Taktgefühle des Kreisarztes zu überlassen, zu entscheiden, in welchen Fällen er das Gewicht seiner amtlichen Stellung bei Zeugnissen im Interesse des Hülfesuchenden mit in die Wagschale zu werfen für angezeigt hält. Soweit ihm aber die Ausstellung amtlicher Zeugnisse (im einheitlichen, nicht in dem künstlich konstruirten Doppelsinne, also solcher Zeugnisse, deren Gebührenertrag in die Gebührenverzeichnisse gehört) verboten ist, soll er sich strikte der Beifügung des Amtscharakters enthalten; er spart dadurch auch dem Publikum den etwaigen Stempelsteuerbetrag.

Der Staat wird bei der jetzigen Auffassung von der zweierlei Amtlichkeit kreisärztlicher Zeugnisse auch finanziell nur Nachtheile haben. Er wird nämlich ausser den gewiss nicht ganz unerheblichen Beträgen für die entsprechenden Zeugnisse der vollbesoldeten Kreisärzte auch noch die viel erheblicheren Stempelsteuerbeträge in Abgang zu setzen haben. Der Herr Finanzminister hat daher ebenfalls Ursache, der Frage sein Interesse zuzuwenden. Es wird sich um die Lösung des Rechenexempels handeln: „Wobei steht die Staatskasse sich besser, wenn sie für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte eine Kleinigkeit mehr an Pensionen zahlt oder wenn sie auf die oben kurz skizzirten Gefälle verzichtet?" Ich glaube, es ist nicht zweifelhaft, wo der Vortheil zu suchen ist.

Möchten diese Zeilen eine anderweitige, einheitliche und für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte günstigere Lösung der Gebührenfrage anbahnen! Die materiell gesicherten vollbesoldeten Kreisärzte können die Gebühren doch eher entbehren, als die nicht vollbesoldeten, bei welchen dieselben eine ausserordentliche Rolle spielen für die Alters- und Hinterbliebenenversorgung. Entscheidung thut noth; denn wenn der Kampf um die pensionsfähigen Gebühren in Permanenz erklärt werden sollte, dann wird viel Kraft, Zeit und Lust an nebensächlichen Fragen vergeudet werden, die den höheren Aufgaben unseres Amtes zu Gute kommen könnte.

Vielleicht entschliessen die Herren Minister sich kurz und

ersetzen Angesichts der Unerquicklichkeit der Lage Abs. 2 des §. 28 der Dienstanweisung für die Kreisärzte durch die Bestimmung: „Die nicht vollbesoldeten Kreisärzte erhalten dieselbe Pension, welche ihnen, ihrem Dienstalter und Wohnsitze entsprechend, als vollbesoldeten zustehen würde.“ Des Dankes aller Medizinalbeamten ohne Ausnahme wären sie gewiss. Und ob sich der Staat nicht auch materiell dabei besser stehen würde? Der ideelle Gewinn bei dem Tausch liegt auf der Hand.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Zur Frage der Verwerthbarkeit der Lungenschwimmprobe bei Keimgehalt der Uterushöhle. Von Prof. Dr. E. Ungar in Bonn. Zentralblatt für Gynäkologie; 1902, Nr. 27.

Auf Grund von zwei in der Klinik des Herrn Hofrath Schauta beobachteten Fällen und einen von Menge und Krönig mitgetheilten Fall haben Hitschmann und Lindenthal die Schlussfolgerung gezogen[1]), „dass in Lungen, welche nicht geathmet haben, durch anaërobe Bazillen Gas gebildet werden kann, dass somit der positive Ausfall der Lungenschwimmprobe weder bei frischen noch bei faulen Früchten zur Entscheidung der Frage beitragen kann, ob das Kind gelebt hat oder nicht, insofern die Wirksamkeit gasbildender Bakterien nicht auszuschliessen ist.“ Wenn dieser Satz berechtigt wäre, würde der Lungenschwimmprobe kaum noch irgend welche Bedeutung beizumessen sein. Auch würde alsdann die Bedeutung der Magen-Darmprobe, da auch bei ihr der gegen die Lungenschwimmprobe erhobene Einwand geltend gemacht werden könnte, eine erhebliche Einbusse erleiden. Ungar führt jedoch aus, dass die Untersuchungen der vorgenannten Autoren keineswegs für die gerichtliche Medizin die Bedeutung haben, welche ihnen die genannten Autoren beilegen. Zunächst sei nicht erwiesen, dass in den betreffenden Fällen die Lungen bezw. der Magen nur durch Ansiedlung von anaëroben Bazillen gashaltig geworden seien, da keineswegs ausgeschlossen sei, dass die Lungen durch Luftathmung in utero schwimmfähig geworden seien bezw. eine Aufnahme atmosphärischer Luft in utero in den Magen erfolgt sei. Ausserdem hätten die beiden Autoren bisher nicht den Nachweis erbracht, dass durch die Gasentwicklung anaërober Bazillen ein Druck hervorgebracht werden könne, der genüge, Lungen, die noch nicht entfaltet waren oder auch nur Theile derselben, soweit aufzublähen, dass sie schwimmfähig würden, wenn auch die Möglichkeit, dass die anaëroben Bazillen in Gemeinschaft mit Fäulnissbakterien gelegentlich einmal mit Gas erfüllte Hohlräume in den Lungen schaffen können, nicht ohne Weiteres geleugnet werden könne. Aber wenn man diese Möglichkeit zugeben und berücksichtigen würde, dass Lungen schwimmfähig werden können durch die Aspiration der von jenen Mikroorganismen in utero gebildeten Gase, würde die Lehre der Verwerthbarkeit der Lungenschwimmprobe keineswegs eine Einbusse erleiden; denn eine solche Möglichkeit liege niemals bei spontan und normal rasch verlaufenden Geburten, sondern nur dann vor, wenn durch instrumentelle oder manuelle Eingriffe Keime in die Gebärmutter verpflanzt werden. Mit der Möglichkeit, dass bei verzögerten Geburten, dass bei Geburten, bei denen ein innerer Eingriff, ja nur ein ausgiebiges Touchiren stattfand, die Lungenschwimmprobe die ihr sonst zukommende Beweiskraft nicht besitze, habe aber die gerichtliche Medizin schon lange gerechnet; auch auf die Möglichkeit, dass bei Tympania uteri Gase intra-uterin in den Magen aufgenommen werden könnten, ist bereits früher von Winter und dem Verfasser aufmerksam gemacht.

Die gerichtliche Medizin hat aber auch die Lehre aufgestellt, dass die Möglichkeit des Luftathmens in utero die Bedeutung der Lungenschwimmprobe für die gerichtsärztliche Praxis nicht vermindere, da es sich in der gerichtsärztlichen Praxis fast stets um heimliche und deshalb auch, mit seltenen Aus-

---

[1]) Archiv für Gynäkologie, Bd. LXVI, Heft 2 u. 3.

nahmen, schnell verlaufende Geburten und nicht um solche handle, bei denen jene Bedingungen vorlägen, die ein Luftathmen in utero ermöglichten. Dies gilt auch für die Magen-Darmprobe. Es ist deshalb nicht nothwendig, dass der Gezichtsarzt, wenn nicht die besonderen Umstände des Falles auf die Möglichkeit hinweisen, dass bei einer heimlichen Geburt ausnahmsweise die Bedingungen vorgelegen haben könnten, welche eine Luftaufnahme in utero ermöglichen, diese Möglichkeit in seinem Gutachten berücksichtigt. Ein Keimgehalt der Gebärmutter könne nur unter den gleichen Bedingungen erfolgen, wie die Aufnahme der atmosphärischen Luft; demzufolge erleide die praktische Verwerthbarkeit der Lungenschwimmprobe, wie auch die der Magen-Darmprobe durch den Keimgehalt der Uterushöhle keine Einbusse, selbst dann nicht, wenn, was noch nicht als erwiesen anzusehen sei, die Lungen bezw. der Magen durch die Ansiedlung der anaëroben Bazillen schwimmfähig werden können. Rpd.

Zur künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge; modifizirte Technik der Metreuryse und ihre Erfolge. Von Pape. Mittheilung aus der Universitäts Frauenklinik zu Giessen. Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie; Bd. VI, Heft 1.

Die vorliegende Arbeit liefert einen ausserordentlich werthvollen Beitrag zur Würdigung der künstlichen Frühgeburt und ihrer Erfolge und zeigt, wie durch Verbesserung der Methode, unter gleichzeitiger Beobachtung der geburtshülflichen Asepsis es gelingt, sowohl für Mutter als auch Kind günstige Resultate zu erzielen und die, von anderen Seiten vielfach angefochtene künstliche Frühgeburt, wie schon Löhlein in den gynäkologischen Tagesfragen früher hervorhob, auch weiterhin sehr zu Recht besteht. Seit 1897 wurde in der Giessener Frauenklinik zur Einleitung der Frühgeburt die Metreuryse verwendet, so das Verfasser über 49 nach dieser Methode behandelte Fälle berichten konnte. Die erste Gruppe umfasst 27 Fälle, bei welchem 28 Kinder zur Welt gebracht und davon 21 lebend geboren (= 75 %) und 15 = 53,5 % lebend entlassen wurden; die durchschnittliche Dauer der Geburt betrug 35,4 Stunden, von Beginn der Metreuryse nur 24 Stunden. Die zweite Gruppe betrifft 22 Fälle, in denen 23 Kinder zur Welt gebracht wurden, davon 21 lebend geboren = 91,3 % und 20 = 68,9 % lebend entlassen wurden, ein bisher nie erreichter Prozentsatz! Die durchschnittliche Dauer der Geburt betrug hier 20,3 Stunden, bezw. 17,3 Stunden. Die zweite Gruppe zeigt recht deutlich die Erfolge der verbesserten Technik der künstlichen Frühgeburt, welche im Wesentlichen bei Mehrgebärenden in Anwendung kam (nur 4 mal bei Erstgebärenden mit engem Becken mit einer vera i. D. von 6,7—7,5 cm). Die Zeit der Schwangerschaftsunterbrechung lag zwischen der 34. und 36. Woche; das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 2500 g. Vor der Metreuryse wurden prophylaktisch warmes Bad, warme Scheidenspülungen vorausgeschickt, nur in seltenen Fällen die Kolpeuryse. Zur Metreuryse bewährte sich der Braun'sche elastische Ballon in allen Fällen ausgezeichnet, jedoch mit der Modifikation, dass er anfänglich prall gefüllt und darauf ein Theil der Flüssigkeit abgelassen wurde, so dass eine Verschiebung der Eiblase ganz entsprechend dem physiologischen Hergang stattfand. Vor der Entlastung des Ballons, welche erst vorgenommen wurde, als alle 5 Minuten Wehen auftraten, wurde zweckmässig eine mässige Gewichtsextension angewandt. Die Vortheile dieses neuen Verfahrens waren unverkennbar: Nachahmung des physiologischen Wehenverlaufes, prompte Erweiterung des Cervix, Abkürzung des Geburtsverlaufes gegenüber dem alten Verfahren. Die Nachtheile, welche damit in Kauf genommen werden, bestehen zwar in Häufigkeit der Schief- und Querlage, doch waren die Umstände für Korrektur dieser Lageanomalien so günstig (in allen Fällen eine vollkommene Erweiterung des Cervix), dass sie nicht in Anrechnung zu bringen sind. In 23 Fällen konnte so die Wendung und nachfolgende Extraktion ohne wesentlichen Schaden rasch angeschlossen werden, so dass sogar 21 Kinder lebend geboren und 20 lebend entlassen (= 86,9 %) werden konnten. Aber auch das Schicksal der entlassenen Kinder gestaltete sich so günstig als möglich, so dass in der That hier entgegen Zweifel von wirklich günstigen Erfolgen der künstlichen Frühgeburt geredet werden darf. Nicht minder, ja sogar ganz

auffallend günstig war auch der Erfolg für die Mütter, welche den Gefahren des engen Beckens entzogen wurde und trotz der zahlreichen (4/5 der Fälle) Operationen in knapp 95% der Fälle ein fieberfreies Wochenbett durchmachten (bei 4,2% puerperaler Morbidität). Nach den vom Verfasser mitgetheilten Erfahrungen muss der Werth der künstlichen Frühgeburt ausserordentlich hochgeachtet werden, ganz besonders, als die neue Methode (Metreuryse) gegenüber den früher gebräuchlichen (besonders der Bougiebehandlung u. a.) den physiologischen Verlauf der Geburt am besten nachahmt, und in raschester Weise die genügende Erweiterung des Muttermundes bewirkt; zweckmässig ist es allerdings, der spontanen Geburt des Ballons die Extraktion der Frucht so bald als möglich anzuschliessen.

Referent, welcher mit dem Verfasser zusammen einige Fälle dieser Art in der Klinik beobachten konnte, kann die in der Arbeit niedergelegten Erfahrungen vollkommen bestätigen und auch seinerseits nach in der Praxis gemachten Beobachtungen, die vom Verfasser angegebene Modifikation dem Praktiker dringend empfehlen. Einzelheiten sind im Original nachzulesen.

Dr. Walther-Giessen.

Vorsätzliche Kindstödtung (Kindsmord) durch Erdrosselung mit der Nabelschnur; verschieden gedeutete Bedeutung ausgedehnter Blutergüsse am Kopf. Von Dr. Borntraeger, Reg.- und Med.-Rath in Danzig. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; Bd. XXIII., 2. Heft, S. 240.

Verfasser berichtet über einen Fall von Kindstödtung, in welchem die Obduzenten in ihrem vorläufigen Gutachten als Todesursache Blutergüsse auf die Schädeloberfläche angaben, obwohl weder die Kopfhaut, noch die Schädelknochen Spuren von Verletzungen zeigten. Diese Verletzungen sollten mit einem stumpfen Werkzeug beigebracht sein, wobei angenommen wurde, dass der Kopf mit einem Stück Zeug umwickelt war, um das Entstehen äusserer Verletzungen zu vermeiden! Es handelte sich offenbar, wie der Verfasser auch in dem von ihm eingeforderten Gutachten sehr richtig auseinandersetzt, um Blutergüsse, wie sie nicht selten als Folgen des Geburtsvorganges zu beobachten sind. Die Nabelschnur war zweimal um den Hals des Kindes geschlungen. Die Beschuldigte hat offen zugestanden, dass diese Umschlingung von ihr vorgenommen sei. Verfasser glaubt dies auch schliessen zu dürfen aus dem Leichenbefunde, insbesondere aus dem flüssigen Blut und dem subserösen Ecchymosen auf Lungen und Herz. Dies beweise, dass eine schnelle, plötzliche Erstickung stattgefunden haben muss. Wäre der Tod durch Hirndruck verursacht, so hätte diese Todesart nur zu einer langsamen Erstickung geführt. Dem Referenten ist nicht bekannt, dass in dem anatomischen Befunde zwischen schneller und langsamer Erstickung ein Unterschied besteht. Jede Erstickung ist bis zu einem gewissen Grade ein plötzliches Ereigniss, mag sie nun unvermittelt oder in einem bestimmten, eng begrenzten Zeitraum eintreten. Ebensowenig war es angängig, eine Erstickung durch gewaltsamen, d. h. durch fremde Einwirkung herbeigeführten Abschluss der Athmungswege anzunehmen. Hätte die Mutter nicht ein Geständniss abgelegt, so war m. E. die Möglichkeit einer spontanen Nabelschnurumschlingung nicht von der Hand zu weisen.

Dr. Ziemke-Halle.

Kindesmord oder Kindessturz. Von San.-Rath Dr. Kob in Stolp. Ibidem; Bd. XXIV., 1. Heft, S. 67.

Verfasser theilt zwei Obduktionsberichte nebst Gutachten aus seiner gerichtsärztlichen Praxis mit, in welchen die Frage, ob Kindesmord oder Kindessturz vorlag, zu entscheiden war. In beiden Fällen vertrat er eine andere Ansicht als der Mitobduzent bezw. der Vertreter des Medizinalkollegiums. Im ersten Falle nahm er als Todesursache den Tod durch Erfrieren an, wobei er einen wohl mehr als zulässigen Nachdruck auf die Blutüberfüllung der inneren Organe legt, im zweiten Fall sprach er sich mit Recht für Tod durch Erstickung aus. Diese wird wohl zweifellos aus dem Vorhandensein von schmutzigem Schaum in den Athmungswegen erwiesen.

Dr. Ziemke-Halle.

Experimentelle Herzverletzung und Hämatoperikard. Von Dr. Placzek-Berlin. Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen; III. F., XXIII. Bd., 2. Heft, S. 252.

Verfasser hat sich mit der experimentellen Erzeugung von Herzverletzungen und Hämatoperikard beschäftigt und glaubt aus seinen Versuchen folgende Schlussätze aufstellen zu können: Die experimentell erzeugte Rose'sche Herztamponade, d. h. die Ansammlung von Blut im Herzbeutel bewirkt niemals plötzlichen Eintritt des Todes. Der Tod erfolgt erst nach längerer Zeit und wird bewirkt durch den Einfluss des Nervus depressor auf das Vasomotorenzentrum, ferner durch Steigerung des Druckes im Herzbeutel und dementsprechende Erschwerung bezw. Hemmung der Herzdiastole. Wirken beide Momente zusammen, so scheint doch den stärksten Einfluss die räumliche Beengung der Herzdiastole auszuüben. Ist auch ein Analogieschluss vom Thier auf den Menschen nicht ohne Weiteres statthaft, so machen doch die Vorgänge bei der experimentellen Herztamponade, speziell das längere Ueberleben und die Möglichkeit zur Vornahme von Handlungen einen solchen wahrscheinlich. Placzek hält ein unkomplizirtes Hämatoperikard für ein äusserst seltenes Ereigniss und meint, dass bei spontaner Entstehung häufiger Blut in die Bauch- und Brusthöhle austritt. Weswegen, wird nicht gesagt und ist auch nicht recht verständlich. Dr. Ziemke-Halle.

Zur Kenntniss der Herzbeuteltamponade. Von Landgerichtsarzt Dr. Max Richter-Wien. Ibidem; Bd. XXIV., 1. Heft, S. 108.

Richter wendet sich mit scharfer Kritik gegen die Placzek'sche Arbeit. Zunächst ist es falsch, wenn Placzek das unkomplizirke Hämatoperikard für ein seltenes Vorkommniss hält. Im Wiener Institut wurden in den ersten 5 Monaten des Jahres unter 376 sanitätspolizeilichen Obduktionen 10 Fälle von Hämatoperikard in Folge von Herzwand oder Aortenruptur beobachtet, sämmtlich bei unversehrtem Herzbeutel. Ebensowenig ist es strittig, ob bei Austritt von Blut in den unversehrten Herzbeutel der Tod durch Verblutung oder Herztamponade erfolgt. Zn einer Verblutung genügen die 300 bis 600 ccm Blut, welche in den Herzbeutel austreten, nicht. Während nach Placzek's Versuchen anzunehmen ist, dass die unkomplizirte Herzbeuteltamponade durch längere Zeit überlebt wird, die Möglichkeit zur Vornahme von Handlungen also noch vorhanden ist, lehrt die Erfahrung, dass gerade in solchen Fällen der Tod rasch eintritt und von einer Handlungsfähigkeit nicht die Rede sein kann. Dr. Ziemke-Halle.

Experimentell gesetzte Verletzungen des Magens medullären Ursprungs. Von Raphael Dubois. C. R. soc. biol.; 1902, S. 935.

Verfasser durchtrennte bei Kaninchen im Niveau des 4. Halswirbels das Rückenmark. Durch geeignete Pflege gelang es ihm 2 dieser Thiere 12 Tage hindurch am Leben zu erhalten.

Die Autopsie ergab nach dem Tode der Thiere in der Magenschleimhaut oberflächliche Blutergüsse. Die Magenschleimhaut hat nach Durchschneiden des Halsmarkes ihre Widerstandsfähigkeit dem Magensaft gegenüber eingebüsst; es bilden sich Zirkulationsstörungen, dann Blutungen aus schliesslich entsteht ein Substanzverlust, ein Geschwür.

Brown-Séquard hat bereits nach Stichverletzungen des Rückenmarkes Blutungen in verschiedenen Organen beobachtet.

Bei Murmelthieren, denen er in der Cervikalregion das Rückenmark durchschnitten hatte, hat Verfasser noch deutlichere Veränderungen am Magen beobachtet, als bei Kaninchen. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber Gewöhnung an Morphin. Experimentelle Studien. Von Mavrojannis. C. R. Soc. biol.; 1902, S. 930.

Eine Dosis von 0,45 cgr Morphin ist für Kaninchen unbedingt tödtlich Um nun die Thiere an immer höhere Dosen zu gewöhnen, injizirte der Verfasser von Tag zu Tag steigende Dosen, mit kleinsten Gaben beginnend. Die Thiere magern indesssen ab, werden immer empfindlicher gegen das Gift und erliegen manchmal kleineren Dosen, als sie Tags vorher erhalten hatten. Auch infektiöse Zufälle (wohl Eiterungen? Ref.) treten ein.

Prof. Kalikounis machte den Verfasser darauf aufmerksam, dass Thiere nach Blutentziehungen toxische Morphindosen besser vertragen können. Verfasser injizirte daher nach vorheriger Entziehung von 5—6 ccm Blut eine der letalen Dose möglichst nahekommende Menge Morphin. Nach einigen Tagen vertrugen die Thiere, ohne merkliche Störungen zu zeigen, eine Subkutaninjektion von 0,55 bis 0,60 cgr. Morph. hydrochlor, die ihnen in zwei Absätzen binnen 20 Minuten beigebracht wurde.

Diese Thiere lieferten nun ein Serum von hoher antitoxischer Wirkung. Der Autor liess sie 24 Stunden nach der letzten Injektion sich verbluten und spritzte vom Serum, das er so gewonnen hatte, anderen Kaninchen ein. Während nicht vorbehandelte Kaninchen in 2—3 Stunden auf Einspritzung von 0,45 bis 0,5 cgr Morphin in 2 Absätzen sicher starben, vertrugen Thiere, die tags vorher 6—8 ccm Serum erhalten hatten, die letale Dose vollkommen.

Auch das wässerige Extrakt des Gehirns der morphinirten Thiere per os eingeführt, ist im Stande, Kaninchen gegen die letale Dose zu schützen.

Serum und Gehirnextrakt der morphinisirten Thiere besitzen demnach, wenn auch schwache, so doch deutliche antitoxische Eigenschaften. Dieselben sind allerdings vorbergehend und überdauern einen Zeitraum von 10 Tagen nicht.

Dr. Mayer-Simmern.

Experimentelles zur Lehre von der Kohlenoxydvergiftung. Von Prof. Dr. L. Wachholz und Dr. J. Lemberger in Krakau. Vinrteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen; Bd. XXIII., 2. H., S. 223.

Die Verfasser haben zwei für die gerichtsärztliche Praxis wichtige Fragen zum Gegenstand ihrer Untersuchungen gemacht.

Wie lange lässt sich im Blute von in Kohlendunst Erstickten CO nachweisen? In defibrinirtem Thierblut, welches mit reinem CO gesättigt worden war, liess sich noch nach 2 Monaten CO spektroskopisch nachweisen. Nach 2 1/2 Monaten war in dem bei höherer Temperatur angetrockneten Blut kein CO mehr nachweisbar, in dem der Fäulniss überlassenen und in dem bei Zimmertemperatur getrockneten Blut hingegen fehlte solches erst nach 5 1/2 Monaten. Für Leichenblut von in Kohlendunst erstickten Menschen gestalteten sich diese Fristen kürzer, was dadurch erklärlich ist, dass der Tod bei der CO vergiftung vor der Sättigung des Blutes mit CO eintritt. Hier wurde nach Ablauf von 2 Monaten kein CO mehr im Blut gefunden. In faulenden und mumifizirten Thierleichen wurde noch längere Zeit nach der Tödtung der Thiere durch reines CO (noch nach 1 Monat) CO spektroskopisch festgestellt.

Vermag CO in menschliche Leichen durch unversehrte Körperdecken zu diffundiren? In der Haut und später auch im Herzblut von Leichen todtgeborener Kinder, welche in mit CO gefüllten Glasgefässen aufbewahrt wurden, liess sich das CO-Hb-Spektrum nachweisen. Dr. Ziemke-Halle.

Selbstmord durch Kohlenoxydvergiftung. Von Prof. Dr. L. Wachholz in Krakau. Ibidem; Bd. XXIII., 2. Heft, S. 231.

Bei einem Menschen, welcher einen Selbstmordversuch durch CO-Vergiftung 7 Tage überlebte, gelang es Verfasser, noch CO im Blute bei der Obduktion nachzuweisen, zwar nicht mit dem Spektroskop, aber mit der Wachholz-Sieradzki'schen Tanninprobe. Der Vergiftete ging unter dem Bilde der langsam fortschreitenden Lähmung zu Grunde. Im Gehirn fanden sich keine Veränderungen, weswegen an einen medullären Ursprung der Lähmung zu denken ist. Dr. Ziemke-Halle

---

Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Benagung der Leichen durch Insekten. Von Dr. St. v. Horoszkiewicz in Krakau. Ibidem; Bd. XXIII., 2. Heft, S. 235.

Verfasser sezirte eine Kinderleiche mit zahlreichen nicht blutunterlaufenen Oberhautabschürfungen, welche nach ihrer Lage wohl den Verdacht eines gewaltsamen Todes und eines Nothzuchtversuches erregen konnten. Die Anamnese ergab, dass sie durch Küchenschaben verursacht waren, was sich auch durch das Experiment nachweisen liess. Dr. Ziemke-Halle.

Beitrag zur Würdigung der forensischen Leberzuckeruntersuchung. Von Dr. L. Strohe in Berlin. Ibidem; Bd. XXIV., 1. H., S. 97.

Lacassagne und Martin glaubten aus dem Zuckergehalt der Leber auf einen plötzlichen oder gewaltsamen Tod, aus dem Fehlen von Zucker in der Leber auf einen langsamen Tod in Folge Krankheit oder auf lange Agonie schliessen zu dürfen. Wie Modica für Erwachsene, so hat Verfasser für Kinder die Unrichtigkeit dieser Annahme nachgewiesen. Zwar fand er in 54 % der untersuchten Fälle die Angaben der französischen Autoren bestätigt, 50 % wiedersprachen denselben aber direkt, da neben hohem Zuckergehalt auch hoher Glykogengehalt nachzuweisen war. Dr. Ziemke-Halle.

Fixirung von Blutpräparaten durch Chloroform. Von O. Josué. Comptes rendus soc. biol.; Bd. 53, S. 642.

Der Verfasser empfiehlt Chloroform als ausgezeichnetes Fixirungsmittel für Blutpräparate. Die zelligen Elemente des Blutes lassen sich nach Behandlung des Präparates mit diesem Reagens mit Ehrlich's Triacidlösung, Eosin-Orange-Haematin, Thionin vollständig und leicht darstellen.

Das Blut wird auf dem Objektträger ausgebreitet, durch Schütteln an der Luft rasch getrocknet; der Objektträger wird auf 2 Minuten in ein Gefäss mit Chloroform gebracht, herausgezogen, dann an der Luft getrocknet. Vor Einwirkung des Färbemittels darf nicht mit Wasser abgespült werden.

Dr. Mayer-Simmern.

Wirkung des Harns auf Haemoglobin. Von Jean Camus und Pagniez. Comptes rendus de la soc. de biol.; 1902, S. 458.

Die Verfasser bedienten sich bei ihren Versuchen folgender Methode:

Sie setzten destillirtes Wasser zu einer Oxyhämoglobinlösung zu und machten diese lackfarben. Einige Tropfen dieser Lösung wurden zu einer kleinen Menge Harn zugesetzt. Es trat leichte Rosafärbung auf; ferner zeigten sich die charakteristischen spektroskopischen Streifen.

Liess man nun die Lösung $^1/_2$—1 Stunde im Wärmeschrank, so verschwand in einem Theil der Fälle die Rosafärbung; es trat gelbliche Färbung der Mischung ein. Die Streifen waren schwach oder ganz verschwunden.

Die Säure des Harns wirkt demnach globulizid und ist von Einfluss bei der Umbildung des Hämoglobins nach seinem Austritt aus den rohen Blutkörperchen.

Die gewonnenen Thatsachen sind auch klinisch von Bedeutung. An zwei Kranken des Hospitals Tenon fand sich in gewissen Perioden eine reine Hämaturie, später eine Hämoglobinurie; schliesslich verschwanden auch das Hämoglobin des Urins, die Rosafärbung, die charakteristischen Streifen im Spektrum. Aehnliche globulizide Wirkung des Urins in vitro fand sich in einem anderen Falle. Wäre der Urin ausschliesslich zwei Stunden nach der Entleerung aus dem Körper untersucht worden, so wären Nierenblutung und Haemoglobinurie unbemerkt vorübergegangen.

(Die Lehre von der Haemoglobinurie ist jetzt auch aus dem Grunde von aktuellerem Interesse, weil Einathmung der Verbrennungsprodukte eines Gasofens, der zur Warmwasserheizung diente, nach länger dauernden Operationen im aseptischen Operationsraume im Falle Stempel-Breslau 2 akut unter Schüttelfrost einsetzende Anfälle von Haemoglobinurie auslösten).

Dr. Mayer-Simmern.

Zur Frage der Technik bei der Untersuchung von Blut und Samenflecken in gerichtlich-medizinischen Fällen. Von Dr. Grigorjew, Vorstand des gerichtl.-mediz. Instituts der Universität in Warschau. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen; Bd. XXIV., 1. Heft, S. 82.

In der vorliegenden Arbeit werden neben schon bekannten einige neue Methoden bei der Untersuchung von Blut und von Sperma mitgetheilt. Zunächst wird zur Darstellung der Formelemente des Blutes ein neues Reagens aus Aetzkali, Seignettesalz und Wasser empfohlen, welches den Vorzug haben soll, das Hämoglobin gut zu fixiren, die Form und Grösse der Blutkörperchen wenig zu verändern und die Blutkörperchen besser zu isoliren. Für den mikrospektroskopischen Blutnachweis sucht Verfasser die Umwandlung des Blutfarbstoffes in

Hämochromogen zu verwerthen und meint, dass diese Methode die von mir ausgegebene, welche auf der Ueberführung in alkalisches Hämatoporphyrin beruht, an Brauchbarkeit und Einfachheit übertreffe. Das ist aus dem Grunde nicht richtig, weil die Hämatoporphyrin-Methode sich bequem in $^1/_4$ Stunde ausführen lässt, und weil sie ferner noch in allen Fällen, d. h. unbeschränkt anzuwenden ist, auch wenn eine Extraktion des Blutfarbstoffes durch Aeztkali, wie sie für des Verfassers Methode Voraussetzung ist, nicht mehr möglich ist. Bei dem biologischen Blutnachweis erreicht Verfasser eine Konservirung des spezifischen Serums durch Austrocknen auf Glasplatten, ein Verfahren, das er auch zur Aufbewahrung des zur Vorbehandlung dienenden Blutes anwendet. Zur Auffindung der Spermatozoën in Samenflecken bedient er sich der konzentrirten Schwefelsäure, welche er auf ein ausgeschnittenes Gewebspartikelchen einwirken lässt. Die organische Substanz wird dann zerstört, die Spermatozoën bleiben erhalten. Dr. Ziemke-Halle.

Aus der gerichtsärztlichen Praxis; Todtschlag, verübt im Zustande der Trunkenheit. Von Dr. Axel Wilhelmi, Kreisphysikus und San.-Rath in Schwerin. Ibidem; Bd. XXIV., 1. Heft, S. 47.

Das vom Verfasser mitgetheilte Gutachten behandelt einen Todtschlag, der in der Trunkenheit verübt wurde, und äusserst sich über die richterlich gestellten Fragen, wodurch der Tod des Erschlagenen verursacht wurde, und ob der Angeschuldigte zur Zeit der That in einem, seine Zurechnungsfähigkeit ausschliessenden Zustande der Betrunkenheit sich befand. In äusserst scharfsinniger Weise wird vom Gutachter die wahrscheinliche Entstehung der Kopfverletzungen erklärt, eine Erklärung, deren Richtigkeit später durch das Geständniss des Thäters erwiesen wurde. Das der Angeschuldigte bis zur Bewusstlosigkeit angetrunken war, wird verneint, jedoch zu seinen Gunsten ausgeführt, dass er diejenige volle Freiheit der Willensbestimmung, über welche er im nüchternen Zustand verfügt, in Folge des starken Alkoholgenusses doch nicht mehr hatte. Der Thäter gab später zu, er habe bis dahin in dem Gedanken geleugnet, dass es mit dem Geständniss ja immer noch Zeit bis zur etwaigen Hauptverhandlung habe. Der Gutachter hat den Angeschuldigten nicht persönlich untersucht, sondern lediglich auf Grund der Akten sein Gutachten abgegeben. Referent hält dies für bedenklich und glaubt, dass es in solchen Fällen, in denen aus äusseren Gründen eine persönliche Untersuchung des zu Untersuchenden nicht möglich ist, man besser thut, die Geisteszustanduntersuchung prinzipiell abzulehnen. Es sind s. E. doch in dem Mitgetheilten eine Reihe Momente, welche auf einen geistig nicht völlig normalen Menschen hindeuten, so der Kontrast der brutalen That mit dem sonstigen Verhalten des Thäters, seine Intoleranz gegen Alkohol, das Gleichartige der That mit einer früher begangenen (Heugabel, Dungforke) u. a. Gegen diese Annahme braucht selbstverständlich auch das abgelegte Geständniss nicht zu sprechen. Dr. Ziemke-Halle.

Die durch Kopfverletzungen entstandenen Geistesstörungen. Von Dr. Troeger. Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitäts-Polizei; 1902, H. 1.

Zangengeburt giebt in 2,9 % und Kopftraumen, während oder kurz nach der Geburt, in 6,99 % der Fälle Anlass zu späterer psychischer Erkrankung.

Die pathologisch-anatomischen Befunde hierbei haben nichts charakteristisches. Sie sind im Wesentlichen dieselben, die man nach jeder Hirnquetschung erheben kann. Sie sind vor allen Dingen von der Zeit abhängig, die zwischen Trauma und Sektion liegt.

Die psychischen Störungen bestehen so gut wie ausnahmslos in einer Verminderung der Intelligenz. Es werden alle Uebergänge von einer einfachen Schwächung des Verstandes bis zu völligem Blödsinn beobachtet.

Die klinische Diagnose, zu der man per exclusionem der übrigen ätiologischen Momente gelangt, wird für gewöhnlich Idiotie lauten. Ist in einem speziellen Falle der Sitz der Erkrankung, in einem Hirndefekt bestehend, aus körperlichen Erscheinungen mit Sicherheit zu lokalisiren, so kann die Diagnose auch Poreucephalie mit Intelligenzstörung lauten.

Die Prognose ist eine absolut schlechte und die Therapie fällt mit der allgemeinen Therapie bei Verminderung der Intelligenz zusammen.

Die Angaben über das prozentuale Verhältniss der Geistesstörungen und Kopfverletzungen, die erst mehrere Jahre nach der Geburt, im Allgemeinen den ausgebildeten Kopf trafen, unterliegen ziemlich grossen Schwankungen (1—43 %). Diese Schwankungen hängen von der persönlichen Auffassung der Beobachter ab. Man ist jedenfalls berechtigt zu sagen, dass Geistesstörung nur selten nach Kopfverletzung eintritt.

Art und Ort des Traumas lassen keinen Schluss zu, ob überhaupt eine Psychose, noch viel weniger, welche klinische Form zum Ausbruch kommt. Die schweren Kopfverletzungen, zumal solche mit Betheiligung des Stirnhirns scheinen zu Psychosen häufiger Anlass zu geben, als die leichten Kopfverletzungen.

Die pathologisch-anatomischen Befunde haben im Allgemeinen keine charakteristischen Merkmale für Psychosen nach Kopfverletzung; es werden vielmehr meist nur solche Befunde erhoben, wie sie nach Verletzungen üblich sind, je nachdem das Hirn und seine Häute bezüglich der Knochen in mehr oder minder grosser Ausdehnung an der Verletzung betheiligt war. Es scheint jedoch, dass bei reiner Gehirnerschütterung den kapillaren Blutungen in die Hirnsubstanz eine charakteristische Bedeutung für Kopftrauma zukommt. Kleine winzige Narben an der Basis des Stirnhirns sollen so gut wie mit Sicherheit, solche an den Spitzen des Schläfenlappens, sowie an den Hinterhautslappen mit grosser Wahrscheinlichkeit auf eine traumatische Entstehung hinweisen. Auch Defekte der äusseren Rindenschicht in Gestalt von Einziehungen und Grübchen sollen fast stets den Schluss auf ein Kopftrauma zulassen. Finden sich in den Narben oder Defekten Blutreste, so gewinnt die Wahrscheinlichkeit des traumatischen Ursprungs noch. Eine dritte charakteristische Folge von Gehirnerschütterung scheint eine Veränderung der kleinen und kleinsten Gefässe zu sein, die in Verdickung, Lymphzelleninfiltration, Kernwucherung und hyaliner Degeneration der Gefässwände besteht. Den gefundenen Veränderungen an den Nervenzellen, mögen dieselben sein, welche sie wollen, ist zur Zeit keine Bedeutung beizumessen.

An jede Kopfverletzung kann sich jede klinische Form der bekannten Geistesstörungen anschliessen. Das traumatische Irresein bildet zur Zeit noch kein klinisch scharf abgegrenztes Krankheitsbild. Es giebt jedoch einige Symptome, welche bei dem traumatischen Irresein sehr häufig zur Beobachtung kommen; diesen ist entschieden bei der Diagnose eine Bedeutung beizumessen. Dieselben bestehen in allerhand Sensationen im Kopfe, wie Schmerz, Druck, Kribbeln etc., in Schwindel, Bewusstlosigkeit, grosser Reizbarkeit und Nervosität, in Wuthanfällen (explosive Diathese Kaplans), Intoleranz gegen Alkohol und Tabak. Es besteht grosse Vergesslichkeit, die Denkfähigkeit hat gelitten; es besteht Unvermögen, Eindrücke festzuhalten; die Patienten brüten am liebsten dumpf vor sich hin (Köppen), bücken sie sich, so schiesst ihnen dass Blut in den Kopf, die Arbeitsfähigkeit ist ihnen genommen. Tritt in dem Symptomenkomplex noch eine grosse Abwechselung hervor, so ist sie geeignet, die Diagnose stark an Wahrscheinlichkeit gewinnen zu lassen.

Die Psychosen, die sich unmittelbar an ein meist schweres Kopftrauma anschliessen, bilden häufig das klinische Bild des Typus Wille, d. h. die Patienten gelangen nach der schweren Kopfverletzung für kurze Zeit, nachdem Bewusstlosigkeit bestanden hatte, wieder zum Bewusstsein, um dann abermals in Somnolenz zu versinken. Die jetzt einsetzende Psychose besteht in enormer Aufregung, die jedoch meist in Heilung, ohne grösseren Intelligenzdefekt, ausgeht. Die übrigen psychischen Anomalien bei dem primär traumatischen Irresein sind sehr zahlreich und wechselvoll, doch ist ihnen ein schwachsinniger Zug und periodisches Auftreten eigenthümlich. Der Ausgang ist hier gewöhnlich Blödsinn.

Das Stadium prodromorum bei den sekundär traumatischen Psychosen besteht in allgemeinem Krankheitsgefühl, in Mangel an Widerstand gegen alle körperlichen und seelichen Einflüsse und in Charakterveränderungen nach der schlechten Seite hin. Die psychischen Anomalien der eingetretenen Psychose selbst bieten ein ungemein wechselndes Bild. Die Intelligenz ist meist stark herabgesetzt und der schliessliche Ausgang ist häufig Blödsinn.

Progressive Paralyse kann in seltenen Fällen durch Kopfverletzung ausgelöst werden. Für gewöhnlich kommen jedoch Demenzen zur Beobachtung die sich von der progressiven Paralyse trennen lassen, die jedoch mit Paralysen

im Anfangsstadium oder mit undeutlichen Symptomen leicht verwechselt werden können.

Der ursächliche Zusammenhang zwischen einer Psychose und einem Kopftrauma ist als erwiesen anzusehen bei dem primär traumatischen Irresein und den Reflexpsychosen, sowie bei dem sekundär traumatischen Irresein, wenn eine ununterbrochene Kette von Prodromen zu der Psychose führt. Es ist auch in den Fällen als erwiesen anzusehen, in denen die Sektion die Kopfverletzung bestätigt und die Symptome intra vitam nicht dagegen sprechen. In seltenen Fällen wird erst nachträglich durch die Sektion die Diagnose gestellt werden können, bezw. in traumatisches Irresein geändert werden müssen. In allen anderen Fällen muss der Nachweis durch psychische Anomalien post trauma unter Ausschluss der anderen ätiologischen Momente gefordert werden.

Die Prognose des primär traumatischen Irreseins und der Reflexpsychosen ist eine relativ günstige zu nennen. Die sekundär traumatischen Psychosen haben durchweg eine schlechte Prognose. Die Prognosen bei den Psychosen, die mehr den psychischen Shock wie der Verletzung selbst zuzuschreiben waren, muss vorsichtig gestellt werden, da es sich fast stets um psychopathische Individuen handelt. Nach Köppen ist bei allen traumatischen Psychosen die Prognose in dubio zu lassen, da noch nach Jahren plötzlich der Tod eintreten kann, obwohl anscheinend eine Ausheilung erfolgt war.

Die Therapie des traumatischen Irreseins ist eine chirurgische, insoweit die Möglichkeit vorhanden ist, durch Operation die gesetzten Veränderungen, die den Anomalien der Psyche zu Grunde liegen, zu beseitigen. Die Therapie in den Fällen, in denen dies aus irgend einen Grunde nicht angängig ist, fällt mit der sonstigen Therapie der Geisteskrankheiten zusammen.

Die psychischen Störungen bei Epilepsie, Hysterie und Neurasthenie, welche ihrerseits auf ein Kopftrauma zurückzuführen sind, unterscheiden sich in Nichts von den Geistesstörungen bei diesen Neurosen, wenn sie eine andere ätiologische Basis haben. Die Prognose hängt zum Theil davon ab, ob durch einen chirurgischen Eingriff eine Beseitigung der Ursache möglich ist. Aber selbst dann ist sie bei Hysterie und Neurasthenie noch vorsichtig zu stellen, da es sich meist um psychopathische Menschen handelt. Nach Schär kann durch ein rechtzeitiges aktives Vorgehen der Ausbruch der Epilepsie verhindert werden.

Auch die Geistesstörungen bei traumatischen Hirntumoren haben nichts charakteristisches für Trauma, und treten den Herdsymptomen gegenüber stark in den Hintergrund. Die Prognose und die Therapie ist, abgesehen von den luetischen Tumoren, dieselbe, wie bei den nicht traumatischen Tumoren.

Die Psychosen nach Augenverletzungen, die ausserordentlich selten sind, haben einen proteusartigen Wechsel der Erscheinungen, jedoch nichts charakteristisches. Die Prognose ist eine gute und die Therapie je nach der Ursache eine lokale an den Augen oder eine allgemeine.

Dr. Rump-Recklinghausen.

Kann ein Arzt die Behandlung eines Kranken ablehnen? The medico legal journal; XIX, S. 369.

Ein Arzt war zu einem Schwerkranken gerufen worden. Er weigerte sich hinzugehen; der Kranke starb. Ein anderer Arzt hatte rechtzeitig nicht erreicht werden können.

Der Gerichtshof (Supreme Court of Indiana) nahm zu Gunsten des Arztes an, dass er für seine Weigerung, dem Rufe zu entsprechen, nicht haftbar sei, sogar wenn er nur der einzige überhaupt erreichbare Arzt gewesen sein sollte. „Wenn der Arzt vom Staate die Befugniss erhält, die Heilkunde praktisch auszuüben, so verlangt weder der Staat, noch verpflichtet die Approbation dazu, dass er die Praxis überhaupt oder unter irgend welchen anderen Bedingungen ausübe, als seinem eigenen freien Willen entspricht.“

Der Herausgeber des medico legal journal hält diese richterliche Entscheidung für durchaus korrekt und vergleicht den Arzt mit einem Rechtsanwalt, der gegen seinen Willen auch nicht dazu gezwungen werden könne, einen Rechtsfall zu übernehmen.

Dr. Mayer-Simmern.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Ueber Pest. Von Prof. Dr. Kolle und Dr. Martini. Deutsche mediz. Wochenschrift; 1902, Nr. 1—4.

Die Arbeit der Verfasser bildet gewissermassen die Fortsetzung des Berichts über die Thätigkeit der Peststation am Institut für Infektionskrankheiten, der von Kolle bereits im 38. Band der Zeitschrift für Infektionskrankheiten veröffentlicht worden ist. In der vorliegenden Abhandlung werden wir bei dem aktuellen Interesse, das die Pest augenblicklich bietet, mit verschiedenen, wesentlich neuen Gesichtspunkten bekannt, so dass es sich wohl verlohnt, die Arbeit etwas eingehender zu betrachten. Wir können dieselbe in zwei Theile zerlegen, von denen der eine vorzugsweise die Diagnose der Pest, der andere die Epidemiologie und Prophylaxis der Seuche behandelt.

Ausgehend von der von Weichselbaum, Albrecht und Ghon zuerst beschriebenen Methode der kutanen Impfung beim Meerschweinchen, welche als eine der werthvollsten Fortschritte in der diagnostischen Verwendung des Thierexperimentes bei der Pest angesehen werden kann, benutzten die Verfasser diese Methede zugleich zur Prüfung der Virulenz der verschiedenen Pestkulturen. Und in der That war es ihnen auf diese Weise möglich, ganz genaue Virulenzabstufungen wahrzunehmen, wie dies bei keiner anderen Thierart möglich war. Namentlich eignen sich Mäuse absolut nicht zur Prüfung der Virulenz der verschiedenen Kulturen, da sie sehr ungleich für die Pest empfänglich sind.

Höchst virulente Kulturen erzielten die Verfasser durch fortgesetzte Passagen der Pestbakterien aus pestpneumonischen Herden bei Ratten in Folge von Inhalation aus dem von Martini beschriebenen Inhalationsapparat. Durch diese Passage durch die Lungen wird die Kultur so virulent, dass sie Ratten nach Eindringen meist kleinster Mengen in die Nase, auf die Augenbindehaut und unter die Haut in 24, höchstens 36 Stunden tödtet. Kulturen, welche diese der frisch aus dem Menschen gezüchteten gleichkommende Virulenz nicht besitzen, können nicht als vollvirulent gelten. Durch eine derartige Verimpfung des Lungensaftes, selbst in stärkster Verdünnung, gelang es stets, eine konstante Virulenz der Pestkeime hervorzurufen.

Von epidemiologischer Bedeutung bezüglich des Zusammenhangs zwischen Ratten- und Menschenpest ist die Wahrnehmung der Verfasser, dass nicht selten bei den Ratten eine chronische Form der Pest gefunden wird, die sich darstellt als oft winzige abgekapselte Herde in den Submaxillardrüsen mit verkästem Inhalt oder als verkäste Bronchialdrüsen oder kleine induzirte Herde in den Lungen. Durch Züchtung gelingt es dann, aus den Organen wieder infektiöse Pestkeime nachzuweisen. Diese Thatsache zeigt, wie schwierig unter Umständen es sein kann, den Zusammenhang zwischen menschlicher und Rattenpest oft zu verfolgen.

Zur Pestdiagnose ist die kutane Impfung beim Meerschweinchen entschieden von grösster Bedeutung, indem auf der rasirten Bauchhaut dieser Thiere die Pestkeime gewissermassen angereichert und in Reinkultur geliefert werden. Wegen der grossen Verantwortung, welche die Pestdiagnose besonders bei den ersten auftretenden Fällen bietet, ist in dankenswerther Weise von den Verfassern ein besonderer Gang der Untersuchung ausgearbeitet worden, der in Kürze folgende Massnahmen umfasst: zunächst direkte mikroskopische Untersuchung des Buboneninhalts, Züchtung auf Agar oder in Bouillon, Einträufeln des Pesteiters oder von Blut in die Augenbindehaut mehrerer Ratten, Einreiben von verdächtigem Material: Eiter, Sputum, Drüsengewebe, Schmutzabfälle auf die rasirte Bauchhaut von einer grösseren Anzahl von Meerschweinchen.

Bei objektiver Beurtheilung kann man weder bei dem Yersin'schen, noch bei dem Lustig'schen Pestserum von positiven Erfolgen nach Anwendung beim pestkranken Menschen sprechen. Unter diesen Umständen verdient gerade die Prüfung des Pestserums an Thieren zu dessen Beurtheilung eine um so grössere Bedeutung. Von den Versuchsthieren kommen natürlich in erster Linie die Ratten in Betracht, da die Krankheit unter diesen Nagethieren sich ebenso epizootisch verbreitet, wie unter den Menschen. Die im Institute Pasteur in Paris übliche Prüfung an Mäusen halten die Verfasser nicht für ausschlag-

gebend. Hier wird die Serumprüfung in der Weise vorgenommen, dass den Mäusen mit einer dünnen Hohlnadel, welche in eine verdünnte Aufschwemmung von Pestbakterien vorher eingetaucht worden ist, ein Stich an der Schwanzwurzel beigebracht wird, nachdem ihnen 24 Stunden vorher Serum injizirt worden war. Es ist dies also eine Schutzstoffprüfung. Nach den Versuchen von Kolle und Martini lässt nun aber das Pestserum bei sämmtlichen Thierarten im Stich, wenn ihnen dasselbe später als 24 Stunden nach der Infektion selbst mit wenig virulenten Kulturen injizirt wurde, oder wenn die Thiere schon Krankheitssymptome zeigten. Eine lebensverlängende Wirkung des Serum ist nicht zu verkennen, jedoch wäre es falsch, aus diesen Versuchen einen Schluss zu ziehen auf die Wirkung des Serums beim Menschen, da gerade die direkt vom Menschen stammenden Pestkeime sich sehr virulent erweisen. Diejenigen Thiere, denen das Serum gleichzeitig oder wenige Stunden nach der intraperitonealen Infektion mit einigermassen virulenten Kulturen eingespritzt wurde, sind ausnahmslos gestorben. Eine gewisse Beeinflussung des Krankheitsverlaufes zeigt sich übrigens bei Ratten, denen einerseits unter die Haut oder in die Augenbindehaut Pestkeime, und anderseits Serum in grösseren Mengen in die Bauchhöhle gebracht worden war, und zwar ist diese Einwirkung um so stärker, je weniger virulent die Kultur ist; jedoch müssen wir diese Wirkung des Serums weniger als eine spezifische Heilwirkung, als vielmehr als eine Schutzwirkung der noch nicht infizirten Gewebe ansehen.

Die Schutzwirkung, welche das Pestserum verleiht, ist aber nur von relativ kurzer Dauer und werden auch nicht alle Thiere gleichmässig gegen die Infektion geschützt. Wenn daher auch dem Pestserum die spezifische Heilwirkung abgeht, so ist nicht zu leugnen, dass es spezifische Stoffe enthält, welche in analoger Weise wie im Pfeiffer'schen Choleraversuch bakteriolytische Wirkung im Thierkörper ausüben. Man sieht nämlich, wenn man Ratten oder Meerschweinchen 1—2 ccm Pestserum subkutan und 24 Stunden später 2—3 Oesen Pestkultur in die Bauchhöhle spritzt, nach 3—4 Stunden im hängenden Tropfen vom Peritonealexsudat eine deutliche Auflösung der Pestkulturen. In gleicher Weise lassen sich übrigens diese bakteriologischen Stoffe bei mehr aktiv immunisirten Thieren zur Darstellung bringen. Es geht daraus hervor, dass dem Pestserum bakterizide Eigenschaften innewohnen, ähnlich wie dem Cholera-, Typhus- oder Pyocyaneus-Serum; stärkere antitoxische Eigenschaften scheint es jedoch nicht zu besitzen.

Zu Agglutinationsversuchen eignet sich besser wie das flüssige Serum das getrocknete Präparat des Instituts Pasteur. Die Wirkung ist eine absolut spezifische: das Pestserum agglutinirt nur die echten Pestkeime im Verhältniss von 1 : 1000 bis 1 : 6000 je nach dem Grade der Virulenz, nicht aber die den Pestbakterien sehr nahe stehenden Bakterien der hämorrhagischen Septicaemie (Schweinepest, Schweineseuche, Hühnercholera u. s. w.). Die Agglutination muss schon 5 Minuten nach dem Zusammenbringen der Kultur mit dem Serum erfolgen und mit blossem Auge sichtbar sein. Man sieht dann auch eine immer mehr und mehr zunehmende Häufchenbildung, so dass die zusammengeballte Kulturmasse schliesslich vollständig am Boden liegen bleibt und die darüberstehende Flüssigkeitschicht klar ist, während bei den Kontrollen die Flüssigkeit trübe und homogen bleibt. Normale Thier- und Menschensera zeigen keine Agglutinationserscheinungen. Es kann also diese spezifische Wirkung des Serums, besonders des präparirten Trockenserums als ein vorzügliches Mittel zur Differenzirung der Pestbakterien angesehen werden; sie ist deshalb auch allen bisherigen Methoden zur Erkennung derselben vorzuziehen.

Bezüglich der Epidemiologie und Prophylaxis ist vor Allem im Auge zu behalten, dass die Pest in erster Linie eine Rattenkrankheit ist, die nur gelegentlich auf den Menschen übergeht. Uebertragungsversuche mit Ungeziefer, wie Flöhe, gaben den Verfassern negative Resultate.

Die Ansteckungsgefahr der Pest für den Menschen wird im Allgemeinen überschätzt. In den nach den bestehenden Vorschriften beerdigten menschlichen Pestleichen geht der Pesterreger innerhalb weniger Wochen zu Grunde. In den nicht beerdigten faulen Thierkadavern waren die Pestbakterien schon nach 10—14 Tagen zu Grunde gegangen. Bei den einzelnen menschlichen Pestfällen ist es weder in den schmutzigen, dicht bevölkerten orientalischen Städten, noch in den arbeiter- und verkehrsreichen Häfen (Sydney, Neapel, Kapstadt) jemals zu einem eigentlichen Pestherd gekommen, dagegen nur da, wo Ratten und

Mäuse sich eingenistet hatten. Von diesem Gesichtspunkte aus erscheinen auch alle Quarantänemassregeln auf Schiffen wenig zweckentsprechend, wie die Beobachtung auf den Dampfer Pergamon in Hamburg zeigte, der aus einem pestverseuchten Hafen kam und an Pest verendete Ratten an Bord enthielt, ohne dass während der Reise Pestfälle bei Menschen vorgekommen sind. Diese Beobachtung giebt aber zu gleicher Zeit auch einen Fingerzeig, dass die Hauptgefahr eben in dem Seeverkehr beruht und dass eine unbemerkt an's Land entweichende Pestratte unter Umständen ungleich gefährlicher sein kann, als ein pestkranker Mensch.

Desshalb hat sich auch die Pestprophylaxis nach ähnlichen Grundsätzen zu richten, nach denen besonders bei der Cholera auf Anregung R. Koch's mit so grossem Erfolg vorgegangen wurde, nämlich den Krankheitserreger zuerst da, wo er vorkommt, beim kranken Menschen und dessen Sekreten und Exkreten, direkt zu vernichten oder ihn wenigstens vom Gesunden fern zu halten. Diese Methode stützt sich auf dem Grundsatz einer streng und regelrecht durchgeführten bakteriologischen Untersuchung; zu ihrer Durchführung ist vor Allem die Feststellung der Pest bei Ratten und Mäusen, sowie eine streng durchgeführte Meldepflicht sämmtlicher pestverdächtigen Erkrankungen, die obligatorische Leichenschau bei Pestverdächtigen, Isolirung der Pestkranken und ihrer Umgebung, Desinfektion der Wohnung und Effekten erforderlich. „Was das Wasser für die Choleraverbreitung bedeutet, übernehmen bei der Pest gewissermassen die Ratten und Mäuse. Daher muss eine rationelle Pestbekämpfung sich in erster Linie gegen die Ratten richten", ist ein Grundsatz, den die Verfasser mit Recht besonders betonen.

Die Bekämpfung der Pest beruht somit einmal auf einer energischen Vernichtung der Ratten und Mäuse und dann anderseits indirekt auf Entfernung aller Abfälle u. s. w., durch welche diese Nager in die Wohnung gezogen werden. Dazu dient auch die Desinfektion der Abfälle durch Desinfektionsmitteln vor Allem mit Sublimat. Eine grosse Schwierigkeit bietet die Ausrottung der Ratten in Speichern, Kanälen, Markthallen u. s. w., da die Thiere nach Legen von Gift u. a. meist bald auszuwandern pflegen. Der Danysz'sche Bacillus hat sich nicht bewährt und ist auch wenig zuverlässig. Es muss daher bei internationalen Vereinbarungen zur Verhütung der überseeischen Verschleppung der Pest in erster Linie auf die Vernichtung der Ratten auf den Schiffen und in den Häfen Bezug genommen werden.

Das Pestserum kann nach Ansicht der Verfasser eventuell nur als Schutzmittel bei Personen in Betracht kommen, welche direkt mit Pestkranken in Berührung kommen. Die aktive Immunisirung zum Zweck der Schutzimpfung gegen Pest durch Injektion mit abgetödteten Pestkeimen nach Haffkine kann gleichfalls erst in zweiter Linie in Frage kommen, da die Schutzwirkung doch nur relativ kurze Zeit dauert und sich nur über einige Monate hinzieht. Allerdings ist nicht zu leugnen, dass von denjenigen, welche sich in Indien der Haffkine'schen Impfung unterzogen, wenn sie thatsächlich an Pest erkrankten, die Krankheit leichter überstanden wurde. Jedoch warnen die Verfasser vor den statistischen Angaben, die über die Wirkung des Mittels in Indien gebracht worden sind, da die Geimpften mit den Ungeimpften sich unter so absolut ungleichen Bedingungen befanden, dass daraus ein Schluss auf die günstige Wirkung der Haffkine'schen Impfungen sich nicht ziehen lässt. Die Verfasser sind aus diesen Gründen auch nicht für eine obligatorische Impfung im Falle eines Pestausbruches.

Was endlich das Pestserum als Heilmittel betrifft, so glauben die Verfasser, dass trotz der bisherigen wenig befriedigenden Resultate es doch geboten erscheine, nach dieser Richtung weiter zu arbeiten; es sei aber dabei doch nöthig, dass vor Allem die Frage des Pestgiftes genauer studirt würde.

Dr. M. Beck-Berlin.

Besprechungen.

Dr. K. B. Lehmann, ord. Professor der Hygiene in Würzburg: **Die Methoden der praktischen Hygiene.** Mit 146 Abbildungen. II. Auflage. Wiesbaden 1901. Verlag von J. F. Bergmann. Gr. 8°, 698 Seiten. Preis: 18,60 Mark.

Lehmann's Lehrbuch zur hygienischen Untersuchung und Beurtheilung für Aerzte, Chemiker und Juristen liegt in zweiter erweiterter und vollkommen umgearbeiteter Auflage vor. Neben den ausführlichst und auch für den Anfänger verständlich geschilderten Hauptuntersuchungsmethoden sind diesmal im Interesse der eigentlichen Fachgenossen zahlreiche seltener angewendete, aber werthvolle Methoden theils kurz beschrieben, theils so zitirt, dass sie leicht aufgefunden werden können; auch einzelne Kapitel, wie Wasser, Wein, Fette, Wohnung, Desinfektion sind erheblich erweitert worden. Hingegen ist möglichst wenig geändert in der bewährten Grundanlage des Buches, das zwei Aufgaben gerecht werden will: erstens auf dem Gebiete der hygienischen Untersuchung eine ausführliche, möglichst verständlich gehaltene, aber doch streng wissenschaftliche Anleitung zu liefern und zweitens das für die hygienische Beurtheilung der Untersuchungsobjekte zu Gebote stehende Material kritisch zu verarbeiten. Dabei hat Verfasser überall daran festgehalten, dass den Arzt und Hygieniker vor Allem interessirt, ob der fragliche Gegenstand geeignet sei, die Gesundheit direkt oder indirekt zu schädigen oder nicht. Die ganze Nahrungsmitteluntersuchung hat Dr. Fr. Wirthle, Inspektor der Nahrungsmitteluntersuchungsstation in Würzburg, durchgesehen, während zu den Kapiteln über Milch und Milchproduktion Dr. J. F. Herz, Konsulent für das bayerische Molkereiwesen, und zu demjenigen über Wohnung Prof. H. Ch. Nussbaum-Hannover Bemerkungen und Verbesserungen geliefert hat. Mit Bienenfleiss ist alles Wissenswerthe vom Herausgeber zusammengetragen und eigene praktische, in mannigfachster Sachverständigen- und Laboratoriums-Thätigkeit gesammelte Erfahrung verwerthet. Dr. Roepke-Lippspringe.

Dr. Eugen Seel, Privatdozent an der technischen Hochschule in Stuttgart: **Gewinnung und Darstellung der wichtigsten Nahrungs- und Genussmittel.** Ein Lehr- und Nachschlagebuch für Chemiker, Apotheker, Aerzte und Juristen. Stuttgart 1902. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°, 478 Seiten. Preis: 10 Mark.

Das vorliegende Werk ist in erster Linie für den Gebrauch der Nahrungsmittelchemiker bestimmt, und zwar nicht allein als Lehrbuch zur Benutzung für die Vorbereitung zur Hauptprüfung, sondern vor Allem auch als Nachschlagebuch bei ihrer späteren amtlichen Thätigkeit. Im Gegensatz zu anderen derartigen ähnlichen Handbüchern auf diesem Gebiete sind von dem Verfasser die Untersuchungsmethoden unberücksichtigt geblieben und der Schwerpunkt auf eine möglichst eingehende und zuverlässige Schilderung der Herkunfts-, Fabrikations- und Gewinnungsarten der Nahrungs- und Genussmittel gelegt, unter besonderer Berücksichtigung der erlaubten und unerlaubten Konservirungs- und Verbesserungsmittel, sowie der hauptsächlichsten Verfälschungsmittel. Das Buch füllt in Folge dessen eine jetzt thatsächlich in der nahrungsmittelchemischen Litteratur vorhandene Lücke aus; es kann auch den Aerzten und speziell den Medizinalbeamten empfohlen werden, da sich ein sicheres Urtheil über etwaige Verfälschungen von Nahrungsmitteln nur dann bilden lässt, wenn man deren Gewinnung und Darstellung genau kennt. Sein Werth für den praktischen Gebrauch wird ausserdem dadurch gesteigert, dass an geeigneter Stelle diejenigen gesetzlichen Bestimmungen angeführt sind, die mit der Bereitungsweise der Nahrungs- und Genussmittel im Zusammenhang stehen, bezw. dieselben gewissermassen beeinflussen. Bei einer Neuauflage dürfte es sich empfehlen, auch den Essig, sowie die Gebrauchsgegenstände zu berücksichtigen.

Rpd.

Tagesnachrichten.

Wie den Lesern dieser Zeitschrift aus dem Berichte über die Verhandlungen des Reichstags vom 1. Febr. d. J. über Krankenanstalten u. s. w. in Nr. 4, S. 113 bekannt geworden ist, war gegen den Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Wesche in Dessau der schwere Vorwurf erhoben worden, dass er in einem am 22. Mai 1891 an den damaligen Reg.- und Geh. Med.-Rath Dr. Mann gerichteten Briefe lediglich aus persönlicher Animosität und ohne genügende Unterlagen für seine Behauptungen zu besitzen, den leitenden Arzt des Bernburger St. Johannis-Krankenhauses Dr. Hagemann mehrfacher Vernachlässigungen in der Aus-

übung seiner Berufsthätigkeit bezichtigt habe. Die Angelegenheit hat auch in der Sitzung des Anhaltischen Landtages vom 5. April d. J. zur Erörterung Veranlassung gegeben, und war hierbei die Bemerkung gemacht, dass der Geh. Rath Dr. Wesche das öffentliche Vertrauen, welches der oberste Medizinalbeamte des Landes besitzen solle, durch sein Vorgehen gegen Dr. Hagemann vollständig verloren habe. Wie vollständig ungerechtfertigt dieser Vorwurf war, geht aus dem nachfolgenden Bericht des Anhaltischen Staatsanzeigers in Nr. 231 vom 2. d. Mts. hervor:

„In Folge dieses in öffentlicher Sitzung der Landesvertretung gegen einen hochgestellten Staatsbeamten von ehrenvoller Vergangenheit und unbestreitbaren Verdiensten gerichteten scharfen Angriffs hat sich das Herzogliche Staatsministerium genöthigt gesehen, das Disziplinarverfahren gegen den Regierungs- und Geh. Med.-Rath Dr. Wesche — der übrigens auch selbst hierauf antrug — einzuleiten, indem man sich an massgebender Stelle auf den Standpunkt stellte, dass, wenn der obige Vorwurf sich als begründet erweise, Dr. Wesche sich einer Verletzung seiner Amtspflichten schuldig gemacht und disziplinarische Ahndung seiner Handlungsweise verwirkt habe.

Mit der Führung der Voruntersuchung ist ein Mitglied des hiesigen Herzoglichen Landesgerichts betraut worden, da es darauf ankam, dieselbe in die Hand eines Unparteiischen, den betheiligten Personen und Verhältnissen vollkommen fernstehenden Richters zu legen. Es haben eingehende Erhebungen und Vernehmungen stattgefunden, insbesondere ist auch ein auswärtiger Sachverständiger, der als Medizinalbeamter in Königlich Preussischen Diensten steht, und dem man das gesammte einschlägige Aktenmaterial zur Durchsicht übergeben hatte, gehört worden. Nach Abschluss der Voruntersuchung sind die Akten an das Ministerium eingereicht und es ist vom Ersten Staatsanwalt und vom Untersuchungsrichter ein ausführlich motivirtes Gutachten über das Ergebniss der Untersuchung erstattet worden, welches darauf hinauskommt, dass das Disziplinarverfahren einzustellen sei, da sich nicht der geringste Anhalt für eine pflichtwidrige Handlungsweise des Geh. Med.-Raths Dr. Wesche ergeben, dieser vielmehr — wie namentlich das obigem Briefe vorausgegangene Aktenmaterial erweise — als staatlicher Aufsichtsbeamte lediglich aus Pflichtbewusstsein und in dem Bestreben gehandelt habe, die seiner Meinung nach gefährdeten sanitären Interessen zu vertreten und zu wahren und die von ihm thatsächlich vorgefundenen und mehrfach gerügten Missstände in dem St. Johannis-Krankenhause abstellen zu lassen. Das Herzogl. Staatsministerium hat sich nach Prüfung der Akten diesem Gutachten angeschlossen und die Einstellung des Disziplinarverfahrens verfügt, so dass der Regierungs- und Geh. Med.-Rath Dr. Wesche völlig gerechtfertigt aus der Untersuchung hervorgegangen ist.“

Todesfälle. Am 29. September d. J. ist der frühere Kultusminister Dr. **von Gossler**, Oberpräsident der Provinz Westpreussen, in Danzig nach langem Leiden gestorben. In ihm hat nicht nur der Staat einen durch hohe Geistesgaben und unermüdliche Schaffenskraft ausgezeichneten Beamten, sondern auch die medizinische Wissenschaft und die öffentliche Gesundheitspflege, denen er während seiner Amtsführung stets ein ausserordentlich warmes Interesse und ein hervorragendes Verständniss entgegengebracht hat, einen grossen Förderer und Gönner verloren. Dasselbe gilt in Bezug auf den ganzen ärztlichen Stand, für dessen Bedürfnisse er ebenfalls stets das grösste Interesse bewiesen hat. Sein Andenken wird daher auch in den Kreisen der Aerzte und Medizinalbeamten stets in hohen Ehren gehalten werden!

Am 31. d. M. ist der Geh. Ob.-Med.-Rath Dr. **Eulenberg** zu Bonn im 89. Lebensjahre gestorben. Er war von 1870—1887 vortragender Rath in der Medizinalabtheilung des Preuss. Kultusministeriums und zeichnete sich in dieser wie in seinen früheren amtlichen Stellungen durch grosse Pflichttreue, sowie durch humane Gesinnung und liebenswürdiges Wesen aus. Auch auf litterarischem Gebiete hat er eine äusserst rege Thätigkeit entwickelt und sich dadurch einen Namen gemacht; es möge in dieser Hinsicht nur an die von ihm herausgegebenen grösseren Werke: „Das Medizinalwesen in Preussen“, „Handbuch der Gewerbehygiene“, „Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens“ erinnert werden; ausserdem war er lange Jahre hindurch Herausgeber der Viertel-

jahrschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Ein ehrenvolles Andenken wird ihm namentlich in den Kreisen der Medizinalbeamten gesichert bleiben!

Die vom 15.—20. September in Brüssel tagende **internationale Konferenz zur einheitlichen Regelung der Vorschriften für starkwirkende Medikamente**, auf der Deutschland durch Prof. Dr. Schmidt-Marburg, Prof. Dr. Binz-Bonn und Reg.-Rath Dr. Rost vom Kaiserl. Gesundheitsamt vertreten war, ist nach der Pharmaz. Zeitung (Nr. 79) zu folgendem Schlussergebniss gekommen.

Die Namen der starkwirkenden Medikamente sollen in den Pharmakopöen lateinisch sein. Der Alkaloidgehalt hat nur innerhalb festgesetzter Grenzen zu schwanken. Die Art der Dosirung bleibt noch den einzelnen bestehenden Pharmakopöekommissionen vorbehalten. Die Präparate von Akonit, Belladonna, Cannabis, Colocynth, Colchicum, Digitalis, Ipecacuanha, Hyoscyamus, Nux vomica und Stramonium sind einer genauen Bespreehung unterworfen worden. Ferner wurde beschlossen, die dosirten Arzneiformen, z. B. Perlen und dergl. von Chloral, Kodeïn, Morphium, Jaboranditinktur, Akonitin, Digitalin, Phosphoröl und den Liquor Pearson zu unterdrücken. Einheitlich festgesetzt worden sind ferner folgende Präparate: Opium, Strophantus, Mutterkorn, Blausäure, Bittermandelwasser, Karbolwasser, Arsenik, Liquor Fowleri, Cantharidentinktur, Jodtinktur, Lobelientinktur, Kokaïn und Quecksilbersalbe.

Endlich einigte man sich über einen internationalen einheitlichen Tropfenzähler; das Ausflussrohr desselben soll einen auswendigen Durchschnitt von 3 mm besitzen, aus dem somit 20 Tropfen reinen Wassers bei 15° C. ein Gramm wiegen.

Die konstituirende **Versammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** wird am Sontag, den 19. Oktober, Vormittags um 11½ Uhr in Berlin im Bürgersaal des dortigen Rathhauses abgehalten. Es werden zunächst Dr. Blaschko über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, Prof. Dr. Lesser über die Gefahren, Geh. Ober-Med.-Rath Prof. Dr. Kirchner über die soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten sprechen. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Neisser wird darauf die Ziele und den Arbeitsplan der Gesellschaft darlegen. Nach erfolgter Konstituirung der Gesellschaft soll dann in erster Linie das Thema: „Krankenkassen und Geschlechtskrankheiten" zur Diskussion gestellt werden. Das einleitende Referat hierüber hat Herr Dir. Uhlmann, Vorsitzender des Verbandes der deutschen Ortskrankenkassen, übernommen. Die Versammlung ist öffentlich, der Zutritt Jedermann auch ohne Einladungskarte gestattet.

Aufruf zur Errichtung eines Denkmals für Rudolf Virchow.

Unser Virchow wurde uns am 5. September d. J. durch den Tod entrissen. Von allen Seiten ist der Wunsch laut geworden, als Zeichen unserer Dankbarkeit und zur Aufmunterung für zukünftige Geschlechter ihm in Berlin, der Stätte seiner Entwickelung und Hauptwirksamkeit, an öffentlicher Stelle ein Denkmal zu errichten.

Das Komitee, welches ihm an seinem 80. Geburtstage die Virchow-Stiftung überreichte, hat es übernommen, diese Aufgabe auszuführen und richtet deshalb an die Schüler, Kollegen, Verehrer und Freunde unseres grossen Meisters Rudolf Virchow die Bitte, sowohl selbst einen Beitrag zu spenden, als auch in ihren Kreisen zu Beiträgen aufzufordern.

Unser Schatzmeister, Herr E. von Mendelssohn-Bartholdy, Berlin W. Jägerstr. 53, ist bereit, solche in Empfang zu nehmen. Auch liegen Listen in den Buchhandlungen A. Asher & Co., Berlin W. Unter den Linden 13, A. Hirschwald, Berlin NW. Unter den Linden 68, und Georg Reimer, Berlin W. Lützowstr. 107/108 aus.

Der geschäftsführende Ausschuss:

Vorsitzender: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Waldeyer in Berlin.

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

J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei, Minden.

15. Jahrg. 1902.

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,
Herzogl. Bayer. Hofbuchhändler.
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.

Desinfektoren und Gesundheitsaufseher im Regierungs-Bezirk Arnsberg.

Von Medizinalrath Dr. Dütschke, medizin. Hülfsarbeiter an der Königlichen Regierung zu Arnsberg.

Von der Erwägung ausgehend, dass eine wirksame Bekämpfung der Infektionskrankheiten wesentlich von der richtigen und sachgemässen Ausführung der Desinfektion abhängig ist, wurde am 1. Mai 1901 die in Beilage zu Nr. 13 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1901, S. 165 veröffentlichte „Ordnung für Desinfektoren und Gesundheitsaufseher“ für den hiesigen Regierungsbezirk erlassen. Im Anschluss hieran trat sodann unter dem 8. August 1901 die „Gebührenordnung für Desinfektoren und Gesundheitsaufseher“ in Kraft.

Die zahlreichen an den Herrn Regierungspräsidenten hierselbst dieserhalb ergangenen Anfragen von anderen Regierungen, Kreisen, Militärbehörden und Privaten über den Erfolg der Neuregelung des Desinfektionswesens im hiesigen Bezirk, lassen es gerechtfertigt erscheinen, in dieser Zeitschrift die wichtige Frage des Desinfektionswesens überhaupt etwas näher zu behandeln, umsomehr, als bislang nur in vereinzelten Bezirken das Desinfektionswesen einheitlich geregelt ist und die hier gemachten Erfahrungen mit unseren Einrichtungen zwar ein abschliessendes Urtheil über ihren Werth noch nicht zulassen, wohl aber geeignet sind, werthvolle Winke für die Ordnung des Desinfektionswesens auch in anderen Bezirken zu geben.

Schon bei der Ausarbeitung der „Ordnung für Desinfektoren

und Gesundheitsaufseher" wurde allgemein die Ansicht laut, dass die Hauptschwierigkeit der Durchführung einer wirksamen Desinfektion in der Beschaffung eines geeigneten Personals liege. Wie begründet diese Befürchtung war, stellte sich bald heraus; denn Anfangs gingen bei den Polizeibehörden trotz wiederholter Aufforderungen nur ganz vereinzelte Anmeldungen von Personen ein, welche zwar bereit, aber nach dem Urtheil der Kreisärzte nicht geeignet waren, als Desinfektoren und Gesundheitsaufseher ausgebildet zu werden; erst der energischen Initiative der Kreismedizinalbeamten mit Unterstützung des Herrn Regierungspräsidenten gelang es nach und nach, die Personalfrage einem befriedigenden Abschluss entgegen zu bringen. Nach meinen Beobachtungen wären die Anmeldungen zur Ausbildung als Desinfektor und Gesundheitsaufseher wahrscheinlich weit zahlreicher und schneller eingegangen, wenn die Veröffentlichung der Gebührenordnung gleichzeitig mit dem Erlass der Ordnung für Desinfektoren und Gesundheitsaufseher hätte erfolgen können, so dass die Aspiranten von vornherein über die Rentabilität des neu erwählten Berufes unterrichtet gewesen wären. Eine weitere Verzögerung erlitten die Anmeldungen zur Ausbildung auch noch dadurch, dass aus äusseren Gründen sich die Drucklegung des im amtlichen Auftrage von dem Medizinalrath Dr. Hensgen[1]) in Siegen verfassten „Leitfadens für Desinfektoren und Gesundheitsaufseher" wider Erwarten verzögerte.

Selbstverständlich durfte, um überhaupt erst einen gewissen Stamm von Desinfektoren heranzubilden, die Auswahl der hierzu geeigneten Persönlichkeiten im Anfang eine nicht zu ängstliche sein; das Institut der „Desinfektoren und Gesundheitsaufseher" musste sich eben nach und nach aus sich selbst entwickeln.

Was die Berufsstände nun betrifft, aus denen sich die ausgebildeten Desinfektoren zusammensetzten, so stellte das grösste Kontingent aus erklärlichen Gründen die ehrenwerthe Zunft der „Barbiere und Heilgehülfen". Im Durchschnitt gewandte und intelligente Menschen, hatten sie sich am leichtesten das Theoretische des Leitfadens angeeignet und wussten auch das Gelernte meist in gewandter Form zum Ausdruck zu bringen. Ich halte die Auswahl der Barbiere zu Desinfektoren und Gesundheitsaufsehern nicht für eine glückliche; ihr steter Verkehr mit dem Publikum lässt die Befürchtung nicht unbegründet erscheinen, dass bei ungenügender Beachtung der Sicherheitsmassregeln mitunter ansteckende Krankheiten durch sie weiter auf das Publikum verbreitet werden können. Die Vereinigung der Thätigkeit eines Desinfektors und staatlich geprüften Heilgehülfen, wie solche jüngst angeregt worden ist, erscheint daher aus denselben Gründen nicht richtig. Ausserdem ist es nicht ausgeschlossen, dass das Publikum, besonders der ängstliche Theil desselben diejenigen Barbiere, von denen es weiss, dass sie Desinfektoren sind, aus Furcht vor An-

[1]) Leitfaden für Desinfektoren. Im amtlichen Auftrage herausgegeben von Med.-Rath Dr. Hensgen, Kreisarzt in Siegen. Berlin 1901. Verlag von Richard Schoetz, Luisenstr. Nr. 36.

steckung überhaupt meidet und daher diese Leute in ihrem Hauptberuf zu grosse pekuniäre Schädigungen erfahren, welche ihnen zu Zeiten, in denen sie nicht als Desinfektoren in Anspruch genommen sind, besonders fühlbar werden müssen. Bezüglich der Intelligenz und praktischen Verwendbarkeit gehören die Barbiere und Heilgehülfen jedenfalls zu dem erstklassigen Material als Desinfektoren, die geäusserten Bedenken aber lassen es rathsam erscheinen, in Zukunft, wenn sich die Desinfektion mehr eingebürgert haben wird, auf anderes Material bedacht zu sein, aus dem die Desinfektoren zu entnehmen sind; zu Zeiten des ersten Stadiums der Entwickelung des Desinfektionswesens sind sie aber nicht zu entbehren.

Vielfach sind sodann auf Veranlassung der Aemter des Bezirks Polizeidiener zu Desinfektoren ausgebildet worden, welche ebenfalls bezüglich der Intelligenz und wegen ihrer Beamtenstellung zu Desinfektoren sehr geeignet erscheinen. Da aber nach der Ordnung für Desinfektoren und Gesundheitsaufseher letztere vielfach bei ansteckenden Krankheiten Kontrolbesuche machen sollen, um sich von der verschriftsmässigen ständigen Vernichtung der Ansteckungsstoffe, besonders bei Typhus und Ruhr zu überzeugen, bleibt es fraglich, ob die dienstlichen Funktionen eines Polizeibeamten die häufig, besonders zu Epidemiezeiten erforderlich werdende nebenamtliche Thätigkeit als Desinfektor und Gesundheitsaufseher zulassen werden.

Die gleichzeitige Ausbildung von Fleischbeschauern zu Desinfektoren lieferte meist ein recht günstiges Ergebniss in den Prüfungen, da auch diese Leute bezüglich der Intelligenz durchschnittlich auf einer höheren Stufe stehen.

In den industriellen Gegenden, besonders im Kohlenrevier, hatten die Aemter häufig Berginvaliden zur Ausbildung gestellt, welche auch gut geeignet erscheinen, besonders wenn sie sich aus der Zahl der intelligenten Vorarbeiter rekrutiren. Diejenigen Städte endlich, welche mit stabilen Dampfdesinfektionsapparaten versehen waren, hatten meist das Bedienungspersonal dieser Apparate zur Ausbildung als Desinfektoren entsandt. Sonst gelangten auch vereinzelte Handwerker, Landwirthe und Arbeiter zur Ausbildung.

Bei Schaffung des Instituts der Desinfektoren und Gesundheitsaufseher war gleichzeitig beabsichtigt, diese Personen auch als öffentliche Leichenschauer in der Folge auszubilden und anzustellen, um so gewissermassen einen Stamm „niederer Gesundheitsbeamten“ heranzuziehen; leider stellen sich aber der Einführung der obligatorischen Leichenschau durch Laien im hiesigen Bezirk zur Zeit noch so grosse Hindernisse entgegen, dass vorläufig wenig Aussicht vorhanden ist, den oben angeregten Gedanken zur Ausführung zu bringen.

Die Ausbildung der Desinfektoren und Gesundheitsaufseher erfolgte derart, dass die Kreisärzte an der Hand des amtlichen Leitfadens entweder mit den Aspiranten die einzelnen Abschnitte durchgingen, oder freie Vorträge hielten, welche sich an

das Lehrbuch anlehnten. Die Auszubildenden mussten dann zu Hause sich das Vorgetragene einprägen und in der nächsten Stunde wurde so lange wiederholt, bis das Pensum anscheinend fest sass. Den Schluss des Unterrichts bildeten die praktisch ausgeführten Desinfektionen verschiedener Räume mit und ohne Formalin, sowie die Erklärung, Besichtigung und Beschickung des Dampfdesinfektionsapparates und die Besprechung der beim Transport der zu desinfizirenden Sachen zu den Apparaten zu befolgenden Vorsichtsmassregeln. Daneben wurden die dem Gesundheitsaufseher obliegenden Pflichten der Kontrole der Abortanlagen, Brunnen, Düngerstätten besprochen und gleichzeitig Besichtigungen dieser in hygienischer Hinsicht wichtigen Anlagen, sowie einzelner Schulen vorgenommen, um den Gesundheitsaufsehern zu zeigen, worauf es bei der Kontrole und Ueberwachung ankommt.

Die Schwierigkeit der Abfassung eines Leitfadens für Desinfektoren und Gesundheitsaufseher macht es erklärlich, wenn nach Ansicht mancher Kreismedizinalbeamter, welche die Ausbildung der Desinfektoren leiteten, der hier gebrauchte Leitfaden in verschiedenen Beziehungen, besonders in theoretischer Hinsicht „über die Krankheitserreger und deren Bekämpfung im Allgemeinen“ etwas zu weitgehend und dem Verständniss des Auszubildenden nicht überall angepasst erscheint. Diese Herren legen mit einer gewissen Berechtigung mehr Werth auf rein mechanische Schulung und praktische Bethätigung des Erlernten. In der That kann ich auf Grund meiner zahlreichen Beobachtungen, welche ich als Vorsitzender der Prüfungskommission in ca. 30 Terminen gemacht habe, mein Urtheil nur dahin zusammenfassen, dass die von den Herren Kollegen im hiesigen Bezirk ausgebildeten Desinfektoren und Gesundheitsaufseher mit einzelnen Ausnahmen im Allgemeinen praktisch recht gut geschult und gewandt erschienen, dass aber das theoretische Verständniss für das Verhältniss und die Bedeutung der Krankheitserreger zu den einzelnen Infektionskrankheiten vielfach zu wünschen übrig liess.

Eine Zentralisirung der Ausbildung der Desinfektoren und Gesundheitsaufseher an hygienischen Instituten oder an den einzelnen Regierungen beigegebenen bakteriologischen Laboratorien halte ich schon mit Rücksicht auf die weit höheren Kosten, auf welche man besonders im Anfang, um die Ausbildung von Desinfektoren überhaupt mit Erfolg durchführen zu können, sehr Rücksicht nehmen muss, für wenig empfehlenswerth. Während im hiesigen Bezirk den Kreisärzten für die Ausbildung der Desinfektoren nur die Gebühr von 20 Mark zusteht, wird bei Zentralisirung der Ausbildung der Desinfektoren an den betreffenden Instituten, ausser dem Honorar für die Ausbildung, noch der mindestens einwöchentliche Aufenthalt am Sitze des Instituts, eine Entschädigung für den erwachsenen Arbeitsverlust und der Reiseaufwand hinzutreten, ganz abgesehen davon, dass es schwierig sein wird, geeignete Persönlichkeiten zu gewinnen, welche sich dazu entschliessen, auf längere Zeit ihren Hauptwirkungskreis und ihre Familie zu verlassen, um ausserhalb derselben ihrer Aus-

bildung als Desinfektor und Gesundheitsaufseher obzuliegen. Hierzu kommt, dass der mit der Ausbildung der Desinfektoren beschäftigte Kreisarzt während dieser Zeit der Ausbildung sein zukünftiges Personal gleich gründlich kennen lernt und demgemäss weiss, welche Fähigkeiten und welchen Grad von Zuverlässigkeit er dem Desinfektor und Gesundheitsaufseher in Zukunft zuschreiben kann. Dass die Kreisärzte sehr wohl befähigt und in der Lage sind, ein geeignetes Desinfektionspersonal ausbilden zu können, auch ohne dass ihnen besondere bakteriologische oder hygienische Institute zur Verfügung stehen, haben die im hiesigen Bezirk gemachten Erfahrungen glänzend bewiesen; denn die Hauptsache bleibt doch für die Desinfektoren stets die genaueste und sorgfältigste praktische Ausführung der Desinfektionsvorschriften, nicht ausgedehntes theoretisches Wissen in der Bakteriologie. Nicht unerwähnt darf hier bleiben, dass sich einige Gesundheitsaufseher sogar unter der Anleitung ihrer kreisärztlichen Lehrer eine sehr anerkennenswerthe Fähigkeit im Zählen von Keimen und Anlegen von Plattenkulturen erworben hatten, die sie aber voraussichtlich kaum praktisch verwerthen werden können, da die grösseren Wasserwerke im hiesigen Bezirk meist eigene Techniker hierfür angestellt haben. Als einen weiteren Vortheil der Ausbildung der Desinfektoren durch die Kreisärzte sehe ich es an, dass letztere, die ihren Bezirk, die örtlichen Verhältnisse und die Eigenthümlichkeiten der Bevölkerung naturgemäss weit besser kennen, als ein Assistent an einem hygienischen Institut, den persönlichen Verhältnissen und örtlichen Anforderungen in hygienischer und sanitätspolizeilicher Hinsicht bei der Ausbildung gleich gebührend Rechnung tragen können, ein Vortheil, der für die spätere praktische Verwendung als Desinfektor und Gesundheitsaufseher nicht zu unterschätzen ist. Schliesslich darf auch nicht ganz ausser Acht gelassen werden, dass die Ausbildung von Desinfektoren durch die Kreisärzte die pensionsfähigen Einnahmen der letzteren etwas mit verbessert, ein Umstand, auf den gerade jetzt hingewiesen werden muss, wo bei vielen nicht vollbesoldeten Kreisärzten namhafte Beträge, welche sie für Ausbildung und Nachprüfung von Trichinen- und Fleischbeschauern bislang bezogen haben, demnächst dauernd fortfallen werden.

An den Prüfungen der Desinfektoren und Gesundheitsaufseher, welche sämmtlich, mit Ausnahme von denen in Gelsenkirchen während der Zeit der dortigen Typhusepidemie im Herbst 1901 abgehaltenen, unter dem Vorsitz des Berichterstatters erfolgten, nahm meist der zuständige Kreisarzt oder der des Wohnortes, an welchem die Prüfungen stattfanden, mit theil. Nach den hier gemachten Erfahrungen hat sich die einheitliche Handhabung des Prüfungswesens sehr gut bewährt; es wäre daher im Interesse der Sache lebhaft zu bedauern, wenn in Folge der beabsichtigten allgemeinen Regelung des Desinfektoren- und Heilgehülfenwesens für die Monarchie bezüglich der Prüfungen eine Aenderung hierin eintreten sollte. Die Anschauungen der die Ausbildung leitenden Kreisärzte müssen erklärlicher Weise in Betreff der zu stellenden

Anforderungen an das Wissen der Prüflinge mitunter weit auseinandergehende sein und erscheint es nicht gut angängig, bei einem so wichtigen Amt, wie es das des Desinfektors ist, den Lehrer gleichzeitig zum Prüfenden allein zu bestellen.

Die Zahl der bislang im Regierungsbezirk Arnsberg ausgebildeten und zur Anstellung gelangten Desinfektoren beläuft sich auf etwa 200, unter ihnen befindet sich im Kreise Siegen auch eine Desinfektorin bezw. Gesundheitsaufseherin; eine weitere Vermehrung der Desinfektoren erfolgt in nächster Zeit.

Die Beaufsichtigung der Desinfektoren und Gesundheitsaufseher erfolgt gemäss §§. 8 und 9 der Ordnung durch den zuständigen Kreisarzt. Sämmtliche Verrichtungen als Desinfektor und Gesundheitsaufseher sind in das vorgeschriebene Tagebuch (s. nacustehendes Muster) in zeitlicher Folge einzutragen, und ist

			Thätigkeit als	
1.	2.	3.	4.	5.
Lfde. Nr.	Name, Stand, Ort und Strassenbezeichnung des Wohnungsinhabers.	Name der ansteckenden Krankheit, welche die Desinfektion erforderlich machte und die Zahl der Erkrankungsfälle	Zahl der desinfizirten Räume u. ihre Zweckbestimmung (Schlaf-, Wohnstube, Küche)	Welche Art der Desinfektion wurde vorgenommen? Springfeld'sche Ketten? Flügge'scher Apparat? Zimmerdesinfektion ohne Formalin? Transport der Gegenstände zum Dampfapparat

Desinfektor			Thätigkeit als Gesundheitsaufseher	
6.	7.	8.	9.	10.
Tag der Desinfektion und Dauer derselben nach Stunden	Wieviel Erkrankungsfälle sind nach der Desinfektion noch aufgetreten und wann?	Höhe der bezahlten Gebühren	Als Gesundheitsaufseher thätig gewesen. Datum und Auftrag	Höhe der bezahlten Gebühren

das Tagebuch auf Erfordern dem Kreisarzt jeder Zeit, sowie alljährlich im Laufe des Monats Januar zur Prüfung vorzulegen. Die Tagebücher sind in Gestalt der Hebammentagebücher angefertigt und enthalten gleichzeitig einen Abdruck der „Ordnung für Desinfektoren und Gesundheitsaufseher", sowie der „Gebührenordnung". Nach dem Ermessen des Kreisarztes hat sich der Desinfektor alljährlich oder in grösseren Zwischenräumen einer Nachprüfung zu unterziehen.

Die Handhabung der Desinfektion selbst erfolgt im hiesigen Bezirk nun in folgender Weise, wobei hier vornehmlich Erkrankungen von Diphtherie und Scharlach, Unterleibstyphus und

Ruhr berücksichtigt worden sind: Den Haushaltungsvorständen, aus deren Hause Fälle von Scharlach, Diphtherie, sowie Unterleibstyphus und Ruhr gemeldet werden, ist spätestens 24 Stunden nach Eingang der Meldekarte des Meldepflichtigen die gedruckte ortspolizeiliche Verfügung zuzustellen bezüglich der Verhaltungsmassregeln, deren Befolgung durch die Desinfektoren und Gesundheitsaufseher nach Anweisung der Medizinalbeamten kontrolirt wird. Der Kreisarzt nimmt pflichtgemäss die Untersuchung der angemeldeten ersten Erkrankungsfälle von Scharlach und Diphtherie, sowie jeder Unterleibstyphus- und Ruhrerkrankung vor und trifft die ihm erforderlich erscheinenden sanitätspolizeilichen Massregeln, wobei er gleichzeitig den vorgeschriebenen Fragebogen bezüglich der Aetiologie der Erkrankung und der angeordneten Massnahmen ausfüllt, besonders auch hinsichtlich der etwaigen Thätigkeit des Desinfektors und Gesundheitsaufsehers. Letzterer erhält von der Ortspolizeibehörde hierauf, entsprechend den Anordnungen des Kreisarztes, den Auftrag, entweder durch Kontrolbesuche sich von der vorschriftsmässigen Beseitigung und Desinfektion der Abgänge zu überzeugen, oder die Schlussdesinfektion vorzunehmen.

Bislang ist hier zur Desinfektion von Räumen fast ausschliesslich die Formalindesinfektion mit Springfeld'schen Ketten zur Anwendung gekommen. Nach den Berichten der Kreisärzte hat sich diese Methode recht gut bewährt, nur sind im Anfang wiederholt Klagen laut geworden über die geringe Haltbarkeit der Ketten, welche bei längerer Weissgluth schnell verbrennen. Von dem Fabrikanten ist auf die Verwendung besseren Materials hierauf Bedacht genommen und werden die Klagen nun nicht mehr geäussert. Die Erfahrung hat sodann weiter gelehrt, dass es nicht praktisch ist, die Ketten allzu sehr zu erhitzen, höchstens bis zur Rothgluth; andernfalls entzündet sich das Formaldehyd und ein grosser Theil desselben verbrennt mit heller Flamme nutzlos, ohne dass es zu der erstrebten Entwickelung von Formalindämpfen kommt, ohne welche die wirksame und ausreichende Desinfektion in Frage gestellt ist. Allgemein wird die leichte Handhabung des Springfeld'schen Verfahrens anerkannt, zumal zu seiner Anwendung nur die einfachen Ketten und das Bereithalten von zwei Eimern bezw. Bottichen erforderlich sind, welche unschwer in jedem Haushalt zu erhalten sein werden.

Einzelne Gemeinden haben auch den Flügge'schen Apparat beschafft und sind die Desinfektoren dann mit der Handhabung dieses Apparates vertraut gemacht. Die Stadt Dortmund wendet das Krell-Elb'sche Verfahren für Wohnungsdesinfektion an, während zur Entseuchung von Droschken und Krankentransportwagen die Hellmann'sche Trommel Verwendung findet. Ob die bequem zu handhabende Formalindesinfektion, sei sie nur mit irgend einem beliebigen Apparat ausgeführt, in der Folge beibehalten werden kann oder wieder verlassen werden muss, ist m. E. gleichgültig; die Hauptsache bleibt, dass die Desinfektion überhaupt allgemein Einführung findet und das Institut der Desinfektoren sich einbürgert!

Die Thätigkeit der Gesundheitsaufseher beschränkt sich nun nicht nur auf die Kontrolbesuche bei mit ansteckenden Krankheiten behafteten Personen, sondern sie gestaltet sich zu einer sehr werthvollen im hiesigen Bezirk durch ihre Theilnahme an den Ortsbesichtigungen und an der gesundheitlichen Ueberwachung der Schulen. Der Gesundheitsaufseher kennt seinen Wohnort und dessen Umgebung meist weit besser, als der Kreisarzt; er vermag diesen daher auf die bestehenden gesundheitlichen Missstände in Beziehung auf Brunnenverhältnisse, Abfuhrwesen, Düngerstätten, Flussverunreinigungen, Gesundheitsschädigungen durch gewerbliche Betriebe u. s. w. während der Besichtigung aufmerksam zu machen und erleichtert so wesentlich die zeitraubenden Aufgaben des Kreisarztes bei der Ortsbesichtigung. Der Gesundheitsaufseher wird aber auch vom Kreisarzt direkt in gewissen Zeiträumen zur Besichtigung der Schulen entsandt und hat sich davon persönlich zu überzeugen, ob die Reinhaltung der Schulräume in genügender Weise geschieht, so dass der Staubentwickelung möglichst vorgebeugt wird, und ferner davon, dass die Abortanlagen reinlich gehalten werden; auch liegt ihm die Kontrole der späteren Abstellung der vorgefundenen Mängel ob. Grade durch diese häufigeren unvermutheten Besichtigungen der Schulen durch die Gesundheitsaufseher im Auftrage des Kreisarztes wird eine Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse in den Schulen weit eher erzielt, als durch die vorher angemeldeten, meist nur 5jährigen Schulbesichtigungen durch den Kreisarzt.

Um die hygienische Ueberwachung der Schulen durch die Gesundheitsaufseher wirksam durchführen zu können, setzen sich die Kreisärzte zweckmässig mit den Aemtern und Schulvorständen in Verbindung und bezeichnen diejenigen Schulen, welche im Laufe der Zeit einer Kontrole und Nachbesichtigung durch den Gesundheitsaufseher bedürfen. Die meist geringen Kosten für die Thätigkeit der Gesundheitsaufseher tragen die Aemter bezw. werden solche von dem Schulvorstand wieder eingezogen; als Ausweis für den im amtlichen Auftrage thätigen Gesundheitsaufseher dient eine von dem Kreisarzt ausgestellte Legitimationskarte. Für die Schulhygiene ist diese Einrichtung jedenfalls ein bedeutender Fortschritt, der zur Nachahmung nur Veranlassung geben kann!

Nächst der Personalfrage bildet ohne Zweifel die Erledigung der mit der ganzen Desinfektion verbundenen Kosten die wichtigste Frage und damit das grösste Hinderniss, welches sich der Durchführung der Desinfektion Anfangs hemmend entgegenstellt. Die Ausbildung und die Prüfungsgebühren für Desinfektoren bezahlen im Regierungsbezirk Arnsberg die Aemter bezw. die Städte, welche die Desinfektoren nach bestandener Prüfung sodann anstellen, und denen durch die Ordnung vom 1. Mai 1901 die Ausbildung und Anstellung von Desinfektoren und Gesundheitsaufsehern aufgegeben war. Die Einziehung der aus der Vornahme der Desinfektion erwachsenen Kosten hat sich in den verschiedenen

Aemtern verschieden gestaltet, aber eine wider Erwarten glückliche Erledigung überall gefunden. Wohlhabende Familien bezahlen die Taxsätze dem Desinfektor direkt; für unbemittelte Familien treten die Aemter bezw. Städte ein, welche die Gebühren dem Desinfektor erstatten; in einigen Aemtern und Städten haben diese allgemein die Einziehung der Gebühren für den Desinfektor nach den Taxsätzen übernommen und steht auf diese Weise der Desinfektor dem Publikum unabhängiger gegenüber; der Desinfektor erhält nur von der Polizeibehörde den Auftrag gemäss der Anweisung des Kreisarztes, die Desinfektion vorzunehmen, oder als Gesundheitsaufseher thätig zu sein, reicht seine Rechnung der Polizeibehörde ein und diese sorgt für Eintreibung des Betrages und Aushändigung desselben an den Desinfektor. Ueberall hat sich im Bezirk hier die Anschauung Bahn gebrochen, dass die Desinfektion eine sanitätspolizeiliche Massregel sei, der man sich ebenso fügen müsse, wie einem Haushaltungsvorstand beim Ausbruch ansteckender Krankheiten die Fernhaltung der Kinder vom Schulunterricht aufgegeben wird. Verhehlen darf man sich hierbei aber nicht, dass die gesetzliche Begründung der Durchführung der oben beschriebenen sanitätspolizeilichen Massregeln zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten durch Desinfektoren und Gesundheitsaufseher auf sehr schwachen Füssen steht, soweit sie die in dem Regulativ vom 8. August 1835 niedergelegten Vorschriften übertrifft! Ohne Frage würde sich das Institut der Desinfektoren und Gesundheitsaufseher auch im hiesigen Bezirk nicht so schnell eingebürgert haben, wenn nicht die mit ihm gemachten günstigen Erfahrungen während der Typhusepidemie in Gelsenkirchen im Herbst 1901, bei welcher Gelegenheit das junge, eben ausgebildete Personal gleichsam seine Feuertaufe empfing, unterstützend und vorarbeitend mitgewirkt hätten.

Es steht indess zu erhoffen, dass nach dem sehnlichst erstrebten Inkrafttreten der Ausführungsbestimmungen zum Reichs-Seuchengesetz für Preussen auch die Desinfektion eine allgemein gesetzlich vorgeschriebene sein wird, und man die wirksame Durchführung der Desinfektion dann nicht mehr allein von dem hygienischen Verständniss der Bevölkerung und Unterbehörden, wie es jetzt thatsächlich der Fall ist, abhängig zu machen braucht.

Die im Regierungsbezirk Arnsberg mit der Einführung des Instituts der Desinfektoren und Gesundheitsaufseher gemachten Erfahrungen ermuntern jedenfalls zur Nachahmung der getroffenen Einrichtungen umsomehr, als die sich Anfangs entgegenstellenden grossen Schwierigkeiten bezüglich der Personal- und Kostenfrage nur scheinbare sind und bei dem wirklich ernsten Bestreben, in einem Bezirk eine der wichtigsten Massregeln zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten zur Durchführung zu bringen, der Erfolg nicht ausbleiben wird!

Ueber Ortsbesichtigungen.

Von Kreisarzt Dr. Jäckel in Schmiegel.

Das Bedürfniss nach einer geregelten Beaufsichtigung der hygienischen Verhältnisse in Stadt und Land ist alt und längst erkannt. Allgemeine Bestimmungen darüber gab es in den Instruktionen der beamteten Aerzte vielfach; die Einrichtung eigentlicher Ortsbesichtigungen gab es aber bis zum Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes in Preussen nicht, wohl aber in anderen deutschen Bundesstaaten, z. B. in Württemberg, Hessen und Sachsen wo sie sich gut bewährt haben sollen. Für uns in Preussen war daher der Gegenstand ein so gut wie völlig neuer. Wie man schon nach den Erfahrungen des ersten Jahres sagen kann, werden diese Ortsbesichtigungen voraussichtlich eine sehr geeignete Handhabe bieten für eine erspriessliche hygienische Thätigkeit des Kreisarztes.

Die Neuheit der Sache bringt es naturgemäss mit sich, dass allerlei Zweifel über Zuständigkeit und Befugnisse im Einzelnen, über die Art und Weise der Besichtigungen, über das Mass der in jedem Falle erforderlichen und ausführbaren Massnahmen u. s. w. bestehen. Die Besichtigungen werden sich in den grossen Städten anders gestalten wie in den kleinen und den ländlichen Ortschaften. Auch ist zu erwarten, dass sich nach und nach eine ganz bestimmte Praxis herausbilden wird, die man aber vorläufig erst lernen muss. So scheint es mir schon jetzt nicht überflüssig, die eigenen Erfahrungen in einem ländlichen Bezirk der Provinz Posen mitzutheilen, um zweifelhafte Dinge zur Diskussion zu bringen und zur Veröffentlichung der Erfahrungen in anderen Bezirken, z. B. industriellen, in grösseren Städten u. a., anzuregen.

Zunächst muss ich gestehen, dass ich mit einem gewissen Zagen und Unbehagen an die Ortsbesichtigungen herangegangen bin. Schon die nothwendige Vorausbestimmung des Termins erschien mir fatal. Aber die vorgeschriebene Einladung oder vielmehr Benachrichtigung der verschiedenen Behörden, des Landraths, Schulinspektors, Distriktskommissarius (der in der Provinz Posen und Westpreussen bestehenden ländlichen Polizeibehörde) zwang dazu. Uebrigens ist, wie vorauszusehen war, mit ganz vereinzelten Ausnahmen von einer Theilnahme dieser Behörden keine Rede gewesen. Und aller Voraussicht nach wird eine solche auch zukünftig nur selten stattfinden; sie ist überflüssig, ja nach meinem Empfinden sogar störend und unbequem. Nicht zu entbehren ist dagegen schon zur Orientirung und zur Wahrung der Autorität die Begleitung des Orts- resp. Gutsvorstehers, in der Schule des Lehrers. Wo eine Gesundheitskommission besteht, wird sich selten mehr als ein Mitglied derselben, vielleicht abwechselnd eins oder das andere, betheiligen. Man kann auch von der Kommission nicht gut verlangen, dass sie sich in corpore etwa 14 Tage lang täglich mehrere Stunden der Besichtigung aller derjenigen Oertlichkeiten des Städtchens, welchen Licht, Luft und Reinlichkeit fehlen, ehren-

amtlich widme. Es genügt durchaus die Begleitung einer als uninteressirter Zeuge fungirenden Person.

Die Mittheilung an die genannten Behörden mache ich einfach und zweckmässig in Form einer gedruckten Postkarte wenige Tage vorher. Ich überlasse es der Ortspolizeibehörde, die Guts- und Gemeindevorsteher zu benachrichtigen. Der Lehrer pflegt ebenfalls immer auf die Besichtigung vorbereitet zu sein. Es lässt sich das nicht vermeiden, obwohl es unerwünscht ist und bewirkt, dass sich die Schule statt im Alltagskleide meistens im Sonntagsstaat, d. h. frisch gewaschen, präsentirt.

Was die eingehende Erörterung sanitärer Missstände im unmittelbaren Anschluss an die Besichtigung selbst anbetrifft, so bin ich sehr bald von allzu grossem Eifer abgekommen. Zu erregten Debatten mit temperamentvollen Hausbesitzern oder gar Besitzerinnen über die Nützlichkeit und Nothwendigkeit von weniger Schmutz und mehr Reinlichkeit verliert man nach etlichen Erfahrungen rasch die Lust. Die Zeit ist dazu auch zu kostbar, die Sache an und für sich zu anstrengend. Ich begnüge mich damit, die Mängel „thunlichst mit den Betheiligten festzustellen", d. h. mit einem kurzen Hinweis dessen, was nicht in Ordnung ist und abgeändert werden muss, und bei Einsichtigen genügt das. Belehrungen und wohlmeinende Auseinandersetzungen sind häufig nicht angebracht, werden missverstanden, verleiten zu persönlichen Ausfällen. Die Durchführung der für nothwendig befundenen und in der Verhandlung ausdrücklich bezeichneten Massnahmen ist Sache der Polizei.

Bei meiner ersten Ortsbesichtigung hatte ich 2 Dörfer mit 2 Vorwerken, 3 einklassigen Schulen und zusammen über 1400 Einwohnern auf die Tagesordnung gesetzt. Es zeigte sich bald, dass dieses Pensum ein zu grosses war, zumal insgesammt 33 km Landweg zurückzulegen waren. Ich musste mich darauf beschränken, nach Erledigung der Schulen einen Rundgang durch die Ortschaft zu machen, die Wirthshäuser, die Verkaufsstätten, ferner die an der Strasse liegenden Brunnen zu besichtigen und mich in die Wohnungen der Ortsarmen, Kranken und Siechen führen zu lassen. Hier und da betrat ich auch ein Gehöft zwecks Musterung der Wohnungs-, Brunnen- und Abfuhrverhältnisse. Das Ergebniss war ein sehr summarisches, mit dem jedenfalls die Polizeiverwaltung nicht viel Arbeit gehabt hat. Auf solche Weise war eine gründliche Erledigung der Aufgabe offenbar nicht möglich. Bei den ferneren Besichtigungen bin ich dann, entsprechend den uns gelegentlich der Erörterung auf unserer ersten Kreisarztkonferenz gegebenen Direktiven, planmässig von Haus zu Haus von Gehöft zu Gehöft gegangen, habe dabei allerdings abweichend vom ursprünglichen Plan öfter zwei Tage statt eines gebraucht; aber die Ausbeute war dafür auch lohnend, und es kam manches zu Tage, was selbst für ländliche Verhältnisse als unsauber, ungesund und unhygienisch zu bezeichnen war.

„Die Besichtigung hat sich auf alle für das öffentliche Gesundheitswesen wichtigen Verhältnisse und Einrichtungen zu er-

strecken.“ Da entsteht die bedeutungsvolle Frage, ob der Kreisarzt zum Zwecke dieser Besichtigungen befugt ist, jedes Grundstück, jeden Privatraum zu betreten, und ob generell jeder Eigenthümer, jeder Miether verpflichtet ist, der Besichtigungskommission Zutritt zu allen Räumen zu gewähren? Ich selbst bin in keinem Falle, weder in der Stadt noch auf dem Lande, auf irgend welchen Widerstand der Betroffenen gestossen. Im Gegentheil bewiesen auf dem Lande oft genug gewisse Vorbereitungen, sandbestreute Zugänge, gefegte Höfe, gescheuerte Dielen etc., dass der Besichtigung keineswegs unfreundlich entgegengesehen wurde. Doch ist es z. B. in der Stadtverordnetensitzung zu Posen zur Interpellation und Debatte gekommen über die Frage des Zutrittsrechts der Besichtigungskommission. Wo fängt überhaupt das „öffentliche“ Gesundheitswesen an, wo hört es auf? M. E. kann man einem kleinen Häusler oder Stellenbesitzer in ärmlichen Verhältnissen polizeilich nicht verwehren, vielleicht mit vielköpfiger Familie den einzigen vorhandenen, aber unzulänglichen Raum zu bewohnen, Federvieh, Ferkel und anderes Gethier in seinen vier Wänden umherlaufen zu lassen, ebenso wenig wie man ihn zwingen kann, das Zimmer zu lüften, in einem sauberen Bette zu schlafen und sonst auf Ordnung und Reinlichkeit in seiner Wohnung zu halten. Das ist Privatsache. Sobald er sich aber Gesinde hält, kann und muss er angehalten werden, für dieses ein gesundheitsgemässes Unterkommen zu schaffen; sobald er Räume vermiethet, muss er diese in bewohnbarem Zustande halten; wo eine, wenn auch private Wasserentnahmestelle ist, muss dieselbe in hygienisch einwandsfreiem Zustande sich befinden; die unreinen Abgänge des privaten Haushalts dürfen nicht in einer die Nachbarschaft belästigenden Weise untergebracht oder weggeschafft werden. Nicht selten findet man die Düngerstätten ohne jede Abgrenzung den grössten Theil des Hofes einnehmend, bis unmittelbar an die Hausthüren oder Brunnen reichend; in einzelnen Fällen habe ich unglaubliche Anhäufungen von Hausabgängen von jahrelanger Entstehung, Komposthaufen gleichend, gefunden, über die man geradezu hinwegschreiten musste, um zur Wohnung zu gelangen; ferner das häufig absichtlich bewirkte Abfliessen der Jauche aus den Ställen und Düngergruben auf die Strasse selbst, oder in die Rinnsteine und Strassengräben, alles das sind Missstände, die man auch auf dem Lande nicht zu dulden braucht. Ob ich jeden kleinen Stellenbesitzer auf dem Lande anhalten kann, sich einen Abtritt und ein Pissoir hinzustellen und zu benutzen, erscheint mir ebenso fraglich wie unthunlich; mag er und seine Familie ruhig im Stalle, Garten, oder auf dem Acker seine Bedürfnisse verrichten. Dagegen verlange ich, dass zu jeder Miethswohnung oder wenigstens für mehrere zusammen ein Abort gehöre. Ich habe an sehr vielen Orten bei den Dominialleutehäusern mitunter für 6—8 oder mehr dicht bei einander wohnende vielköpfige Familien nicht eine einzige derartige Anlage, wohl aber dafür die nähere Umgebung entsprechend verunreinigt gefunden. Man denke sich solche Verhältnisse in Cholerazeiten, so wird man nicht daran zweifeln, dass

es sich um öffentliches Gesundheitswohl handelt. Der übliche Einwand der Gutsbesitzer und Inspektoren, dass solche Anlagen doch nicht benutzt würden, die Leute gingen lieber in's Freie, ist nicht stichhaltig. Ich bin thatsächlich mehrfach von den Leuten selbst auf den Mangel eines Aborts aufmerksam gemacht worden. Dem Inspektor, Gutsverwalter oder gar dem „vielmögenden" oder „edlen" Herrn gegenüber wagen sie solche luxuriöse Wünsche erst gar nicht vorzutragen. Stellenweise waren Aborte zwar vorhanden, aber so verunreinigt oder demolirt, dass sie nicht zu benutzen waren. Selbstverständlich darf es an einem gewissen sanften Zwange zur Benutzung und Instandhaltung der geschaffenen Gelegenheit nicht fehlen. Es ist eben ein Stück Kulturarbeit, das zu vollbringen ist, und bei dem die Mitwirkung des Gendarmen zunächst wenigstens nicht entbehrt werden kann.

In der kleinen Stadt pflegen die Abfuhr- und Abwässerverhältnisse sanitär ebenfalls wenig günstig zu sein. Die Einrichtung der Rinnsteine muss besonders auf Terrain mit wenig Gefälle trotz aller Polizeiverordnungen erhebliche Missstände zeitigen. Aber wenn es z. B. in der lokalen Polizeiverordnung heisst: „Spülicht- und andere unreinen Wässer sind nicht in die Rinnsteine oder Abzugsgräben zu bringen", so möchte ich die Polizeihandhabung sehen, die dieser Vorschrift Geltung zu verschaffen vermöchte. Eine solche Vorschrift ist einfach widersinnig. Alles Spülicht und alle unreinen Wässer der Stadt müssen in aller Welt durch die Rinnsteine und Abzugsgräben ihren Weg nehmen, wenn eben keine unterirdische Ableitung vorhanden ist. Der Schwerpunkt liegt in der Reinigung der Rinnsteine und deren Instandhaltung. Da, wo jeder Hausbesitzer vor seiner Thür fegen und reinigen soll, d. h. überall, wo keine allgemeine öffentliche Reinigung der Strassen stattfindet, wird zumal bei dem auch meist vorhandenen Mangel einer Wasserleitung nur ein sehr straffes Polizeiregiment salubre Verhältnisse bezüglich der Abwässerbeseitigung schaffen können. Nicht besser ist es mit der Behandlung der festen Abgänge, der Reinigung der Gruben. Meine Erfahrungen sind gerade hierin die denkbar ungünstigsten. Enge, verbaute Höfe, in diesen allerlei nützliche Hausthiere, welche zur Anhäufung von Unrath beitragen; die Grube ungemauert und unbedeckt, dann unregelmässige, aus allerlei Gründen verzögerte Räumung, all' dieses zusammen zeitigt unglaubliche Zustände. Natürlich findet man dann gar nicht selten überlaufende, womöglich absichtlich mit ober- oder unterirdischem Abfluss versehene Gruben. Und dann muss, wenn es gar nicht mehr zu umgehen ist, der unerträglich angehäufte Unrath da, wo es an einer Einfahrt fehlt, kübelweise durch den engen Hausflur abgetragen werden. Mindestens dauert eine solche Grubenräumung ungebührlich lange, und es soll vorkommen, dass nothgedrungen der Tag zu Hülfe genommen oder sogar ausschliesslich zu dem unsauberen, auf's Lästigste empfundenen Geschäfte benutzt wird. Schwierige Abfuhrverhältnisse an Orten, die keine kommunale Einrichtung dafür haben, bilden in der That einen der Hauptgründe für die

Entstehung der geschilderten Uebelstände. Natürlich ist an solchen Orten die Schaffung einer kommunalen Fäkalienabfuhr die erste Grundbedingung zur Herbeiführung erträglicher Zustände. Die zweite Bedingung dafür ist die Anlage undurchlässiger Abortgruben in gehöriger Entfernung von den benachbarten Gebäuden, wie solche nach dem Allgemeinen Landrecht, Theil 1, Titel VIII, §§. 125, 126 und dementsprechend durch die lokalen Polizeiverordnungen meist vorgeschrieben, leider aber wohl in den kleinen Städten — ich nehme an, auch in anderen Gegenden — noch immer in der Minderheit sind. Auch etwaige Ställe sind entsprechend diesen Vorschriften massiv etc. anzulegen.

Einen weiteren Uebelstand, der ebenfalls nicht wenig zur unnöthigen Vermehrung des Inhalts und vorzeitigen Füllung der Gruben beiträgt, bildet der Mangel einer besonderen Müllgrube auf vielen Höfen. Wenn aller Unrath, Asche, Müll, Scherben, Stroh etc. in die Abortgrube wandert, dann sind die geschilderten Missstände unvermeidlich. Dem Landwirth ist mit solcher „Verunreinigung" des städtischen Düngers, der sich an und für sich keiner grossen Nachfrage erfreut, ebenfalls nicht gedient. Also Anlage einer besonderen Stätte für Müll und andere feste Abfallstoffe.

Auf dem Gebiete der Wohnstätten sind mir ebenfalls manche interessanten Dinge begegnet. Wieder sind es vorzugsweise die Wohnungen der Dominialleute, die am meisten Anlass zu Ausstellungen gaben. In was für Löchern solche Arbeiterfamilien zu hausen gewohnt sind — darin macht sich übrigens bereits ein Wandel zum Besseren bemerkbar — ist erstaunlich. Der Fussboden gestampfter Lehm, die Wände aus Lehmfachwerk, das Dach von Stroh, Ofen und Kochherd aus rohen Ziegelsteinen, in einer Ecke der „Keller" in Gestalt eines mit Brettern verdeckten Schachtes; die Höhe der Stube selten über 2 m, häufig nur eben mannshoch, die übrigen Dimensionen ebenfalls mehr als bescheiden; die oder meist das Fenster von winziger Fläche, gewöhnlich verklebt und zugenagelt — das ist Wohn-, Ess-, Schlafraum, Küche, Waschküche, Vorrathsraum, alles zusammen. Und wehe, wenn das Haus alt und im Verfall begriffen, die Hausfrau unordentlich und schmutzig ist — in der Regel trifft beides zusammen — in einem solchen Hause ist's fürchterlich, dann kann überhaupt nur eine Massnahme in Frage kommen: niederreissen und neu bauen.

Abgesehen von diesem allgemeinen Wohnungselend — es giebt auch schon rühmliche Ausnahmen davon — trifft man hier und da auch auf ganz besondere Missstände. In einem sonst gar nicht so baufälligen Hause hatten die Bewohner, weil es gerade regnete, Schirme über den Betten aufgespannt, um sie nur einigermassen vor dem durchdringenden Regen zu schützen. In einem anderen Hause desselben Dorfes fehlte eine Wand zwischen Wohnraum und Stall gänzlich und war durch einen Vorhang von aneinander genähten Säcken ersetzt. Kein Mensch kümmert sich um solche Dinge. Die Insassen wagen es kaum, ihre Klagen vorzubringen.

Die Wohnungsverhältnisse in der kleinen Stadt lassen auch viel zu wünschen übrig. Finstere Flure und Treppen, fehlende Treppengeländer und Kellerthüren, mangelhafte Beleuchtung der Wohnräume, Vorhandensein von Ofenklappen sind einige von den zahlreichen Mängeln. Ganz besonders vernachlässigt habe ich die Schlafräume für Dienstboten, Lehrlinge etc. gefunden. In der überwiegenden Mehrzahl waren es Dachkammern ohne Verschalung, ohne Fenster, mitunter auch ganz offene Bodenräume ohne Trennung für die Geschlechter; hier und da, besonders bei Bäckern, Kellerräume. Es ist unbedingt nothwendig, dass bei den Besichtigungen diese Verhältnisse beachtet werden. Es ist die einzige Gelegenheit, um dem dienenden Stande da, wo es dem Arbeitgeber an Einsicht oder gutem Willen fehlt, zu einem menschenwürdigen und gesundheitlich zulänglichen Unterkommen für die Nacht zu verhelfen. Die üblichen Entgegnungen der Betheiligten, sie hätten es in ihrer Jugend auch nicht besser gehabt, sind selbstverständlich nicht massgebend.

Ein wichtiger Gegenstand der Besichtigungen ist die Wasserversorgung. In meinem Bezirk findet dieselbe nahezu ausschliesslich mittelst Brunnen statt, und zwar hat beinahe jedes Gehöft, allenfalls zwei oder drei benachbarte zusammen auf der Grenze einen eigenen Brunnen. Die hier allgemein üblichen offenen Kesselbrunnen liefern im Grossen und Ganzen ein brauchbares Wasser, das zwar vielfach gröbere Verunreinigungen, Pflanzentheile, Schlammflöckchen etc. enthält, aber doch an und für sich unschädlich ist und wohl unschädlich sein muss, auch wenn die Wand des Kessels aus morschen, moosbekleideten Brettern oder locker gefugten Feldsteinen besteht. Der Bauer hier zu Lande bevorzugt den offenen Kesselbrunnen mit Zieh-, Winde- oder Schöpfvorrichtung, weil er ihn sich selbst anlegen und ohne viel Kosten ausbessern kann. Der Hauptfehler solcher Brunnen ist ein zu tiefes Niveau des Brunnenrandes oder -Kranzes und undichte Einfassung. Ueberragt die Kesselwand die Umgebung, oder fällt der Brunnenrand nach allen Seiten etwas ab, ist womöglich gepflastert, so ist die Haupt- und gefährlichste Quelle der Verunreinigung, das Hineinlaufen von Jauche über den Rand, verstopft. Oft wird eine massige Kiesaufschüttung rings um den Brunnen genügen. Die Pumpbrunnen haben häufig oder sogar wohl meistens den Fehler undichter Bedeckung. Die hölzernen Bohlen sind nicht gefugt oder werden durch Faulen und Witterungseinflüsse schadhaft und undicht. Ist die Brunnenbedeckung dem Vieh zugänglich — meist ist die Tränke unmittelbar mit dem Ausflussrohr verbunden — oder wird der Brunnen, wie ich es wiederholt im Winter gesehen habe, zum Schutze gegen den Frost mit Dünger bedeckt und verkleidet, so kann eine arge, mit der Zeit sicher gesundheitsschädliche Verunreinigung gar nicht ausbleiben. Ein hoher Ammoniakgehalt kennzeichnet solches Wasser. Die hölzernen Pumpenrohre faulen meist zuerst an der Stelle, wo sie von der Bedeckung umgeben sind; so entsteht in dieser ein ringförmiger Defekt, der schwer auszubessern ist. Allen Flachbrunnen ge-

meinsam ist die Gefahr des Durchsickerns von Jauche aus den benachbarten Düngergruben. Statt der vorschriftsmässigen (Allg. Landrecht) Mindestentfernung von 10 m haben diese Anlagen nur allzu oft eine sehr viel geringere.

Es sind also, auch ohne dass mit einem Schlage sämmtliche Brunnen in einwandsfreie Röhren- oder gar abessynische Brunnen verwandelt werden, eine ganze Reihe einfacher, durchführbarer Massnahmen zur hygienischen Verbesserung der Wasserversorgung auch auf dem kulturrückständigen Lande gelegentlich der Ortsbesichtigungen möglich. Dass bei allen ländlichen Neubauten, bei Errichtung von Privatschlächtereien und sonstigen konzessionspflichtigen Anlagen stets auf Herstellung eines einwandsfreien, natürlich geschlossenen Brunnens gedrungen wird, ist wohl selbstverständlich, gehört aber eigentlich nicht hierher.

Zum Kapitel der Nahrungs- und Genussmittel habe ich vorzugsweise bei Bäckern und Schlächtern bemerkenswerthe Erfahrungen gemacht. Die Arbeitsräume der privaten Schlächtereien befanden sich grossentheils in hygienisch ganz unzulänglicher Verfassung, bisweilen aber in einem über alle Massen unsauberen, ekelerregenden Zustande, dessen Schilderung ich mir erspare. Im Gegensatz dazu liessen die Verkaufsläden verhältnissmässig wenig zu wünschen übrig. Die Spülwässer wurden ausnahmslos ohne jede Klärung heimlich oder offen den Rinnsteinen überantwortet. — In den Bäckereien fielen besonders unsaubere Hantirung mit den Backwaaren, vorübergehende Aufbewahrung der Brote auf der blossen Erde, in offenen Gestellen, auf Treppen und in engen halbfinsteren Gängen und Fluren, seltener unsaubere Backtische und Geräthe, mangelnde Waschgelegenheit u. a. auf. Manch anderer Missstand würde sich wahrscheinlich bei unvermutheten Revisionen während der nächtlichen Thätigkeit in den Backstuben herausstellen. Die vorzugsweise Benutzung von Kellerräumen zu Bäckereien muss als ein schwerer Missstand bezeichnet werden und trägt entschieden viel bei zu unappetitlichen Gepflogenheiten bei diesem Gewerbe. Demselben dürfte nur auf dem Wege besonderer Polizeiverordnungen beizukommen sein. Gegen diese räumlichen und sonstigen Mängel in den Fleischereien und Bäckereien bieten zur Zeit das Nahrungsmittelgesetz vom 14. März 1879 und der §. 120a der Gewerbeordnung (über die Beschaffenheit der Arbeitsräume mit Rücksicht auf die hygienischen Anforderungen zu Gunsten des Arbeitspersonals) die gesetzlichen Handhaben, ob ausreichend, erscheint mir zweifelhaft. — Bezüglich des Verkehrs mit Milch kann es sich bei den Ortsbesichtigungen wohl nur um eine oberflächliche Inaugenscheinnahme der Räumlichkeiten, Sauberkeit der Geräthe, Abwässerverhältnisse etc. der Molkereien handeln; die Prüfung der in den Verkehr gelangenden Milchprodukte sollte besonderer periodischer Kontrole wie in den grossen Städten unterliegen und scheint noch besonderer Vorschriften zu bedürfen. Jedenfalls blüht die Milchpanscherei in den kleinen Städten ebenso wie in den grossen.

Auf dem Gebiete gewerblicher Betriebe bietet mein

Amtsbezirk keine nennenswerthen Vorgänge. Zu erwähnen sind die Missstände, welche mitten in der Stadt gelegene Brauereien, Gerbereien, Seifensiedereien, Gasanstalten u. a. durch Geruchsbelästigungen, Verunreinigung der Rinnsteine, Rauchentwickelung störendes Geräusch etc. hervorrufen. Wo solche Betriebe in der Stadt bestehen, wird in der Regel auch die lokale Polizeiverordnung entsprechende Vorschriften zur Einschränkung der gesundheitsschädlichen Zustände enthalten.

Die Besichtigung der Gefängnisse hat in einem Falle zur Feststellung unleidlicher Zustände eines Polizeigewahrsams geführt. Die beiden vorhandenen Zellen erwiesen sich ohne direkte Licht- und Luftzufuhr und mussten auch für vorübergehenden Gewahrsam als gesundheitsschädlich bezeichnet werden.

Die Fürsorge für die Kranken und Gebrechlichen ist ein Gegenstand, welcher besonders auf dem Lande eingehender Berücksichtigung bedarf. Ich habe in vereinzelten Fällen verwahrloste Kranke, Idioten, gebrechliche Personen in elender Verfassung und unwürdiger Behausung gefunden und lasse mir regelmässig solche Personen besonders namhaft machen. Bei der Indolenz und Armuth eines grossen Theiles der hiesigen Bevölkerung dürfen solche Entdeckungen nicht überraschen.

Das sind im Wesentlichen die bemerkenswerthen Befunde meiner ersten Ortsbesichtigungen. Die Anzahl und Bedeutung der hygienischen Mängel wie sie dabei zu Tage getreten sind, rechtfertigt durchaus diese Einrichtung und lässt erkennen, welche bedeutende Aufgabe den Kreisärzten damit zugefallen ist. Die gewissenhafte Ausführung der Besichtigung eines einzigen Dorfes von vielleicht 40—50 Wirthschaften und Stellen ist zumal bei ungünstigem Wetter und weiter Entfernung vom Wohnort, ferner bei räumlich sehr ausgedehnter Ortschaft eine strapaziöse, geistig und körperlich in hohem Grade ermüdende Arbeit. Ich würde übrigens keine Bedenken tragen, bei besonders ungünstigem Wetter die Besichtigung einfach aufzuschieben. Im Winter sind dieselben überhaupt nicht empfehlenswerth wegen der Kürze der Tage und der alle möglichen Schäden und Blössen bergenden Schneedecke.

Noch ein Wort über die Protokolle.[1]) Die Abfassung derselben an Ort und Stelle verbietet sich in der Praxis von selber, daher auch die Mitunterzeichnung des betheiligten Orts- pp. Vorstehers. Ein summarisches Schildern der Beanstandungen halte ich für ganz zwecklos. Vielmehr erachte ich es für wichtig, dass das Protokoll jeden einzelnen Mangel nach Art und Namen so bezeichnet, dass die ausführende Polizeibehörde thatsächliches Material erhält und bei späteren Besichtigungen eine Kontrole leicht möglich ist.

Man braucht sich nun allerdings nicht der Hoffnung hinzugeben, dass wirklich alle zu Papier gebrachten Schäden und Missstände Hals über Kopf beseitigt werden, und dass, um mit den

[1]) Genügend Raum bietende und sehr preiswerthe Formulare werden von der Druckerei H. Schwantes in Schrimm und von der Hofbuchdruckerei J. C. C. Bruns in Minden geliefert.

Worten des Kollegen Behla[1]) zu reden, jeder preussische Kreis in wenig Jahren steril sein werde. Denn Hygiene ist Kulturarbeit und braucht Zeit. Aber es ist auch schon sehr werthvoll, dass zunächst einmal auf die gröbsten hygienischen Sünden in Stadt und Land energisch der Finger gelegt und die Erkenntniss geweckt werde, dass Vieles ganz anders sein könnte und müsste. Zur Erhöhung der Beliebtheit des Medizinalbeamten als Arzt und Hebung seiner Privatpraxis sind freilich diese sanitätspolizeilichen Bestrebungen nichts weniger als geeignet, im Gegentheil!

Ueber die neueren Methoden zur Lichtprüfung auf Arbeitsplätzen.

Von Dr. Hans Wolff, Kreisassistenzarzt in Stralsund.

Die Zahl der Apparate, welche als ein Ersatz für das kostspielige und nur unter der Hand eines oder noch besser zweier geübter Beobachter zuverlässigen Weber'schen Photometers für die hygienischer Beurtheilung dienende Lichtmessung erdacht sind, war bis vor Kurzem eine herzlich geringe, gab es doch für diese Zwecke nur den Weber'schen Raumwinkelmesser und den Cohn'schen Lichtprüfer für Arbeitsplätze. Neben anderen Unzulänglichkeiten, welche diesen Instrumenten anhaften, lassen sie dann gänzlich im Stich, wenn die Frage betreffs der Belichtung eines Arbeitsplatzes nach der Anzahl der Meterkerzen gestellt wird. Und war einmal, wie es aus mehr als einem Grunde mit Recht hygienischerseits geschehen ist, die Beurtheilung der Helligkeit von Plätzen auf der Anzahl von Meterkerzen aufgebaut, so ist der Mangel an leicht und sicher zu handhabenden Instrumenten und Methoden, die solche bestimmen, ein recht empfindlicher. Diese Lücke auszufüllen, sind nun in schneller Aufeinanderfolge in den letzten Monaten mehrere Verfahren bezw. Instrumente angegeben worden.

Die erste ist die Wingen'sche Lichtprüfungsmethode mittelst lichtempfindlichen Papieres, über welche H. Cohn[2]) ausführlich berichtete. Die Methode beruht darauf, dass gewisse, Chlorsilber enthaltende Papiersorten, wie sie zu photographischen Zwecken benutzt werden (z. B. Aristopapier), unter dem Einfluss des Lichtes

---

[1]) Kreisarztlied in Nr. 18, 1901, dieser Zeitschrift.

[2]) Deutsche med. Wochenschrift; 1902, Nr. 5 und 6. Das optische Institut von Fritz Thiessen-Breslau I, Schmiedestrasse 30 32, welche das Aristonpapier liefert, giebt dabei auch eine genaue Beschreibung des Verfahrens.

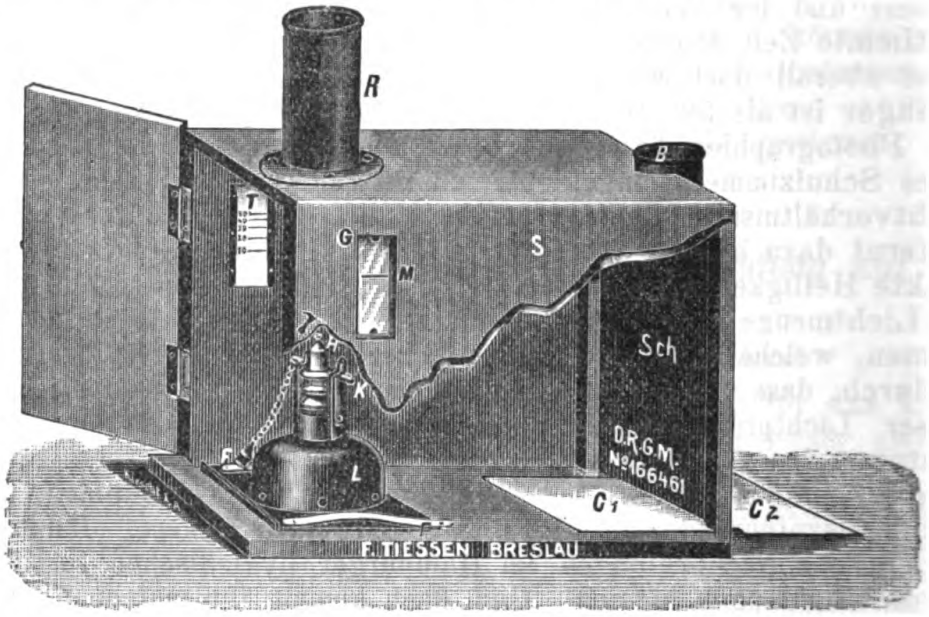
Der Preis für 50 Stück Prüfungstäfelchen nebst der Probe von normalbelichtetem Papier und einem Fläschchen Fixirbades beträgt 5 Mark. Geschnittenes Aristopapier wird im Brief mit 1,20 Mk. per 50 Stück franko auf Nachbestellung umgehend übersandt. Bei umfangreichen Prüfungen durch Behörden werden je nach der Menge des erforderlichen Materials bedeutende Preisermässigungen vereinbart. Die Lieferung des Materials schliesst jedoch die Gebühren einer Lizenz zur Anstellung der Prüfung nicht ein; es ist vielmehr in jedem Falle mit dem Erfinder Herrn Königl. Baurath A. Wingen, Bonn—Poppelsdorf, Kirschen-Allee 9 ein Abkommen erforderlilh.

sich bräunen und zwar um so intensiver, je stärker die Helligkeit ist, der sie ausgesetzt sind. Kennt man, oder hat man mittelst des Photometers in einer Schulklasse oder einem Arbeitssaal die Helligkeit eines guten Platzes als 50 Meterkerzen betragend ermittelt und legt nun hier wie an allen übrigen Plätzen für eine bestimmte Zeit Stückchen von Aristopapier aus, so werden sich diese überall dort weniger intensiv bräunen, wo die Helligkeit geringer ist als 50 Meterkerzen. Diese Papierstückchen werden wie Photographien fixirt und behandelt, und geben, in den Plan eines Schulzimmers eingeklebt, ein instruktives Bild über dessen Lichtverhältnisse. Es liegt auf der Hand, dass die Methode nicht entfernt dazu berufen sein kann, als vollwerthiger Ersatz für die exakte Helligkeitsbestimmung zu gelten; denn sie stellt eben nicht die Lichtmenge an bestimmten Plätzen fest, sondern lässt nur erkennen, welche Plätze die erforderliche Helligkeit nicht besitzen. Dadurch, dass von der Firma, welche die nöthigen Utensilien zu dieser Lichtprüfung liefert, ein Vergleichspapier, das einer Belichtung von 50 Meterkerzen eine Stunde lang ausgesetzt war, mitgegeben wird, ist die Anwendung der Methode eine einfache und leicht auszuführende; ihre Resultate sind relativ sichere. Ich habe mich durch Nachprüfungen im Hamburger hygienischen Institute davon überzeugen können. Und doch kommt ihr meiner Ansicht nach nicht jene Bedeutung zu, wie es bei ihrem Bekanntwerden faute de mieux erschien. Auch Cohn sagt von ihr bei einer späteren Gelegenheit: „So werthvoll die Methode ist, um einen bleibenden vergleichenden Ueberblick über alle Schülerplätze zu bekommen, so ist sie doch in mancher Hinsicht umständlich, zeitraubend und auch kostspielig. Es müssen photographische Papiere gekauft, entwickelt und fixirt werden. Nicht jeder Arzt ist mit der Photographie genügend vertraut.“ Diese Bedenken, denen leicht noch verschiedene andere hinzugefügt werden könnten, bestehen sicher zu Recht. Aber wie dem auch sei, das Verfahren ist geistreich ersonnen, originell und wird gelegentlich mit Vortheil anzuwenden sein.

Für den Gebrauch in der Praxis wird aber in den meisten Fällen ein Apparat vorzuziehen sein, welcher die Zahl der Meterkerzen direkt angiebt. Die Konstruktion eines solchen ist nun ebenfalls dem Baurath Wingen gelungen. Der Apparat (s. umstehende Abbildung)[1]) ist im Prinzip dem Weber'schen Photometer gleich, lehnt sich ihm auch sonst in einigen Details an. Eine im Innern eines Kastens befindliche Benzinflamme bedingt je nach ihrer Grösse auf der Bodenfläche des Kastens eine Helligkeit von 10—50 Meterkerzen. Im Deckel des Kastens an der einen schmaleren Aussenwand ist ein aus rothem Glase bestehendes Fensterchen (G) angebracht und durch die Kastenwand so in zwei gleiche Hälften getheilt, dass die eine die Bodenfläche des Kastens, die andere einen Ansatz

[1]) Das optische Institut von Fritz Tiessen-Breslau I liefert den Apparat zum Preise von 26 Mark (in elegantem Kasten mit Lederhandhabe und Schlösschen: 30 Mark); es giebt zu jedem Apparate ebenfalls eine genaue Gebrauchsanweisung.

an dem Kasten, der das äussere, zu messende Licht aufzufangen bestimmt ist, dem Beobachter zeigt. Durch Regulirung der Flamme, die in ganz ähnlicher Weise wie beim Weber'schen Photometer und auch wie bei diesem von aussen her geschieht, kann man die



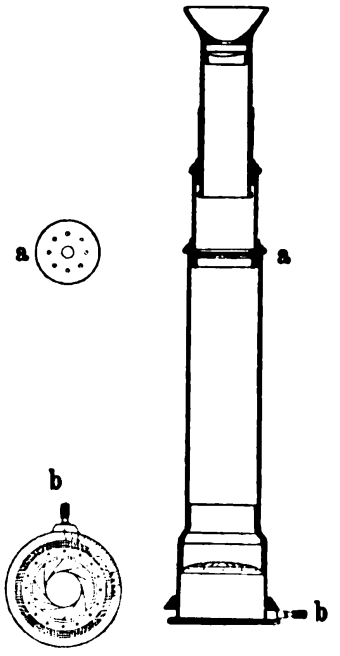
Lichtmenge an einem Platze bis zu 50 Meterkerzen annähernd genau bestimmen. Die Rothfärbung des Fensters lässt den Vergleich der röthlichen Benzinflamme mit dem bläulichen Tageslicht oder elektrischen Licht leicht zu. Bei seiner lediglich hygienisch-praktischen Bestimmung ist der Apparat für grössere Lichtintensitäten als 50 Meterkerzen nicht berechnet. Mehrfach von mir vorgenommene Kontroluntersuchungen mit dem Weber'schen Photometer ergaben, dass der mir zur Verfügung stehende Wingen'sche Apparat durchaus gute Messungsresultate liefert. Er ist daher — wie ich im Gegensatz zu Cohn,[1]) welcher den Apparat zuerst beschrieb, hervorheben möchte — nicht nur ein Lichtprüfer, sondern für die Werthe bis 50 Meterkerzen auch ein hinreichend zuverlässiger Lichtmesser. Da er überaus einfach konstruirt und so leicht zu handhaben ist, dass auch der Ungeübteste ohne Weiteres brauchbare Messungsresultate damit zu erzielen vermag, da ferner sein Preis ein verhältnissmässig niedriger ist, so kann er allen denen, welchen die Ueberwachung der Lichtverhältnisse in Schulen, Bureaux, Werkstätten u. s. w. obliegt, warm empfohlen werden. Und gewiss ist der Wunsch Cohn's, mit dem er die Empfehlung des Apparats an anderer Stelle begleitet: „Möge er ähnlich wie ein Zimmerthermometer bald nirgends mehr fehlen", für Schulen u. s. w. kein allzu anspruchsvoller.

Angeregt durch die Wingen'schen Arbeiten und bestrebt, auf dem Gebiete der hygienischen Lichtuntersuchung die Methodik noch weiter auszubilden und zu verbessern, hat vor Kurzem der

---

[1]) Deutsche med. Wochenschrift; 1902, Nr. 19.

Physikus Dr. Pfeiffer[1]) in Hamburg in Verbindung mit dem Hofphotographen Zink in Gotha ein Instrument zur Lichtmessung erfunden, das dem Wingen'schen Kasten in mancher Hinsicht vielleicht noch überlegen ist. Das einem kleinen Fernrohr ähnliche Instrument war in seiner ursprünglichen Gestalt an seinem unteren (Objektiv-)Ende mit einer Scheibe verschlossen, in deren Rand innerhalb eines Gehäuses Reihen von Löchern vorgesehen waren, welche, mit verschieden starken transparenten Schichten überzogen, durch Drehen in einem Spalt nacheinander sichtbar wurden. Beim Hineinsehen in den Tubus bemerkte man 4 Lichtpunkte, drei kleinere und einen grösseren. Durch Drehung des Knopfes wurden nun die verschiedenen Oeffnungen unter den spaltförmigen Ausschnitt nacheinander so lange gebracht, bis die drei kleinen Löcher eben unsichtbar wurden, die grösste Oeffnung aber noch Licht hindurch liess. Nun konnte man an einer aussen am Instrument befindlichen Skala den Stand des Zeigers ablesen und über der gefundenen Zahl in einer zweiten Reihe die Anzahl der der auf dem Platz vorhandenen Meterkerzen. Da aber die Befürchtung bestand, dass die aus transparentem Papier hergestellten Ueberzüge der Löcher in ihrer Lichtdurchlässigkeit sich allmählich verändern und dadurch Messungsfehler bedingen konnten, die nur durch wiederholte Aichungen zu vermeiden waren, hat Herr Zink nach den mir von Herrn Physikus Dr. Pfeiffer gemachten Mittheilungen den Lichtmesser in seiner Konstruktion insoforn geändert (s. nachstehende Abbildung), als an Stelle der transparenten Schichten, die in Wegfall gekommen sind, eine Irisblende (b) am Ende des Tubus



angebracht ist. Die Scheibe bei a hat ausserdem neben dem grösseren Lichtpunkt 8 kleinere, kreisförmig angeordnete erhalten,

[1]) Münchener med. Wochenschrift; 1902, Nr. 22.

welche beim Schliessen der Blende bei der bestimmten Meterkerzenzahl verschwinden. Zur Erleichterung der Arbeit bei verschiedener Sehschärfe des Benutzers, befindet sich ferner in dem verschiebbaren Tubus eine Linse. Das Licht wird in 25 cm Abstand vom Boden des Stativs gemessen und zwar von einer Mattscheibe. Das Instrument, von dem jedes zum Versand gelangende Exemplar vorher nach dem Weber'schen Photometer geaicht wird, arbeitet bis auf 6—8 Meterkerzen genau und gestattet wesentlich grössere Lichtmengen als das Wingen'sche innerhalb dieser sehr geringen Fehlergrenzen genau zu bestimmen.[1]) Das Fixirungsgestell ist zusammenklappbar, so dass der ganze Apparat bequem in der Tasche zu transportiren und sehr handlich ist. Zur Erzielung sicherer Messungsresultate gehört einige Uebung, die aber nur kurze Zeit in Anspruch nimmt.

Ob der Wingen'sche Apparat oder der Zink'sche sich schliesslich als der beste und geeignetste bewähren wird, das wird die Zukunft lehren; ich persönlich bin geneigt, dem exakteren, dafür aber etwas diffizileren Zink'schen Instrument den Vorzug zu geben; aber das ist vielleicht nur Geschmackssache.

Ich möchte diese kurze Schilderung der neuesten hygienischen Lichtprüfungsmethoden nicht ohne eine allgemeine Bemerkung schliessen. In seinem vor einigen Wochen erschienenen trefflichen „Leitfaden der Hygiene" hat Nussbaum an der bisherigen Art der Lichtmessung in Schulen, Arbeitssälen u. s. w. in einer Weise Kritik geübt, die gerade, weil sie von so autoritativer Seite kommt, nicht ohne Widerspruch bleiben darf. Wenn Nussbaum sagt: „Nach Meterkerzen-Helligkeit Ansprüche an die Tageslichtbeleuchtung zu stellen, das nach H. Cohn's Vorgang bisher ziemlich allgemein geschehen ist, kann zu irgend welchen Erfolgen nicht führen", und diese Behauptung dann weiter damit begründet, dass die Helligkeitsverhältnisse in Abhängigkeit von Klima, Witterung u. s. w. in so weiten Grenzen schwanken, dass alle in der angedeuteten Weise gemachten Angaben und Untersuchungen einseitig, lückenhaft und von mehr als zweifelhaftem Werthe sind, so kennt er, meine ich, entweder nicht die Cohn'sche Schrift „Wie soll der gewissenhafte Schularzt die Tagesbeleuchtung in den Klassenzimmern prüfen?" oder er versagt ihr diejenige Anerkennung und Werthschätzung, die sie wohl verdient. Cohn ist sich durchaus der Schwierigkeiten bewusst, die mit der Prüfung der Tagesbeleuchtung verknüpft sind. Um diesen zu begegnen und zu bezwecken, dass eine solche Prüfung in richtiger und zweckentsprechender Weise vor sich gehe, hat er in der genannten Schrift nicht weniger als 60 Fragen für jedes Klassenzimmer zur Beantwortung gestellt, 22 davon beziehen sich auf photometrische Messungen. Bei ihrer Aufstellung ist allen Umständen und allen Möglichkeiten einer Lichtbeeinträchtigung durch Witterungsver-

[1]) Dieses neue Instrument ist von der Firma J. Hambruch & Co. in Hamburg (gr. Burstah Nr. 33) für 35 Mark zu beziehen.

hältnisse, Neubauten in der Nachbarschaft und dergl. mehr in sorgfältigster und weitgehendster Weise dergestalt Rechnung getragen, dass unter solchen Bedingungen vorgenommene Feststellungen von Meterkerzen sehr wohl den Anspruch machen können, ein zuverlässiges und brauchbares Urtheil über die Lichtmenge auf den in Frage kommenden Plätzen zu ermöglichen. Ob die Bestimmung nach Meterkerzen als endgültige Lösung der hygienischen Lichtmessungsfrage aufzufassen ist, möge ja dahingestellt bleiben; einstweilen aber werden wir gut daran thun, an der bisher üblichen Methodik festzuhalten und den grösseren Erfolg auf diesem Gebiete und auch die bessere Kompetenz Cohn zuzuerkennen.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Versuche über Infektion durch kutane Impfung bei Thieren. Von Dr. E. Fritsche, Königl. sächsischer Stabsarzt, kommandirt zum Kaiserlichen Gesundheitsamte. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Beihefte zu den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts. Achtzehnter Band. Drittes (Schluss-) Heft. Mit 2 Tafeln. Berlin 1902. Verlag von Julius Springer. Preis: 7 Mark.

Die bakteriologische Diagnose vieler Infektionskrankheiten stösst vielfach auf Schwierigkeiten, sobald durch Saprophyten verunreinigtes und in Zersetzung begriffenes Material zur Untersuchung gelangt. Die deutsche Pestkommission hatte deshalb zur Erleichterung der Isolirung der Pestbazillen aus verdächtigem Material die Verimpfung auf die Augenbindehaut der Ratten empfohlen. Noch bessere Erfolge hatten österreichische Forscher bei der Pest durch kutane Impfung in Form der Einreibung der Bazillen in die rasirte Haut erzielt; Erfolge, die von anderen Autoren bestätigt wurden. Auf Grund dieser günstigen Urtheile erschien es wünschenswerth, auch noch eine Reihe anderer Bakterien auf ihre Fähigkeit, bei Einreibung in die frisch rasirte Haut Allgemeininfektion zu erzeugen, zu prüfen, sowie dabei festzustellen, auf welchem Wege sie in die Haut eindringen und welche Veränderungen sie hier hervorrufen. F. führte diese Untersuchungen aus und kam zu folgenden Resultaten:

1. Ausser den Pestbazillen sind noch die Erreger des Milzbrandes, der Diphtherie, des Schweinerothlaufs, der Schweineseuche, der Geflügelcholera und des Rotzes, ferner der Staph. pyog. aureus, der Diploc. lanc. Fr., der Streptoc. pyogenes, die Bazillen der Menschen- und Rindertuberkulose im Stande, von der rasirten Haut aus Thiere zu tödten.

2. Von der zur Gruppe der hämorrhagischen Septicaemien gehörigen Bakterien tödteten allein die Pestbazillen Meerschweinchen bei dieser Impfung.

3. Der Krankheitsverlauf dauerte im Allgemeinen länger als bei subkutanen Impfungen, bei Tuberkulose etwa doppelt so lange. Dafür waren aber die Veränderungen an der Impfstelle unter Umständen sehr charakteristisch, wie bei Diphtherie und Rotz.

4. Der Weg, den die Bakterien von der Oberfläche nach der Tiefe der Haut einschlagen, ist bei den einzelnen Arten verschieden; manche, z. B. Milzbrand-, Schweinerothlaufbazillen und Staphylokokken bevorzugen die Hautbälge, andere hingegen, wie die Diphtheriebazillen, dringen überhaupt nicht tief in die Haut ein, wieder andere, wie Pest, Rotzbazillen und Streptokokken benutzen vorzugsweise die Lymphwege, oder endlich die Schweineseuche-, Geflügelcholerabazillen und der Diploc. lanc. Fr. die Kapillaren und Blutgefässe.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Die biologische Methode Gosio's zum Nachweis des Arsens und die Bildung organischer Arsen-, Selen- und Tellur-Verbindungen durch

Schimmelpilze und Bakterien. Von Dr. Albert Maassen, technischer Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

Gmelin hat bereits im Jahre 1839 darauf hingewiesen, dass in der Luft von Wohnräumen, deren Wände mit arsenikhaltigen Tapeten bekleidet sind, gesundheitsschädigende, flüchtige Arsenverbindungen auftreten, die durch ihren eigenthümlichen, knoblauchartigen Geruch bemerkbar werden. Eine befriedigende Erklärung dieser auffallenden Thatsache gaben erst die im Jahre 1892 von Gosio gemachten Befunde, welche feststellten, dass gewisse Schimmelpilze, namentlich Penicillium brevicaule, beim Wachsthum auf schwach arsenikhaltigem Nährboden befähigt sind, flüchtige Arsenikverbindungen zu bilden, die sich durch einen starken, knoblauchartigen Geruch auszeichnen. Diese Beobachtung brachte G. auf den Gedanken, den Pilz zum Nachweis des Arsens zu benutzen, und zwar in der Weise, dass er Kartoffelbrei oder Kartoffelscheiben mit der auf Arsen zu untersuchenden Substanz zusammenbrachte und diesen Nährboden nach der Sterilisation mit Sporen von Pen. brev. besäte. Bei Gegenwart von Arsenverbindungen mussten alsdann die bei 30—32° gewachsenen Kulturen schon innerhalb 24 Stunden den charakteristischen Knoblauchgeruch zeigen. Die weiteren Versuche G.'s, welche von den verschiedensten Forschern im vollen Umfange bestätigt wurden, beweisen, dass diese „biologische" Methode einer fast unbeschränkten Anwendbarkeit fähig ist, und dass sie an Feinheit der Reaktion die besten chemischen Methoden des Arsennachweises übertrifft. Es erhob sich nun die Frage, ob Pen. brev. etwa auch mit anderen chemischen Körpern knoblauchartig riechende Gase bildet? Zahlreiche Chemikalien wurden deshalb mit dem Pilz zusammengebracht, und ihre Kulturen untersucht: in keinem Falle konnte man aber die Bildung des lauchartigen Geruches wahrnehmen, nur Selen und Tellur machten eine Ausnahme. Der Geruch in den selenhaltigen Kulturen des Pilzes ist aber anders, wie der in den arsenhaltigen, und ist nicht leicht mit diesem zu verwechseln: es ist merkaptanähnlich. Der Geruch der tellurhaltigen Kulturen unterscheidet sich jedoch in keiner Weise von dem der arsenhaltigen: er ist ausgeprägt knoblauchartig. Im Gegensatz zum Arsen werden jedoch beim Selen und Tellur die unlöslichen Verbindungen, sowie die freien Elemente nicht, oder doch nur in geringem Masse und erst nach längerer Zeit angegriffen. Der Pilz bildet in ausgesprochener Weise die charakteristisch riechenden, flüchtigen Körper und in Gegenwart von löslichen Selen- oder Tellurverbindungen. Weiterhin ergab sich, dass auch andere Schimmelpilze als Pen. brev., und zwar auch solche, die Arsenverbindungen nicht angreifen, ja selbst Bakterien im Stande sind, unter geeigneten Bedingungen feste lösliche Verbindungen des Selens und des Tellurs in flüchtige, eigenartig riechende Körper überzuführen. Was nun die chemische Konstitution dieser flüchtigen Produkte anlangt, so hält man die Arsengase zum grössten Theil für organische Natur und rechnet sie zu der Gruppe der Arsine. Die festen Tellur- und Selenverbindungen werden nach M. durch die Mikroorganismen in leicht flüchtige Aethylverbindungen umgewandelt. Die Frage endlich, ob die Gosio'sche Reaktion dadurch an Bedeutung für den Arsennachweis verliert, dass sie nicht nur beim Arsen, sondern auch beim Tellur und, wenn auch unter etwas anderer Geruchsbildung, beim Selen auftritt, verneint M., da jeder Irrthum dadurch ausgeschaltet werden kann, dass man das zu untersuchende Material ausser mit dem Arsenpilz noch zur Kontrolle mit einem Pilz zusammenbringt, der Arsen nicht anthylirt, wohl aber Selen und Tellur.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Die Behandlung des Trinkwassers mit Ozon. Von Dr. Ohlmüller, Geh. Regierungsrath. und Dr. F. Prall, Hülfsarbeiter. Ibidem.

Als im Jahre 1891 Fröhlich den Weg gezeigt hatte, Ozon in beliebiger Konzentration und Menge aus dem Sauerstoffe der atmosphärischen Luft darzustellen, nahm das Kaiserliche Gesundheitsamt Veranlassung, die Einwirkung dieses Körpers auf Bakterien klarzustellen. Es zeigte sich, dass das Ozon auf Bakterien, welche im Wasser aufgeschwemmt sind, in kräftiger Weise zerstörend unter der Bedingung einwirkt, dass das Wasser nicht zu stark mit lebloser organischer Substanz verunreinigt ist. Da auf Grund dieser Erfahrung die Möglichkeit der Reinigung des Trinkwassers durch Ozon gegeben war, so wurden von verschiedenen Seiten Versuche in dieser Richtung ausgeführt.

Unter Anderem errichtete die Firma Siemens & Halske in Martinikenfelde eine grössere Versuchsanlage mit einer Leistungsfähigkeit bis zu 10 cbm in der Stunde, eine Anlage, welche O. und P. bei ihren Untersuchungen benutzten. Die Ergebnisse der letzteren lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Durch die Behandlung des Wassers mit Ozon tritt eine beträchtliche Vernichtung der Bakterien ein; in dieser Hinsicht übertrifft das Ozonverfahren die Abscheidung der Bakterien durch Sandfiltration.

2. Im Wasser aufgeschwemmte Bakterien der Cholera und des Typhus werden durch das Verfahren vernichtet.

3. In chemischer Beziehung wird das Wasser durch das Verfahren nur insofern beeinflusst, als eine Abnahme der Oxydirbarkeit und eine Zunahme des freien Sauerstoffs eintritt; beides bedeutet eine Verbesserung des Wassers.

4. Das Ozon, welches bei dem Verfahren das Wasser in Lösung nimmt, ist in technischer und gesundheitlicher Beziehung belanglos, da es sehr rasch in die Form von Sauerstoff übergeht.

5. Das Verfahren verbessert das Wasser durch Zerstörung färbender Substanzen, und

6. durch dasselbe nimmt das Wasser keinen fremdartigen Geschmack oder Geruch an.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Beitrag zur Kenntniss der Nährböden für die Bestimmung der Keimzahl im Wasser. Von Dr. Fr. Prall, Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

Die Hauptergebnisse seiner Untersuchungen fasst Pr. in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Für das Wachsthum der Wasserbakterien sind Nährböden mit Gelatineagarmischung vortheilhafter, als solche mit Gelatine und Agar allein.

2. Der Nährstoff Heyden leistet bei der bakteriologischen Wasseruntersuchung gute Dienste, ist aber für Auffindung von Typhus- und Cholerabakterien weniger brauchbar, als alkalische Fleischwasserpeptonnährböden.

3. Sollen in einem Wasser, sowohl die Zahl, als auch die Arten der Bakterien bestimmt werden, so empfiehlt es sich, neben Nährböden mit Fleischwasser und Pepton auch solche mit Nährstoff Heyden zu verwenden.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber die Einwirkung gasförmiger Blausäure auf frische Früchte. Von Dr. H. Schmidt, wissenschaftlicher Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

Das Kaiserliche General-Konsulat für Australien in Sydney hatte im März 1901 berichtet, dass die Ackerbau-Abtheilung des Staates Viktoria Versuche, angeblich mit Erfolg, angestellt hätte, frische, sonst dem Verderben ausgesetzte Früchte durch Behandlung mit gasförmiger Blausäure zu konserviren. Die Verwendung eines so ausserordentlich giftigen Gases zur Obstkonservirung musste Befremden erregen, und es entstand zunächst die Frage, ob die Früchte bei diesem Verfahren nicht etwa Blausäure aufnehmen und damit Veranlassung zur Schädigung der menschlichen Gesundheit zu geben vermögen. Sch. stellte nach dieser Richtung hin Versuche an, welche ergaben, dass

1. alle Früchte im Stande sind, gasförmige Blausäure aufzunehmen;

2. dass die aufgenommene Blausäure nur zum Theil wieder abgegeben wird, zum anderen Theil aber in den Früchten verbleibt, und zwar sehr wahrscheinlich an Zucker gebunden;

3. dass grosse Blausäuremengen abtödtend auf die meisten Früchte (Pflaumen ausgenommen) einwirken und sie in Farbe und Konsistenz so verändern, dass sie unverkäuflich werden;

4. dass dem australischen Verfahren, Früchte durch Behandlung mit gasförmiger Blausäure vor dem Schimmeln und der Fäulniss zu schützen, eine Bedeutung nicht zukommt, weil eine Blausäureatmosphäre, wie sie, ohne die Frucht selbst zu schädigen, zur Anwendung gelangen kann, die Pilzsporen nicht tödtet;

5. dass das Verfahren als nicht unbedenklich bezeichnet werden muss, weil, abgesehen von der möglichen Gesundheitsschädigung der die Arbeit ausführenden Personen, gewisse Früchte, z. B. Pfirsiche, auch aus sehrverdünnter

Blausäure-Atmosphäre das Gas aufzunehmen vermögen, so dass beim Genuss dieser Früchte eine Gefahr für die menschliche Gesundheit nicht ausgeschlossen erscheint. Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber die Wirkungen der Borsäure und des Borax auf den thierischen und menschlichen Körper, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verwendung zum Konserviren von Nahrungsmitteln. Von Reg.-Rath Dr. E. Rost. (Hierzu Tafel 1 bis 3.) Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Beihefte zu den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes. Neunzehnter Band. Erstes Heft. Mit drei Tafeln. Berlin 1902. Verlag von Julius Springer. Preis: 7 Mark.

R. untersuchte die Wirkungen der Borpräparate auf den Stoffwechsel und auf einzelne Organe und zwar von ihrer Aufnahme mit der Nahrung an, durch den Zeitpunkt ihrer Aufsaugung im Darme hindurch bis zu ihrer endgültigen Entfernung aus dem Körper mit dem Harn. Zu diesem Zwecke unterwarf er gesunde Männer einer genau und gleichmässig bestimmten Kost, der während mehrerer — bis zu 12 — Tage Borsäure in steigender Menge zugesetzt wurde, und konnte feststellen, dass in der Borperiode das vorher gleichmässige Körpergewicht mehr oder minder stark zu fallen begann, um nach dem Aussetzen der Borzugabe wieder anzusteigen. R. zieht aus seinen Versuchen den Schluss, dass Borsäure und Borax — sofern sie Mengen von einigen Bruchtheilen eines Grammes übersteigen — zu den keineswegs wirkungs- und gefahrlosen Stoffen gehören. Die Erzeugung einer nicht unbeträchtlichen Harnmenge, die langsame endgültige Entfernung aus Geweben und Säften, die bei Erkrankung der Nieren sich erheblich steigern kann und das Entstehen von Hautausschlägen sprechen nach R. für die Wirksamkeit dieser Substanzen. Die Möglichkeit der Erzeugung von diarrhöischen Zuständen, die Herabsetzung der Aufsaugungsgrösse im Darm und damit die mangelhafte Ausnützung der mit Borpräparaten versetzten eiweiss- und fetthaltigen Nahrungsmitteln, die in Form von Fettverlust entstehende Gewichtsabnahme und die Beeinflussung der Nieren (Eiweissausscheidung) zwingen nach P. zur Einreihung der Borpräparate unter die pharmakologisch-differenten Stoffe. Erschwerend in's Gewicht fällt der Umstand, dass der Fettverlust und die Wasserentziehung nach den P.'schen Versuchen unvermerkt für die Versuchspersonen vor sich geht. „Rechnet man dazu die Veränderung der Milch durch Boraxzusatz, welcher sie für die Labgewinnung fast unzugängig macht, und berücksichtigt, dass das Publikum sich nicht durch Gebrauch seiner Sinne (Geschmack, Geruch) von dem Vorhandensein von Borpräparaten überzeugen und somit schützen kann, so ist vom Standpunkt der Pharmakologie und öffentlichen Gesundheitspflege die Verwendung von Borpräparaten zur Nahrungsmittelkonservirung zu untersagen."

Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber die Wirkung der Borsäure auf den Stoffwechsel des Menschen. Von Prof. Dr. Rubner, Mitglied des Reichs-Gesundheitsraths. Ibidem (s. auch Hygienische Rundschau; Jahrg. 1902, Nr. 4.

Um zu entscheiden, welcher Art der von Rost bei seinen Versuchspersonen beobachtete Gewichtsabfall sei, stellte Rubner bei zwei Männern, welche einer zeitweisen Borsäurezugabe zur Nahrung unterworfen wurden, den gesammten Stoffwechsel einschl. der respiratorischen Ausgaben fest. Das wichtigste Ergebniss hiervon war, dass die Kohlensäureausscheidung, ebenso wie die Wasserdampfabgabe bedeutend anstiegen bei so gut wie unveränderter Eiweisszersetzung. „Eine derartige Veränderung eines Stoffwechsels, welche zu einem Mehrverbrauch an Energie von 22% führt und den Umsatz der N. freien Stoffe um fast 30% erhöhen kann, fällt unzweifelhaft unter den Begriff einer gesundheitlichen Schädigung, da der Fettbestand eines Organismus von grosser Bedeutung für die Erhaltung des Lebens sein kann, und seine Reduktion gegebenen Falls zu einem rascheren Zusammenbruch auch des eiweisshaltigen Materials führen muss. In dieser eigenartigen Wirkung der Borsäure auf den Stoffumsatz liegt wieder ein Fingerzeig, welche wichtige Vorgänge und Aenderungen im Körper vor sich gehen können, ohne dass die empirische Beobachtung über dieselben irgend etwas auszusagen vermag. Man bedenke die schwerwiegenden Konsequenzen, die sich namentlich für die Kinderernährung, bei alten und

herabgekommenen Personen, Rekonvaleszenten, bei denen die sorgfältig regulirte und wirkende Ernährung die Lebenserhaltung bedeuten kann, ergeben."
Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber den Einfluss des Borax auf den Stoffwechsel des Menschen. Von Dr. phil. et med. R. O. Neumann, früherer Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

N. berichtet über einen Selbstversuch, der 21 Tage dauerte. In der ersten Periode, die vier Tage währte, setzte er sich mit der ausprobirten Nahrung in's Stickstoffgleichgewicht und nahm dann in der zweiten Periode von zehn Tagen täglich 3 g Borax in Wasser gelöst. Hierauf folgte eine dritte Periode, in welcher der Nahrung kein Borax beigegeben wurde. Endlich schloss sich noch eine vierte Periode von drei Tagen an, in der wiederum Borax, diesmal aber 5 g gegeben wurde. Der Versuch ergab, dass Borax einen vermehrten Stickstoffumsatz nicht veranlasste und die Ausnützung des Eiweisses und Fettes in der Nahrung nicht herabsetzte. Die Diurese nahm unter Boraxgenuss in geringem Masse zu, das Körpergewicht aber sank in der Boraxperiode erheblich. Die vollständige Ausscheidung des Borax aus dem Körper erforderte mindestens 18 Tage. Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber den Einfluss der Borsäure auf die Ausnützung der Nahrung. Von Prof. Dr. A. Heffter in Bern, früher Regierungsrath im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

Die Anordnung der H.'schen Selbstversuche waren folgende: Nachdem eine 18- bis 20stündige Pause in der Nahrungsaufnahme voraufgegangen war, genass H. 48 Stunden lang nur Milch (2—3 Liter) und Eier (10 Stück). Nach dieser Periode fand wieder eine Hungerperiode von 18 bis 20 Stunden statt, bevor gemischte Nahrung aufgenommen werden durfte. Solcher zweitägiger Versuche sind vier gemacht worden, zwei ohne und zwei mit Borsäurezusatz. Die an den Versuchstagen ausgeschiedenen Kothmengen wurden gemeinsam verarbeitet und die Gesammttrockensubstanz und der Stickstoffgehalt bestimmt. Die Versuche bestätigten die schon von Förster festgestellte Vermehrung der N. haltigen Bestandtheile des Kothes, wobei es sich wahrscheinlich um eine herabgesetzte Resorption der Eiweissstoffe in Folge der durch die Borsäure gesetzten Schädigung der Darmschleimhaut handelt. Da Borsäure die Ausnützung der Nährstoffe im Darm schon bei Anwendung geringer Dosen beeinträchtigt, so kann es nach H. als ein unbedenkliches Konservirungsmittel nicht angesehen werden. Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber die quantitative Untersuchung des Ablaufs der Borsäureausscheidung aus dem menschlichen Körper. Von Dr. G. Sonntag, technischer Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

Die Versuche haben die früheren Angaben über langes Verweilen der Borsäure im Körper bestätigt. Nach einmaliger Gabe von 3 g Borsäure war der Körper in drei Versuchen erst nach 5, 8 und 9 Tagen von der Säure gänzlich befreit. Die höchsten Ausscheidungsziffern gaben die Harne der ersten 12 Stunden (50%); zur Entfernung der letzten Hälfte braucht der Organismus noch Tage (etwa die achtfache Zeit). Nach fünf Tagen ist die Ausscheidung, soweit sie quantitativ verfolgt werden konnte, beendet.
Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber die Labgerinnung der Kuhmilch unter dem Einfluss von Borpräparaten und anderen chemischen Stoffen. Von A. Weitzel, technischer Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

Aus den vorliegenden Versuchen ergiebt sich Folgendes:

1. Borax hemmt schon in geringer Konzentration die Labgerinnung erheblich und macht dieselbe bei Zusätzen, die praktisch in Frage kommen können (1 g Salz auf 1 Liter Milch), unmöglich. Analog wirken Natronhydrat, Soda und, wenn auch geringer, Natriumbikarbonat. In demselben Sinne wirken alle übrigen Salze von alkalischer Reaktion.

2. Die Neutralsalze wirken im Allgemeinen hemmend; einige (NaCl. und

LiCl.) zeigen neben dem hemmenden Einfluss in grösseren Konzentrationen auch eine schwach fördernde Wirkung.

3. Die Säuren wirken in geringen Mengen fördernd, am schwächsten neben Kohlensäure die Borsäure.

4. Von den übrigen untersuchten Substanzen muss Formaldehyd als direktes Gift für das Labenzym angesprochen werden. Saccharin wirkt in geringen Mengen nicht erheblich, in stärkeren Lösungen stark hemmend auf die Labgerinnung. Zucker, bis zu 20 % der Milch zugesetzt, ist belanglos für die Verkäsung derselben. Dr. Rost-Rudolsstadt.

Ueber den Borsäuregehalt von frischen und geräucherten Schweineschinken nach längerer Aufbewahrung in Boraxpulver oder pulverisirter Borsäure. Von Dr. Edmund Polenske, technischer Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Ibidem.

Eine in England zur Prüfung der Gesundheitsschädlichkeit künstlicher Konservirung und Färbung von Nahrungsmitteln eingesetzte Kommission hatte festgestellt, dass bei frischen, mild gepökelten Schinken, die in Borax verpackt waren, dieses in Wasser lösliche Konservirungsmittel nicht nur die äussere Schicht überzieht, sondern auch bis in die Mitte des Fleisches eindringt. P. konnte dies bei seinen Versuchen bestätigen und fand weiterhin, dass auch bei geräucherten Schinken, falls dieselben in Borax oder Borsäure verpackt waren, ein Eindringen dieser Substanzen in das Innere stattfindet.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Ueber die chronische Sulfitvergiftung. Von Prof. Dr. Kionka in Jena und Dr. L. Ebstein in Breslau. Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskrankheiten; Bd. 41, Heft 1.

Die Ansichten über die Giftigkeit der schwefligen Säure und ihrer Salze, zu denen auch das von den Fleischern bis in die neueste Zeit benutzte Präservesalz gehört, gehen nicht allein beim Publikum, sondern auch bei den Aerzten weit auseinander. Der eine Verfasser hatte zwar schon vor 6 Jahren den Nachweis geführt, dass die schwefligsauren Salze bei Hunden ausgesprochene Vergiftungserscheinungen hervorrufen, und obwohl das Kaiserliche Gesundheitsamt sich in seiner Denkschrift v. J. 1898 dieser Anschauung in allen Punkten angeschlossen hatte, so versuchten doch mehrere Autoren, wie Lebbin und Kollmann sowie O. Liebreich die Unschädlichkeit des schwefligsauren Natrons als Konservirungsmittel nachzuweisen und fanden mit ihrer Ansicht natürlich in den Kreisen der Wurstfabrikanten und Fleischer lauten Wiederhall und ungetheilte Zustimmung.

Um die Streitfrage entgiltig zu entscheiden und die immer wieder auftauchenden Behauptungen von der Ungiftigkeit der Sulfite zu wiederlegen, haben kürzlich die beiden Verfasser im pharmakologischen Institut der Universität Breslau äusserst eingehende und durchaus einwandsfreie Versuche an Hunden und Kaninchen angestellt, welche in allen Fällen die Giftigkeit der schwefligsauren Salze bestätigen. Der Gang dieser Untersuchungen war im grossen Ganzen folgender: Sie fütterten je 3 (zusammen 6) völlig gesunde und vorher mehrere Tage lang beobachtete Hunde ausser mit Kohlehydraten und Fetten (Brot, Mehl, Kartoffeln u. s. w.) während eines Zeitraumes von 64—67 Tagen mit gutem rohen Rindfleisch, welchem auf je 1000 gr entweder 1 gr Natr. sulfuros. purissimum (Merck) oder 1 gr des allgemein üblichen Präservesalzes beigemischt war. Die Hunde zeigten während der Dauer des Versuches ein völlig normales Verhalten, guten Appetit und ein etwa sich gleichbleibendes Körpergewicht, obwohl sie im Ganzen von 44—68 gr Natr. sulfuros. resp. 26—42 gr Präservesalz mit der Nahrung aufgenommen hatten. Nur 2 trächtige Hündinnen, welche sich unter den Versuchsthieren befanden, abortirten am 28. resp. 30. Tage der Fütterung und bestätigten damit auf's Neue die schon längst bekannte abtreibende Wirkung dieser Salze. Am Schluss des Versuches erhielten die Thiere noch 2 Tage lang gemischte Kost ohne Salzzusatz und wurden darauf durch Verbluten getödtet, wobei wegen der aus früheren Versuchen zu erwartenden intravitalen Gefässverletzungen bei einigen eine Durchspülung des Gefässsystems mit 0,75 % Kochsalzlösung vorgenommen wurde.

Bei den Obduktionen zeigte sich nun, dass alle 6 Hunde ausser starken

entzündlichen Veränderungen an den Nieren (akute hämorrhagische Nephritis) zahlreiche Blutungen und Gefässverletzungen älterer und frischer Entstehung in einer Reihe von Organen (Lunge, Herz, Magen, Darm, Leber u. s. w.) darboten, welche ihrem Verhalten nach und auf genauer mikroskopischer Untersuchungen als Resultat der wie im Blutgift wirkenden schwefligsauren Salze aufgefasst werden mussten. Durch Kontrollversuche an andern gesunden Hunden, welche auf dieselbe Weise getödtet wurden, und bei denen die Organe keine Spur der oben beschriebenen Veränderungen darboten, konnten etwaige Einwände entkräftet werden, dass diese Veränderungen durch die Lebensweise, durch die Art der Fütterung oder durch die Todesart zu erklären seien.

Ausserdem wurden eine Reihe von Kaninchen je 10 gr Natriumsulfit in 10, 15, 20 und 25 % Lösung mittelst Schlundsonde in den Magen gebracht, was stets nach 20 höchstens 50 Min. eine tödtliche Wirkung hervorbrachte. Auch diese Thiere zeigten an den inneren Organen, namentlich in den Nieren ziemlich ausgedehnte, frische Blutungen, und damit sind die Behauptungen von der Ungiftigkeit der schwefligsauren Salze wohl endgültig wiederlegt.

Da ähnliche Versuche, welche im Kaiserlichen Gesundheitsamt gleichfalls an Kaninchen angestellt wurden, dasselbe Resultat ergeben hatten, so kann man wohl mit vollem Recht behaupten, dass das schwefligsaure Natron bezw. das Präservesalz, auch wenn es nur in den üblichen Mengen als Konservirungsmittel dem Fleische zugesetzt wird, nach länger fortgesetztem Genusse stets schwere Blutgiftwirkungen bei Hunden hervorruft. Es liegt ferner durchaus kein Grund vor, das Zustandekommen ähnlicher Giftwirkungen auch beim Menschen irgendwie in Zweifel zu ziehen; der Bundesrath hat daher mit Recht auf Grund dieser Thatsachen in den Ausführungsbestimmungen zum Fleischbeschaugesetz vom 18. Febr. 1902 die Anwendung der Präservesalze verboten. Es darf wohl erwartet werden, dass die gründlichen und unanfechtbaren Versuche beider Verfasser die Zweifel an der Berechtigung dieses Verbotes wenigstens in den ärztlichen Kreisen nun endgültig beseiten werden.

Dr. Martini-Langensalze.

Ueber die Berechtigung des Bundesrathsbeschlusses vom 18. Februar 1902 bezüglich des Beschlusses der schwefligen Säure und ihrer Salze. Aus der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde der Universität Berlin, Direktor: Prof. Dr. Strassmann. Von Dr. Arthur Schulz, Assistenten der Unterrichtsanstalt. Deutsche mediz. Wochenschrift; 1902, Nr. 38.

Für die Divergenz der Sachverständigenmeinungen über die Frage der Gesundheitsschädlichkeit des Zusatzes von Präservesalz zu Hackfleisch, legen die zahlreichen Prozesse gegen Schlächtermeister, die wegen eines derartigen Zusatzes des Vergehens gegen §. 12 des Nahrungsmittelgesetzes angeklagt sind, beredtes Zeugniss ab. Die Hinzuziehung als Sachverständiger zu diesen Prozessen gab dem Direktor der Universitätsanstalt für Staatsarzneikunde in Berlin, Prof. Dr. Strassmann, Veranlassung, über die Frage in seinem Institute eigene Thierversuche anzustellen, deren Ueberwachung und Berichterstattung dem Verfasser übertragen ist. Die Versuche wurden an drei Hunden gemacht; das verfütterte Salz war in einem Originalkarton bezogen worden, auf welchem es als „Meat Präservekrystall" bezeichnet war. Nach der aufgedruckten Gebrauchsanweisung sollten auf je 5 kg Hackfleisch oder Wurstmasse 10 g Salz, also 0,2 % verwendet werden. Alle drei Hunde erhielten aber weniger, nur zwischen 0,12 und 0,13 %. Das Salz enthält 81 % $SO_3Na_2 7H_2O$, im übrigen indifferente schwefelsaure Salze; seine Zusammensetzung entsprach also der Angabe auf dem Karton, nach der es ca. 80 % Natriumsulfit haben sollte. Es wurde den Thieren zunächst ausschliesslich Pferdefleisch verabreicht, welches von bester Güte und aus einer offenen Pferdefleischhandlung in einem ganzen Stück bezogen war. Im Institut wurde das Fleisch in einer nach jedesmaligem Gebrauch gesäuberten Maschine zerkleinert und danach die täglich abgewogene Portion Präservesalz ihm zugesetzt. Ausser dem salzhaltigen Fleisch, das sie stets allein bekamen, erhielten die Hunde nach einigen Stunden noch salzfreies Fleisch. Später (nach 5 Wochen) wurden ihnen ausser Fleisch noch Kohlehydrate und Fette verabfolgt, und zwar ein dick eingekochter Brei aus Knochen mit anhaftenden Fleisch und Reis. Ein Hund hat sich zu allen

Zeiten des Versuches wohl befunden und stets grosse Fresslust entwickelt dagegen traten bei den anderen beiden Hunden sehr bald Krankheitserscheinungen auf, die sich in Durchfällen, verminderter Fresslust und Abneigung gegen das Präservesalzfleisch äusserten. Diese Abneigung steigerte sich bei einem Hund, nachdem er gebrochen hatte, bis zum unüberwindlichen Widerwillen. Die Sektion wies bei allen drei Hunden krankhafte Veränderungen nach. Sie zeigte, dass auch an dem scheinbar gesund gebliebenen Hund, bei dem sich zahlreiche Blutungen in den Lungen befanden, trotz seines ungestörten Allgemeinbefindens die Präservesalzfütterung nicht spurlos vorübergegangen war. Geradezu überraschend war aber der Befund bei den erkrankten Hunden. Es bestand ein lebhafter Katarrh der Magenschleimhaut mit starker Wulstung. Ferner war die Schleimhaut des Duodenums und oberen Jejunums stark geröthet und geschwollen. Die Schwellung war daran besonders kenntlich, dass die Peyer'schen Plaques eingesunken erschienen. Nicht nur die Mucosa war an diesem Entzündungsprozess betheiligt, sondern auch die Submucosa, da sich die ganze Darmwand verdickt anfühlte. Nach unten hin nahm die Schwellung der Mucosa und Submucosa mehr und mehr ab, indem zugleich die Mucosa blasser wurde. Neben diesem chronischen heftigen Magendarmkatarrh bestanden bei beiden Hunden noch eine Nierenentzündung und bei einem Hund noch Blutungen in den Lungen. Und trotz dieser schweren Erkrankung hatten die Hunde an Gewicht zugenommen.

Diese drei Versuche sprechen also gegen das Präservesalz und zeigen eine gewisse Kongruenz mit den Versuchen Kionka's, der unter seinen Fällen mehrmals die gleichen Entzündungserscheinungen und Schädigungen im Magendarmkanal, Nieren und Lungen beobactet hat. Es unterliegt danach nicht dem mindesten Zweifel, dass die schweflige Säure und ihre Salze für den thierischen Organismus gesundheitsschädlich sind, und zwar schon in nicht exzessiven Mengen. Eine genaue Bestimmung derjenigen Menge des Salzes, die den Menschen gesundheitsschädlich wird, ist auf Grund solcher Thierversuche natürlich nicht möglich, und für die Beantwortung der entsprechenden vor Gericht dem Sachverständigen gewöhnlich vorgelegten Fragen können auch die vorstehenden Versuche eine sichere Unterlage nicht liefern. Immerhin hält es Schulz auf Grund der Versuche für berechtigt, grundsätzlich den Zusatz von Präservesalz zu verbieten, wie es durch die Bundesrathsverordnung geschehen ist. „Damit wird auch zugleich, was dankbar zu begrüssen ist, der Rechtsunsicherheit auf diesem Gebiete ein Ende gemacht werden, die durch die abweichende Auffassung der verschiedenen Sachverständigen und die demgemäss schwankende Rechtsprechung erzeugt und nachgerade zu einer öffentlichen Kalamität geworden ist." Rpd.

Die Ergebnisse des Impfgeschäfts im Deutschen Reiche für das Jahr 1899. Zusammengestellt aus den Mittheilungen der einzelnen Bundesregierungen. Berichterstatter: Reg.-Rath Dr. Kälble. Medizinal-statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Beiheft zu den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes. Siebenter Band. Zweites Heft. Mit 4 Tafeln. Verlag von Jul. Springer. Berlin 1902.

Zur Erstimpfung waren vorzustellen 1791191 Kinder = 3,30 % der mittleren Bevölkerung, gegen 3,28 % im Vorjahre. Hiervon wurden von der Impfung befreit: a) weil sie die natürlichen Blattern überstanden hatten, 129; b) weil sie bereits im Vorjahre als mit Erfolg geimpft eingetragen waren: 70759; c) weil sie bereits im vorhergehenden Jahre mit Erfolg geimpft, aber erst im Berichtsjahre zur Nachschau erschienen waren: 2562. Es waren mithin erstimpfpflichtig geblieben 1717741 Kinder. Von diesen wurden geimpft: a) mit Erfolg 1446914; b) ohne Erfolg 55248; c) mit unbekanntem Erfolg, weil nicht zur Nachschau erschienen 3536, zusammen: 1505698. Von je 100 geimpften Erstimpflingen wurden mit Erfolg geimpft 96,10, im Vorjahre 97,15. Am günstigsten waren die Erfolge in Oberfranken mit 99,44 %, am ungünstigsten in Braunschweig mit 85,16 %. Ohne Erfolg wurden geimpft 3,22 % gegen 2,31 % im Vorjahre; es hat sich demnach diese Zahl um 0,91 % ungünstiger gestaltet. Es blieben ungeimpft, weil: a) auf Grund ärztlicher Zeugnisse zurückgestellt 160011; b) nicht aufzufinden oder zufällig ortsabwesend 14753; c) vorschriftswidrig entzogen 37092. Vorschrifts-

widrige Entziehungen wurden 2,16 % gegen 2,12 % im Vorjahre gezählt. Zugenommen haben dieselben in 41 Bezirken, besonders in Bremen (um 3,42 %); abgenommen gleichfalls in 41 Bezirken. Im Fürstenthum Lübeck kamen, ebenso wie in den Vorjahren, derartige Entziehungen nicht vor. Es wurden geimpft: a) mit Menschenlymphe 3634, b) mit Thierlymphe 1 508 420, c) mit Lymphe nicht näher bezeichneter Art 240.

Zur Wiederimpfung waren vorzustellen 1 271 207 = 2,34 % der mittleren Bevölkerung gegen 2,30 % im Vorjahre. Von diesen wurden von der Impfpflicht befreit: a) weil sie während der vorhergehenden 5 Jahre die natürlichen Blattern überstanden hatten 205; b) weil sie während der vorhergehenden 5 Jahre mit Erfolg geimpft waren 5851. Von den 1 265 151 wiederimpfpflichtig gebliebenen Kindern wurden wiedergeimpft: a) mit Erfolg 1 123 824, b) ohne Erfolg 104 235, c) mit unbekanntem Erfolg, weil nicht zur Nachschau erschienen, 2166. Von je 100 vorgenommenen Wiederimpfungen waren erfolgreich 91,35 gegen 91,79 im Vorjahre. Die höchsten Erfolgziffern hatte Schaumburg-Lippe (99,70 %), die niedrigsten Reuss ä. L. (69,34) und Hamburg (53,06 %). Es blieben ungeimpft: a) weil auf Grund ärztlicher Zeugnisse zurückgestellt 16 441, b) wegen Aufhörens des Besuchs einer die Impfpflicht bedingenden Lehranstalt 9378, c) weil nicht aufzufinden u. s. w. 3123, d) weil vorschriftswidrig der Impfung entzogen 5927. Vermehrt haben sich die vorschriftswidrigen Entziehungen in 99, vermindert in 40 Bezirken. Ueberhaupt keine Entziehungen kamen vor in 2 Bezirken (im Vorjahre in 5), und zwar im Fürstenthum Lübeck und in Schaumburg-Lippe. Von den Wiederimpfungen wurden vollzogen mit Menschenlymphe 3540, Thierlymphe 1 226 508, Lymphe nicht näher bezeichneter Art 177.

In fast allen Bundesstaaten waren die meisten Impfärzte Medizinalbeamte; in der Minderzahl waren dieselben im Königreich Sachsen (115 : 348 nicht beamteten Aerzten), in Mecklenburg-Schwerin und in Lübeck. Ueber eine Zunahme der Privatimpfungen wird aus Bayern und Baden berichtet, während dieselbe in Württemberg erheblich abgenommen haben. Dabei sind die Misserfolge bei den Privatimpfungen bedeutend zahlreicher als bei den öffentlichen: in Bayern 0,8 % der öffentlichen Erst- und 0,9 % der öffentlichen Wiederimpfungen gegen 4,8 und 13,8 bei Wiederimpfungen. Als Impfinstrumente dienten entweder Platin-Iridiummesser oder die Weichardt'schen Doppelmesser, deren Bequemlichkeit, Handlichkeit und Billigkeit gerühmt wird. Wenig Eingang hat die Soennecken'sche Impffeder gefunden, sie gilt als schwer zu reinigen, wenig handlich und als zu scharf. Vielfach wurde der Reinigung des Impffeldes durch Abwaschen mit Alkohol besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die Lymphe ist überall als rein und unverdächtig befunden worden. Als besonders reizlos und mustergültig wird die Lymphe aus Halle a./S. gelobt, am meisten wird über diejenige aus Kassel geklagt. In 11 Fällen trat im Anschlusse an die Impfung der Tod ein: 1 mal Früh-Erysipel, 4 mal Spätrothlauf, 3 mal Wundinfektion, 1 mal Verschlimmerung einer bestehenden Hauterkrankung; in zwei Fällen war die genaue Ermittlung nicht möglich. Entzündungen in der Haut der Umgebung der Impfpusteln kamen zahlreich in Mecklenburg-Schwerin, in Meiningen und namentlich im Elsass vor. Anschwellung und Entzündung der Achseldrüsen wurden bald „vereinzelt", bald „mehrfach" beobachtet. In drei Fällen kam es zur Vereiterung der Drüsen; in allen trat Heilung ein. Sämmtliche Erkrankungen an Entzündung und Eiterung des Unterhautgewebes verliefen bis auf eine, die tödtlich endete günstig. An Früh-Erysipeln kamen 11 Fälle zur Beobachtung. Spätrothlauf wurde aus Sachsen von 8 Impfärzten erwähnt. Hautausschläge wurden namentlich zahlreich aus Bayern gemeldet; in sämmtlichen Fällen trat völlige Heilung ein.

Dr. Rost-Rudolstadt.

Die Assanirung von Wien. Aus Fortschritte der Ingenieurwissenschaften, II. Gruppe, 9. Heft. Bearbeitet von Kortz, Schneider, Goldermund, Dr. Grünberg und Dr. Freund. Herausgegeben von Dr. Th. Weyl, mit einem Vorwort von Franz Berger und Dr. A. Löffler. Leipzig 1902. Verlag von Engelmann. 194 S. mit 76 Textfiguren und 14 Tafeln.

Der Plan, die Assanirung der Grosstädte auf Grund amtlicher Quellen unter Mittheilung der Grundsätze, welche bei den einzelnen Ausführungen

massgebend waren, von den zuständigen Stellen einem grösseren Kreise zugänglich zu machen, muss als recht glücklich bezeichnet werden. In obiger Abhandlung sind die zur Orientirung nöthigen Einzeldarstellungen unter Vermeidung zu grosser Einzelheiten leicht fasslich dargestellt; doch kann auch der Ingenieur sowie der Medizinalbeamte für speziellere Wünsche in den jedem Kapitel beigegebenen Litteraturverzeichnisse dasjenige finden, welches er genauer kennen zu lernen wünscht; eines wird er vielleicht ebenso wie der Referent vermissen, eine geographische Karte über Entfernung und Wege der Quellen bis zur Stadt. Der Nichtortskundige muss sich erst in einem Atlas zu informiren suchen, und hat dazu auch nicht immer österr. Detailangaben zur Hand.

Das erste Kapitel veranschaulicht die grossartigen Leitungsanlagen, welche zur Beschaffung von guten Quellwassern für die Stadt Wien mit Einbeziehung der Vororte gebaut worden sind. Die Kaiser Franz Josef-Hochquellen Wasserleitung sammelt in der Hauptsache das Wasser des Kaiserbrunnens, der Stixensteiner Quelle, der Quellen beim grossen Höllenthal und des Pottschacher Schöpfwerkes. Ausser den ausgedehnten Landbezirksankäufen machte sich die Erbauung grosser Aequadukte nöthig, welche beiläufig Zahlen von 76184 m und 6218 m Länge aufweisen und um Wien herum in 7 grosse Wasserbehälter zur direkten Wasserversorgung Wiens einmünden. Der Wasserbedarf für die Haushaltungen für Wien ist zur Zeit auf 234180 cbm pro Tag bei 1673500 Einwohnern festgestellt, wobei pro Kopf 40 l Gebrauchswasser, ca. 140 l auf Nutzwasser entfallen; die Berechnung hat bis zum Jahre 1920 für 336000 l für Nutzwasser und 95000 l Gebrauchswasser bei einer Bevölkerung von 2400000 Einwohnern stattgefunden.

Umfangreiche Arbeiten sind immer im Gange, um das Wasser von 6 weiteren Quellen von den nördlichen Abhängen des Hochschwabbassins und der Zeller Staritzen für Wien zu sichern; für die Wienthalwasserleitung ist dies bereits geschehen. Die zahlreichen Abbildungen im Text illustriren sehr schön dieses interessante Kapitel.

Die Kanalisation ist noch nicht ganz durchgeführt, doch lassen die bis jetzt fertig gestellten Bauten ein gleich günstiges Ergebniss erwarten. Wien entwässert z. Z. noch in den Donaukanal; es besteht das Projekt, die Abwässer weiter Donau abwärts in die Donau direkt abzulassen. Bei der Berechnung der Geschwindigkeiten des abfliessenden Gebrauchswassers von 0,67 m in der Sekunde, bleiben wenig Sinkstoffe zurück, und später, wenn noch mehr Wasser zur Verfügung steht, ist auch eine regelmässige Spülung vorgesehen, wonach dann das Wasser mit einer Geschwindigkeit von 0,91—1,01 m in der Sekunde abfliesst und keine festen Stoffe liegen gelassen werden. Lehrreich ist auch die Regulirung der Wien, eines z. Z. der Schneeschmelze grosse Wassermengen führenden Flusses, sowie der Umgestaltung des Donaukanals zu einem Hafen.

Die Strassenpflege, Schnee- und Müllabführung bieten im Verhältniss zu anderen Städten wenig Unterschiede; es scheint auch in dieser Beziehung in Wien noch Manches verbesserungsbedürftig zu sein.

Mit dem Niederreissen der alten Wälle und Einbeziehung der Vororte kam für Wien ein weiteres Hilfsmittel zur Sanirung der Stadt. Die umgebenden enge bebauten Flächen der inneren Stadt schwanden, da in der Peripherie billigere, bessere Wohnungen entstanden. Die Besitzer der Massenwohnungen mussten Verbesserungen an den Häusern vornehmen, sonst kündigten die Bewohner. Durch stellenweise Ueberbrückung des Wienflusses entstanden grosse breite Strassen; die Stadtbahn, streckenweis im Niveau des Wienflusses mit eingebaut, vermittelt den Verkehr nach entfernteren Bezirken.

Der medizinal-statistische Theil, bearbeitet von Dr. Grünberg und Dr. Freund, bestätigt gleichzeitig mit Errichtung der Kanalisation, Wasserleitung, Baupolizei und Strassenreinigung eine bedeutende Besserung der Gesundheitsverhältnisse der Stadt. Die Mortalität ist vom Jahre 1851—60 von 40,1 pro mille auf 23,6 im Jahre 1900 gesunken.

Mit den höchsten Zahlen sind an der Sterblichkeit die Kinder von 0—5 Jahren betheiligt, sowie die Altersstufen von 40—60 mit 42,8 resp. 25,1 % der Gesammtmortalität. Für die einzelnen Monate berechnet, hat die Mortalität im Januar um 10,08 pro mille abgenommen, im September um 6,32 pro mille. In der Säuglingssterblichkeit hat sich anscheinend keine nennenswerthe Besserung gezeigt; sie ist im Verhältniss zu 1865 mit 30 % im Jahre 1898 die gleiche geblieben. Wird jedoch die Sterblichkeit der Säuglinge auf 1000 Lebendgeborene

berechnet, so ergiebt sich im Jahre 1865—70 = 261, 1891—98 = 211 pro Mille; auf 1000 der Gesammtbevölkerung berechnet ergiebt sich aber eine beträchtliche Aufbesserung in der Mortalität, indem die Zahlen von 10,6 auf 6,1 herabsinken.

Auffallend sind für Wien die hohen Zahlen der Todesfälle an Neubildungen und Tuberkulose. 1864: 910 Todesfälle, 1898: 2052 Todesfälle an Neubildungen, ein Aufsteigen der Prozentkurve von 74 auf 87%. 1867—1870 starben an Tuberkulose in Wien 20813 = 5203 im Mittel, pro Jahr = 8,6 pro Mille der Bevölkerung; 1896—1900: 36621 = 7324 = 4,6 pro Mille der Bevölkerung, trotz der Abnahme immerhin eine hohe Prozentziffer.

Die Verhältnissziffer der gewaltsamen Todesarten erscheint hoch, wenn darin auch die Unglücksfälle in Betrieben u. s. w. mit einbegriffen sind.

Bei der Besprechung der Erkrankung der Respirationsorgane wird warm für eine baupolizeiliche Bestimmung eingetreten, welche in der Art zu erlassen sei, dass der rücksichtslosen Verwendung unreinen Schuttmaterials als Zwischenmaterial gesteuert werde.

Im Anschluss an die Beurtheilung der Ursachen der Erkrankung des Verdauungskanals werden die sanitären Massnahmen für Milchversorgung, Fleischbeschau, Gebrauchseiskontrolle, Kühlanlagen erörtert, sowie die Volksküchen, öffentlichen Armen- und Wohlthätigkeits-Institute.

Es würde zu weit führen, die statistischen Daten näher zu besprechen, nur kurz sei noch erwähnt: Keuchhusten ist im Rückgang begriffen, Scharlach und Masern dagegen zeigen nur geringe Prozentschwankungen. Trotzdem beletzteren die Erreger nicht bekannt sind, wird jedoch für vorgeschriebene Desinfektion plädirt, bis uns die Wissenschaft durch bestimmtere Erkenntniss spezielle Aufgaben dagegen zuweist. Ueber Syphilis und venerische Erkrankungen steht nur die Krankenhausstatistik zur Verfügung; es macht den Eindruck, als wären diese Erkrankungen in Zunahme begriffen, doch wollen die Verfasser diese Erscheinung auf die verschärfte Kontrolle zurückführen.

Dr. Pfeiffer-Hamburg.

Tagesnachrichten.

Durch Erlass vom 1. Oktober d. J. hat der Herr Justizminister den §. 14 der Allgemeinen Verfügung vom 28. November 1899, betreffend die **Wahl der Sachverständigen beim Entmündigungsverfahren**, dahin abgeändert, dass fortab die Kreisärzte, soweit sie Gerichtsärzte ihres Bezirks sind, und die besonderen Gerichtsärzte in erster Linie auch als Sachverständige bei den Entmündigungen zugezogen werden sollen. Damit ist in dankenswerther Weise einem berechtigten Wunsch der Medizinalbeamten Rechnung getragen, dessen Erfüllung auch durchaus mit den gesetzlichen Bestimmungen in Einklang steht. Nach §. 4 des Kreisarztgesetzes ist der „Kreisarzt der Gerichtsarzt seines Amtsbezirks“ und demgemäss nach §. 73 Abs. 2 der Str. P. O. und nach §. 404 der Z. P. O. von den Gerichten als Sachverständiger zur Beantwortung aller gerichtsärztlichen Fragen heranzuziehen; andere Sachverständige sollen nur dann gewählt werden, „wenn besondere Umstände es fordern“. Früher mögen solche „besonderen Umstände“ in der theilweise ungenügenden psychiatrischen Vorbildung mancher Kreisphysiker gefunden sein, heute liegen dagegen derartige Bedenken in Folge der seit dem Jahre 1896 gerade auf psychiatrischem Gebiete gesteigerten Anforderungen im Physikatsexamen und der seitdem eingeführten psychiatrischen Fortbildungskurse für die im Amte befindlichen Medizinalbeamten nicht mehr vor; denn dadurch ist eine genügende Ausbildung derselben in der Psychiatrie gewährleistet. Es ist auch nicht erklärlich, warum im Entmündigungsverfahren derselbe Kreis- oder Gerichtsarzt versagen sollte, der im Strafverfahren bei zweifelhaften Geisteszuständen meist als Sachverständiger fungirt, als Gefängnissarzt häufig solche Zustände zu beobachten und zu beurtheilen hat, dem ferner hauptsächlich die Begutachtung von Geisteskranken behufs Aufnahme in eine Irren- u. s. w. Anstalt zufällt und der somit dauernd, auch durch seine überwachende Thätigkeit gegenüber den privaten Irrenanstalten, Gelegenheit hat, weitere Erfahrungen auf psychiatrischem Gebiete zu sammeln und sich nach dieser Richtung hin fortzubilden. Wenn von anderer Seite die Ansicht ausgesprochen wird, „der Zweck der neuen Bestimmung sei kein anderer, als das vielfach sehr magere Einkommen des Kreisarztes aufzubessern

sie bedeute demgemäss auch eine Benachtheiligung der grossen Masse der ausübenden Zivilärzte", so ist diese Ansicht eine durchaus irrige. Der pekuniäre Erfolg, der ausserdem für den einzelnen Kreisarzt nur ein verhältnissmässig geringer ist, kommt hierbei gar nicht in Betracht; massgebend ist unseres Erachtens lediglich die sachliche Erwägung gewesen, dass der zuständige Kreis- oder besondere Gerichtsarzt auf einem zu seiner Sachverständigen-Thätigkeit gehörenden und von ihm völlig beherrschten Gebiete künftighin nicht mehr bei Seite geschoben werden soll und dass der behandelnde Arzt (Anstaltsarzt) ebenso wie bei den Obduktionen auch im Entmündigungsverfzhren wohl gehört und zugezogen werden kann, aber nicht mehr den alleinigen Sachverständigen bildet, wie dies bisher sehr häufig der Fall war. Die Sicherheit des Entmündigungsverfahrens wird dadurch nicht gefährdet, sondern im Gegentheil wesentlich erhöht!

Zur Berathung über die Reform des Hebammenwesens in Preussen wird demnächst vom Medizinalminister eine Konferenz einberufen werden, in der besonders die Vor- und Ausbildung, sowie die finanzielle Stellung der Hebammen erörtert werden soll.

Todesfall. Am 16. Oktober d. J. ist Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Bockendahl** in Kiel im Alter von 72 Jahren gestorben. Der Verstorbene hat sich während seiner langjährigen (von 1872—1897) amtlichen Thätigkeit als Regierungs- und Medizinalrath, um das öffentliche Gesundheitswesen der Provinz Schleswig-Holstein ausserordentlich verdient gemacht und nach vielen Richtungen hin vorbildlich und bahnbrechend gewirkt. Als Universitätslehrer hat er zu einer Zeit, wo die Hygiene noch lange nicht zu den akademischen Disziplinen gehörte, bereits Vorlesungen über öffentliche Gesundheitspflege gehalten und mit Erfolg versucht, das Interesse der Aerzte und dadurch auch dasjenige weiterer Kreise für diesen wichtigen Zweig der medizinischen Wissenschaft wachzurufen. Selten dürfte ein Arzt und Medizinalbeamter in seiner Heimathprovinz eine so angesehene und geachtete Stellung unter seinen Berufsgenossen eingenommen haben, wie Bockendahl; aber auch weit über die Grenzen seiner Provinz hinaus genoss er das Ansehen eines der hervorragendsten Aerzte und Medizinalbeamten. Ehre seinem Andenken!

Die **Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** hat sich am Sonntag, den 19. Oktober d. J. in einer im Bürgersaale des Berliner Rathhauses abgehaltenen zahlreich besuchten Versammlung konstituirt. Es waren etwa 400 Personen anwesend, und zwar nicht nur Aerzte, Staats- und Gemeindebeamte, Sozialpolitiker, Vertreter dzr Krankenkassen sondern auch verhältnissmässig viele Damen. Den Vorsitz führte Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Kirchner. Nach einleitenden Ansprachen behandelte Dr. Blaschko-Berlin als erster Vortragender die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten an der Hand des Ergebnisses der am 30. April 1900 bei den Aerzten in Preussen veranstalteten Umfrage. Es ergiebt sich daraus die dringende Mahnung, auf eine Besserung der Zustände hinzuwirken; denn wenn auch nach den Mittheilungen aus den Krankenhäusern über die Zahl der dort verpflegten Kranken diese Zahlen im Sinken begriffen sind, so können sie doch nicht für die vorliegende Frage als massgebend angesehen werden, da Geschlechtskranke, namentlich die männlichen, die Krankenhausbehandlung vermeiden. Jedenfalls muss eine im Wesentlichen auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zurückzuführende Verschlechterung der Bevölkerung angenommen werden, unter der insbesondere die Städte leiden. Prof. Dr. Lesser schilderte hierauf die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und warnte vor Nichtachtung und Vernachlässigung der leider noch sehr verbreiteten Unterschätzung dieser Gefahren. Geh. Med.-Rath Dr. Kirchner besprach sodann die soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten. Die durch sie bedingte Schädigung belaufe sich auf 90 Millionen Mark jährlich; noch weit grösser sei der moralische Schaden; es brauche nur an die Verminderung der Arbeitskraft erinnert zu werden, an die auf Geschlechtskrankheiten zurückzuführenden Selbstmorde u. s. w. Nicht eindringlich genug könne der Bevölkerung gegenüber betont werden, dass nur bei frühzeitiger ärztlicher Behandlung dieser Krankheiten auf Heilung gerechnet werden könne

und zumeist auch Heilung erfolge. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Neisser-Breslau erörterte die Aufgaben der neuen Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Die in der planmässigen Bekämpfung der Lungentuberkulose erzielten Erfolge lassen auch auf diesem Gebiet einen Erfolg erwarten. Vor allem muss der Jugend ihre Verantwortlichkeit klar gemacht und mit der Ungebundenheit der bei ihr noch bestehenden Anschauungen gebrochen werden. Die früher allgemein verbreitete Ansicht von der Gesundheitsschädlichkeit der Keuschheit ist glücklicher Weise immer mehr als irrig anerkannt. Ausserdem ist eine Aenderung der rechtlichen Verhältnisse der unehelichen Kinder, die Bestrafung wegen Verführung, Ansteckung u. s. w. anzustreben. Eine Hauptaufgabe des neuen Vereins bildet die Regelung der wichtigen Prostitutionsfrage. Ferner wird die Frage der ärztlichen Anzeigepflicht zu erörtern sein. Die Behandlung der Kranken muss soviel wie möglich erleichtert und demgemäss die Zahl der Heilanstalten vermehrt werden. Desgleichen ist in der ärztlichen Staatsprüfung den Geschlechtskrankheiten eine selbstständige Stellung zu geben und für die Spezialärzte eine besondere Approbation einzuführen, dagegen den Kurpfuschern das Handwerk auf diesem Gebiete zu legen. Nachdem hierauf der vorgelegte Entwurf der Satzungen einstimmig angenommen und der Vorstand gewählt[1]) war, sprach zum Schluss noch Direktor Uhlmann-Leipzg über Geschlechtskrankheiten und Krankenkassen. Er begründete eindringlich die Forderung, dass im Krankenkassengesetz alle Bestimmungen gestrichen werden müssen, die zu Ungunsten der Geschlechtskranken sich darin finden.

In der am 4. Oktober d. J. im Sitzungssaale des Kultusministeriums abgehaltenen Sitzung des **Komitees für Krebsforschung** fand eine Berathung über den weiteren Arbeitsplan statt. Es sollen spezielle statistische Erhebungen an den Stellen im Deutschen Reiche stattfinden, in welchen nach der Sammelforschung des Komitees gehäufte Fälle von Krebserkrankungen vorkommen. Nach weiterem Studium dieser Verhältnisse werden eventuell Forscher in solche Gegenden gesendet werden. Zum besonderen Studium der Protozoen hat das Komitee einem jüngeren Arzte für mehrmonatigen Aufenthalt im Institut in Rovigno eine Beihülfe gewährt. Ausserdem wurde die Herausgabe einer eigenen Zeitschrift für Krebsforschung beschlossen.

Die vom 23.—26. Oktober d. J. in Berlin abgehaltene erste **internationale Tuberkulose-Konferenz** hat unter ausserordentlich zahlreicher Betheiligung auch von Seiten des Auslandes einen glänzenden Verlauf genommen. Für die nächste Konferenz überbrachte Prof. Dr. Brouardel eine Einladung der Stadt Paris. Ein ausführlicher Bericht über die Konferenz wird in einer der nächsten Nummern der Zeitschrift gebracht werden.

In der am 20. und 21. Oktober d. J. in **München** abgehaltenen Plenarversammlung des Deutschen Veterinärraths theilte der Vertreter des Reichsamts des Innern mit, dass der Entwurf eines neuen Viehseuchengesetzes fertiggestellt sei und demnächst im Reichsgesundheitsamte von Sachverständigen durchberathen werde.

Laut Bekanntmachung des Königlich Sächsischen Ministeriums des Innern vom 4. Oktober d. J. ist jetzt die Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden mit der Vornahme der unentgeltlichen bakteriologischen Untersuchung zur Feststellung ansteckender Krankheiten beauftragt worden. Anträge auf Ausführung derartiger Unter-

---

[1]) In den Vorstand der Gesellschaft wurden Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Neisser (1. Vorsitzender), Prof. Dr. Lesser (2. Vorsitzender) und Dr. Blaschko (Schriftführer) gewählt; in den Ausschuss: Prof. Dr. v. Bergmann, Exz., Dr. Heinrich Braun, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Doutrelepont-Bonn, Prof. Dr. Fränkel-Halle, Landesrath Dr. Freund von der Landesversicherungsanstalt Berlin, Frl. Anna Pappritz, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Renk-Dresden, Oberlandesgerichtsrath Schmölder-Hamm, Kommerzienrath Schwabe-Leipzig, Chefredakteur Vollrath, Prof. Dr. Wolff-Strassburg.

suchungen sind seitens der Aerzte, soweit ihnen nicht die in den Städten Dresden, Leipzig und Chemnitz vorhandenen Untersuchungseinrichtungen kostenfrei zur Verfügung stehen, bei der Zentralstelle unmittelbar zu stellen; dabei wird den Aerzten anheimgegeben, sich auch mit dieser wegen des Bezuges sterilisirter Gefässe zur Aufnahme der ansteckenden Untersuchungstheile ins Benehmen zu setzen.

Die Pest hat in Indien noch weiter um sich gegriffen; die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug in der Präsidentschaft Bombay in den Wochen vom 31. August bis 27. September: 5479 (3932), 7492 (5409), 9249 (6731), 9931 (7743), davon in der Stadt Bombay: 44 (37), 50 (56), 65 (48), 78 (63) und in der Hafenstadt Karachi: 6 (6), 7 (5), 23 (15), 79 (13).

In Hongkong sind vom 10.—30. August 31 Pesterkrankungen, alle mit tödtlichem Verlaufe, angezeigt.

In Aegypten sind vom 12. September bis 10. Oktober nur noch in Alexandrien und zwar 7 Erkrankungen an Pest mit 3 Todesfällen vorgekommen. Ein vereinzelter, tödtlich verlaufender Pestfall ist im September aus Smyrna (Syrien) gemeldet, 9 derartige Erkrankungen mit 8 Todesfällen sollen in Atifé aufgetreten sein. Die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle in Mauritius betrug vom 9. August bis 4. September 6 (5).

In San Franzisko (Vereinigte Staaten von Amerika) sind vom 18.—31. August noch 5 Pesttodesfälle gemeldet; in Rio de Janeiro (Brasilien) vom 15. August bis 7. September 9 derartige Fälle.

In Odessa (Russland) hat die Seuche weiter um sich gegriffen, so dass es sich nicht mehr um vereinzelte Fälle, sondern zweifellos um ein epidemisches Auftreten handelt. Vom 20. September bis 7. Oktober sind 11 neue Erkrankungen und 4 Todesfälle an Pest festgestellt.

Cholera. Im asiatischen Russland hat die Seuche weiter an Ausbreitung abgenommen. Während in den Wochen vom 25. August bis 14. September im Amur- und Kwantungbezirke noch 213, 137 und 98 Neuerkrankungen vorkamen (darunter 48, 54 und 45 in Port Arthur, 69, 43 und 24 in Wladiwostock, 22, 8 und 4 in Blagoweschtschensk, 29, 14 und 5 in Chabarowsk 32, 4 und — in Dalnij) ist die Zahl der Erkrankungen in den drei folgenden Wochen bis 5. Oktober auf 60, 46 und 25 gesunken (darunter 17, 14 und 5 in Port Arthur, 22, 14 und 8 in Wladiwostock, —, 2 und 1 in Blagoweschtschensk, in Chabarowsk —, — und 9, und nur 2 Erkrankungen in Dalnij). In der Mandschurei sind nur noch vereinzelne Fälle beobachtet.

In Japan sind bis zum 29. August und zwar in Alt-Japan 4329 Cholera-Erkrankungen mit 1650 Todesfällen vorgekommen, davon in Nagasiki (181), in Kobe 113 (58). In dieser Stadt hat die Seuche seitdem eine Zunahme erfahren, denn vom 1.—14. September sind 176 (104) Cholerafälle angemeldet. In China ist die Seuche scheinbar im Erlöschen begriffen; die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug in Hongkong vom 10.—30 August nur noch 46 (40). — Auch auf den Philippinen ist eine Abnahme, allerdings nur in geringem Grade bemerkbar; vom 11.– 15. bezw. 16.—31. August sind in Manila 361 (285) bezw. 357 (241) und in den Provinzen 5980 (4370), bezw. 5009 (3534) Cholerafälle vorgekommen. — In Soerabaya (Niederländisch-Indien) betrug die Zahl der Choleraerkrankungen und Todesfälle in der Zeit vom 10.—23. August und 24. August bis 6. September 240 (163), 184 (146), in Batavia vom 1. August bis 1. September 200 (185).

In Aegypten ist in den Wochen vom 9. September bis 6. Oktober die Zahl der von Cholera verseuchten Orte (1557, 1830, 1932 und 1971) zwar gestiegen, die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle aber ausserordentlich gesunken: 9466 (8278), 6388 (4022), 5808 (3593,) und 1571 (1646), davon in Alexandrien: 133 (235), 82 (200), 62 (102) und 98 (67), in Kairo: 32 (110), 25 (103), 20 (71) und 19 (13), in Damiette: 5 (14), 54 (178), 32 (117) und 53 (40), in Suez: 21 (17), 29 (45), 17 (24), 13 (9) und in Port Said: 21 (12). 4 (6), 4 (4), und 3 (2).

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei, Minden.

15. Jahrg. 1902.

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,
Herzogl. Bayer. Hofbuchhändler.
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.

Ablehnung eines Sachverständigen wegen Befangenheit bei zuvoriger Abgabe eines Privatgutachtens auf Anlass einer Partei.

Von Dr. jur. Biberfeld-Hamburg.

Die Abgabe von Privatgutachten wird erfahrungsgemäss von Aerzten sehr häufig schon gefordert, um einen beabsichtigten Prozess vorzubereiten, sich durch ein solches Votum also über die Chancen eines erfolgreichen Vorgehens im Rechtswege zu unterrichten. Es entsteht nun die Frage, ob ein Sachverständiger, der ein derartiges Gutachten erstattet hat, noch als unbefangen gelten kann, wenn er nachträglich im Prozesse selbst über die in seine Sachkenntniss gestellten Fragen vernommen werden soll, oder ob die Gegenpartei ihn wegen des Verdachts der Befangenheit ablehnen kann in der Besorgniss, dass er sich an sein schon früher abgegebenes Votum werde als gebunden halten, dass er also nicht mehr die nöthige Urtheilsfreiheit besitze.

Mit dieser Frage beschäftigt sich eingehend ein Beschluss des 5. Zivilsenats des Reichsgerichts vom 27. Februar 1902 (Aktenzeichen V. B. 52/02): Ein Arzt, der sich in höherer amtlicher Stellung befindet, zugleich auch als Irrenarzt einen bedeutenden Ruf geniesst, hatte der einen Partei noch vor der Erhebung der Klage ein Gutachten abgegeben und war im Laufe des Prozesses als Sachverständiger vorgeladen worden. Sein erstes Gutachten war aber nur bedingt gehalten gewesen; er hatte nämlich in demselben darauf hingewiesen, dass das ihm vorliegende thatsächliche Material

noch nicht vollständig sei, er hatte ferner mehrere Punkte bezeichnet, hinsichtlich deren es der Ergänzung bedürfe, und sich mit Rücksicht hierauf sein endgültiges Votum vorbehalten für den Zeitpunkt, in welchem ihm die vollständigen Unterlagen zur Verfügung stehen würden. Die Gegenpartei hatte ihn gleichwohl als befangen bezeichnet und ihn gemäss §. 406 C. P. O. abgelehnt, das Kammergericht hat diesen Ablehnungsgrund im Beschwerdewege jedoch als unzutreffend erachtet mit der Begründung, dass mit Rücksicht auf die amtliche Eigenschaft des Arztes als höherer Staatsbeamter die Besorgniss der Befangenheit nicht gerechtfertigt erscheine.

Das Reichsgericht hat nun die bei ihm gegen diese Entscheidung eingelegte weitere Beschwerde abschlägig beschieden, wenngleich es die Begründung, die das Kammergericht seinem Beschlusse gegeben hatte, nicht unbedingt gelten liess. In dem Beschlusse des Reichsgerichts wird ausgeführt: Ob in der Ertheilung eines Rathes oder Gutachtens, einerlei ob dieses gegen Entgelt geschehen ist oder nicht, ein Grund zur Rechtfertigung eines Misstrauens gegen die Unparteilichkeit des Sachverständigen zu finden sei, lässt sich ein für alle Mal überhaupt nicht entscheiden, hier kommt es vielmehr auf die konkreten Umstände des einzelnen Falles an, in deren Prüfung der Richter einzutreten hat. Soviel wird man zugeben müssen, dass die amtliche Stellung, die der Gutachter einnimmt, an und für sich noch nicht hinreicht, die Besorgniss der Befangenheit zu beseitigen, da in dieser Hinsicht ein Unterschied zwischen einem Sachverständigen mit Beamten-Charakter und einem anderen ohne solchen nicht gemacht werden kann. Wohl aber widerlegt sich der Angriff gegen die Unparteilichkeit des Sachverständigen im vorliegenden Falle schon durch den Umstand, dass er sich der Partei gegenüber sein endgültiges Gutachten vorbehalten und durch Bezeichnung der für ihn wesentlichen Lücken zu erkennen gegeben hat, dass es ihm ernstlich um eine objektive Beurtheilung der Sachlage zu thun sei. Dieser sein Vorbehalt gewährt ihm auch die Möglichkeit, ohne mit sich selbst in Widerspruch zu gerathen, als Sachverständiger eine andere Meinung zu äussern, wie die in dem privaten Gutachten niedergelegte. Zu einer Besorgniss der Befangenheit ist hier also überall kein Grund zu erblicken.

Doppelte Placenta bei einfacher Frucht. Manuelle Lösung der zweiten Placenta.

Von Kreiswundarzt z. D. Dr. Mayer-Simmern.

G. Keferstein[1]) schliesst seinen interessanten Aufsatz: „Zur gerichtsärztlichen Geburtshülfe“ mit dem Satze: „Ein von berufener Seite verfasstes Buch, das alle hier in Betracht kommenden Punkte, insbesondere die einzelnen geburtshülflichen Operationen und Vorgänge unter dem Gesichtspunkte der fahr-

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1901, S. 689.

lässigen Tödtung von Mutter oder Kind erschöpfend behandelt, würde . . sicher von den betheiligten Kreisen freudig begrüsst werden."

Wenn nun auch gewiss bloss der Meister in der Kunst berechtigt ist, ein solches Werk zu schreiben, so dürften Bausteine dazu nicht bloss von dem Lehrer und Forscher, auch nicht bloss von gerichtsärztlicher Seite geliefert werden müssen; auch die Beiträge des praktischen Arztes, insbesondere des Landarztes, dürften ihren Werth besitzen. Ich erinnere dabei an ein Wort von M. B. Freund:[1]) „Ich glaube, dass überhaupt innerhalb derselben (i. e. der Landpraxis) gar merkwürdige und lehrreiche Geschehnisse in geburtshülflicher Beziehung sich zutragen, die mangels sachkundiger Beobachtung verborgen bleiben." Welche Anforderungen die Geburtshülfe in ländlichen Verhältnissen an die geistige und körperliche Kraft des Arztes stellen, welche Mühseligkeiten und Fährnisse unter den schwierigsten äusseren Umständen zu überwinden sind — das kann nur der erfahrene Praktiker beurtheilen. Mittheilungen von Aerzten über Fälle, in denen trotz aller den Verhältnissen angemessenen und bei der gegebenen Sachlage möglichen Thätigkeit ein ungünstiger Ausgang eintrat, werden nun gar selten veröffentlicht, obwohl sie für die Frage, ob ein ärztlicher Kunstfehler vorliegt oder nicht, für später zur Beurtheilung gelangende Fälle ihre Bedeutung haben.

Lag ein Verschulden des Arztes vor, so ist das Schweigen erklärlich. Machte er etwa eine Operation, die nach den Worten Fritsch's[2]) „zur bitteren Reue und zu dauerndem Selbstvorwurf" führt, so ist gewiss kein Grund für ihn vorhanden, seine Leistungen der Oeffentlichkeit darzulegen. Ein anderes aber ist, wenn der Arzt nach seiner besten Ueberzeugung durchaus pflicht- und sachgemäss handelte und trotzdem der Ausgang ein unglücklicher war. Ich sehe keinen Grund, der dagegen spräche, solche Fälle, wenn sie wissenschaftliches Interesse haben, offen darzulegen und halte die Ansicht Voltolini's für richtig: „Ich theile diese üblen Erfahrungen offen mit . ., da ja bekanntlich die Stirn eines jeden im Kampfe mit den Leiden Anderer ergrauten Arztes ebenso wohl mit Lorbeeren, als mit Narben bedeckt sein wird." Der Umstand, dass dieser Autor, bevor er Universitätslehrer geworden, früher praktischer Arzt und Medizinalbeamter gewesen ist, dürfte nicht ohne Einfluss darauf gewesen sein, dass er so freimüthig auch von seinen ungünstigen Erfahrungen spricht.

Herr Geheimrath Fritsch hebt in seinem Aufsatze: „Kann man eine Nebenplacenta von einem Placentarreste unterscheiden"[3]) als Nr. 2 der Fragen, die sich der Sachverständige vorlegt, oder die ihm vorgelegt werden, hervor: „Musste die bei der Geburt hülfeleistende Person, Hebamme oder Arzt das Fehlen dieses

[1]) Volkmann's Sammlung klin. Vorträge; N. F., Nr. 68, März 1893.
[2]) Fritsch, Klinik der geburtsh. Operationen; 1888, S. 222.
[3]) Fritsch, Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin; (3) XXII, 2. Heft, 1901, S. 209.

Stückes an der geborenen Plazenta erkennen, wenn die Aufmerksamkeit angewandt wurde, zu der die Verpflichtung besteht?" E bejaht diese Frage. „Die Hebamme muss jedenfalls erkennen, die Placenta vollständig ist oder nicht."

Ich möchte nun einen Fall mittheilen, in welchem bei einfacher Frucht zwei Mutterkuchen sich fanden, von denen der zweite durch mich manuell aus dem Uterus entfernt wurde, einen Fall, in welchem ich auf's Genaueste nachher beide Plazenten besichtigte und sie auf ihre Vollständigkeit prüfte; trotzdem musste, nach dem weiteren Verlaufe und den Angaben eines Kollegen zu schliessen, ein Nachgeburtrest zurückgeblieben sein. In seiner Arbeit: „Ein Fall von doppeltem Mutterkuchen bei einfacher Frucht" [1]) hatte Wex bereits den Wunsch ausgesprochen, es möchten seitens der Kollegen der seinigen ähnliche Beobachtungen mitgetheilt werden, um ein Urtheil über die Häufigkeit eines zweiten Mutterkuchens oder Nebenkuchens zu gewinnen. Diese Arbeit war mir bei Beobachtung meines Falles bekannt.

Die anscheinend sonst gesunde 42jährige Frau, eine VII para, hatte bereits wiederholt geburtshülflichen Beistand in Anspruch nehmen müssen. Sie hatte einen Abort überstanden, ferner eine Nachgeburtlösung, schliesslich eine heftige Blutung in einem der früheren Wochenbetten, die erst dadurch beendet wurde, dass am 17. Tage nach der Geburt ein zurückgebliebenes Stück der Nachgeburt vom Arzte entfernt wurde.

Im Beginne der diesmaligen Schwangerschaft im Frühjahr 1899 trat eine starke Blutung ein. Der behandelnde Kollege hatte, wie er später auf meine Nachfrage die Güte hatte, mir mitzutheilen, nach dem Befunde und dem Verlaufe der Blutung die Diagnose auf Zwillingsschwangerschaft gestellt, und angenommen, eine der Früchte sei abgestorben, die andere aber da trotz der heftigen Blutung die Schwangerschaft ihren weiteren normalen Verlauf nahm, entwickele sich weiter.

Am 2. Oktober 1899, Morgens gegen 5 Uhr, trat zum normalen Ende die Geburt ein. Die Entwickelung ging so rasch vor sich, dass die Geburt vor dem Eintreffen der Hebamme vollendet war, nur die Nachbarinnen leisteten Hülfe. Die Hebamme versuchte mit dem Credé'schen Handgriffe die Nachgeburt zu exprimiren. Dies gelang ihr nur „zum Theil", sie schickte daher zu einem Arzte mit der Botschaft: „Ein Stück der Nachgeburt ist angewachsen. Keine Verblutung." Der Bote kam zu mir und traf mich zu Hause. Als ich gegen 9 Uhr bei der Wöchnerin eintraf, fand ich sie bei befriedigendem Allgemeinbefinden, nur etwas blass, den Puls ziemlich kräftig, langsam. Befund: Die Placenta war bereits vollständig geboren; von derselben ging aber ein Strang von etwa 1 cm Dicke in die Geschlechtswege hinein. Als ich denselben verfolgte, gelangte ich im Uterus an eine enge Stelle, eine Striktur. Ich liess unter dieser Stelle die Hand ruhig liegen, wartete bis sich die Striktur löste, führte sie

[1]) Wex, Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1898, S. 725.

dann höher hinauf und kam dem Strange entlang an eine zweite Placenta. Unter Druck von aussen und leicht lösenden Bewegungen der inneren Hand gelang die Herausnahme dieses zweiten Mutterkuchens als Ganzes leicht. Es folgten ihm einige Blutklumpen. Die Schwächezustände, die trotz leidlich kräftigen Pulses, ohne dass eine weitere Blutung eintrat, bestanden, besserten sich nach Einspritzung von Kampheröl und Darreichung von Exzitantien.

Die beiden Plazenten hingen nur durch eine Eihautbrücke von etwa 10 cm Breite zusammen, eben jenen Strang, der durch mehrfache Umeinanderrollung zu einem fingerdicken Gebilde geworden war.

Ich demonstrirte insbesondere mit Rücksicht auf die Arbeit von Wex der Seltenheit des Falles wegen der Hebamme das Objekt in allen seinen Einzelheiten: Die beiden Plazenten, von denen die gelöste in der Grösse etwa einer Placenta des achten Monates entsprach, die einfache Nabelschnur, deren Durchmesser kaum von der üblichen Grösse abwich, die Insertio velamentosa derselben. Insbesondere prüfte ich beide Plazenten auf ihre Vollständigkeit; es fanden sich weder Lücken, Defekte im Kuchengewebe, noch zerrissene Zweige der Nabelgefässe.

Das Wochenbett verlief Anfangs günstig. Indessen traten am 12. und am 18. Oktober heftige Blutungen auf. Da der Uterus gut zurückgebildet schien, da ich beide Plazenten auf ihr Intaktsein mit Vorbedacht geprüft hatte, da ich an die Möglichkeit, dass nach Entfernung zweier vollständiger Mutterkuchen weitere Nachgeburtreste vorhanden sein könnten, nicht dachte, so konnte ich mich zu einer inneren Untersuchung nicht entschliessen, um so mehr, als ich zu jener Zeit viel mit infektiösem Material zu thun hatte. Ich begnügte mich mit palliativen Massregeln. Als sich nun eine dritte heftige Blutung einstellte, verzichtete man auf die weitere Behandlung durch mich und zog statt meiner jenen Kollegen hinzu, der die Frau bereits in der Schwangerschaft behandelt hatte. Wie derselbe die Güte hatte, mir später zu berichten, entfernte er zurückgebliebene Nachgeburtreste, die zusammen etwa die Grösse einer Hohlhand hatten. Die Frau ist indessen an Wochenbettfieber erkrankt und der Erkrankung erlegen.

Gehen wir zunächst auf die klinische Seite des Falles ein, so ist daran zu erinnern, dass die Frau bereits in zwei früheren Wochenbetten eine manuelle Lösung von Nachgeburtstheilen durchgemacht hatte. Es dürften daher anatomische Veränderungen der Schleimhaut vorgelegen haben. So sagt K. Hense-Königsberg:[1]) „Die bekannte Thatsache, dass sich manuelle Placentarlösungen bei ein und derselben Person häufen, spricht auch dafür, dass bei adhaerenten Placenten bestimmte anatomische Ursachen vorliegen müssen.“ Durch eine Endometritis erklärt v. Franqué[2]) das

[1]) Referat in der Münchener med. Wochenschrift; 1901, S. 1106.

[2]) Berliner klin. Wochenschrift; 1900, S. 851; und Münchener med Wochenschrift; 1900, S. 1503.

häufige Zusammentreffen von Insertio velamentosa mit Placenta succenturiata.

Ahlfeld und Stähler:[1]) „Klinische Erfahrungen über Plazentarretention" stellen als These auf: Zurückhaltung durch feste Vereinigung kommt relativ häufig vor bei Frauen, bei denen schon früher Plazentarlösungen sich nothwendig machten und . . . bei abnorm gestalteter Placenta. Placentazurückhaltung (ohne Verwachsung) erfolgt am ehesten bei Geburtsfällen, in denen das Kind die mangelhaft erweiterte Cervix, ohne dass eine Zerreissung erfolgte, schnell passirt hat, oder wenn durch unpassende äussere oder innere Manipulationen eine Striktur verursacht wurde.

In unserem Falle lagen die Bedingungen sowohl zur ersten Möglichkeit: frühere Placentarlösung und abnorme Gestalt, als zur zweiten: sehr schnell verlaufende Geburt und eine Striktur der Cervix, vor. Ob irgend welche Manipulationen vor meinem Eintreffen mit der Placenta vorgenommen worden waren, vermag ich eine Auskunft nicht zu geben.

Dass Zurückhaltung der Placenta mit Verwachsung auch bei abnorm kleiner Placenta und vergesellschaftet mit vorzeitiger Kontraktion des inneren Muttermundes vorkommen kann, lehrt eine Arbeit von S. Gottschalk:[2]) „Ueber eine mit vorzeitiger Kontraktion des inneren Muttermundes vergesellschaftete besondere Form der Nachgeburtsverhaltung bei rechtzeitigen Geburten (abnorm kleine Placenta). Gottschalk sieht in der abnormen Kleinheit der Placenta ein die spontane Ablösung wesentlich erschwerendes Moment, weil hier eine Inkongruenz zwischen Placenta und Haftfläche nicht so bald eintritt, wie bei normal grosser Placenta.

Die bisher gemachten Ausführungen betrafen die Gründe, die zur Adhaerenz der Plazenta und zur Insertio velamentosa der Nabelschnur führten. Bei dem Versuche, die aussergewöhnliche Entwickelung von zwei Plazenten zu erklären, muss angenommen werden, dass ursprünglich eine Zwillingsschwangerschaft bestanden hatte, die eine Unterbrechung in den ersten Monaten der Schwangerschaft derart gefunden hat, dass die eine Frucht bei der von dem behandelnden Arzte beobachteten Blutung ausgestossen wurde, während die andere sich in normaler Weise weiter entwickelt hat. Gleichzeitig hat sich dann die retinirte Placenta der ersten Frucht mit entwickelt.

Einen ähnlichen Fall beschreibt Graun[3]) (Prager med. Wochenschr. 1901). Das Referat darüber lautet: „Eine zweite Placenta bei einfacher Geburt entfernte Graun. Dieselbe war vollkommen, ebenso wie die Eihäute, ausgebildet, von Handtellergrösse. Das distale Ende der 6—7 cm langen Nabelschnur erwies sich als obliterirt."

In meinem Falle hatte die zweite Placenta, ebenso wie in dem Falle von Wex keine eigene Nabelschnur, sondern wurde

[1]) Referat in der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung; 1901, S. 147.
[2]) Berliner klin. Wochenschrift; 1896, S. 459.
[3]) Referat in der Berliner klin. Wochenschrift; 1902, S. 16.

durch Gefässe versorgt, die auf dem Wege der Eihautbrücke mit der Nabelschnur der ersten Placenta in Verbindung standen.

Gehen wir zu der ursprünglichen Fragestellung zurück, so ergiebt die bisherige Darstellung, dass ich aus der Besichtigung der beiden Plazenten den Eindruck ihrer Vollständigkeit gewonnen hatte, dass aber in Wirklichkeit trotzdem Nachgeburtsreste zurückgeblieben sind. Ob es sich hierbei um eine weitere Placenta, um eine Placenta succenturiata oder um eine Placenta spuria gehandelt hat, lässt sich nachträglich nicht mehr bestimmen.

Herr Geheimrath Fritsch sagt in seiner „Klinik der geburtshülflichen Operationen“: „Ja selbst bei total abgegangener Placenta kann eine Placenta succenturiata noch im Uterus zurückbleiben;“ und in seiner „gerichtlichen Geburtshülfe“: „Es kommt auch vor, dass bei spontanem Austreten der Placenta ein fest anhaftendes Stück im Uterus zurückbleibt.“

Im Einklang mit der humanen Auffassung, die der Autor über Kunstfehler hegt, steht auch der Satz der jüngst erschienenen Arbeit[1]) Fritsch's: „Ist eine Placenta succenturiata auch selten, so wird doch kein Sachverständiger auf seinen Eid hin behaupten können, dass der seltene Fall mit Sicherheit auch dann auszuschliessen sei, wenn alle positiven Grundlagen zur sicheren Entscheidung fehlen.“

Aus meinem Falle dürfte hervorgehen, dass es vorkommen kann, dass auch nach sorgfältigster Besichtigung der Placenta durch den Arzt an derselben jede Andeutung fehlen kann, die einen Zweifel an der Vollständigkeit der Nachgeburtstheile hervorzurufen vermöchte.

Ueberfahrenwerden ohne äussere Verletzungen.

Von Dr. **Friedemann**-Berlin, staatsärztlich approbirt.

Zu dem Artikel des H. Kollegen Schmidt in Nr. 19 dieser Zeitschrift „Ein seltener Fall von tödtlicher Verletzung der Halswirbel“, erlaube ich mir darauf aufmerksam zu machen, dass der Schluss, der Obduzirte sei von einem mit Pneumatiks versehenen Automobil überfahren worden, weil er keine äussere Verletzung gehabt habe, m. E. nicht immer berechtigt sei; denn auch beim Ueberfahren durch andere Fuhrwerke kommen nicht stets Beschädigungen der äusseren Bedeckung vor.

Am 4. Juni 1902 haben z. B. H. Med.-Rath Dr. Elten und ich in C. einen Mann obduzirt, der von einem mit eisernen Reifen versehenen, mit Bierfässern beladenen Lastautomobil überfahren war und ausser einer geringfügigen Durchtrennung der weichen Kopfbedeckung keine Verletzung der Haut hatte. Der linke Oberschenkel war in der Mitte stark beweglich und liess starke Reibegeräusche erkennen. An dieser Stelle war der Oberschenkelknochen zermalmt, die Umgebung der Bruchstelle mit reichlichen Blutge-

[1]) Vierteljahrsschrift für ger. Medizin; l. c.

rinnseln angefüllt. Der Verstorbene hatte, als er überfahren wurde, am Rande der Chaussee gelegen.

Ich erinnere mich ferner eines Falles aus dem Sommer 1883 — also einer Zeit, wo es Automobile noch nicht gab. Es handelte sich um eine Frau in K., die von dem zuständigen Kreisphysikus Dr. Gr. und Kreiswundarzt Dr. Sch. obduzirt worden ist. Die Frau war von einem schwer beladenen Wagen überfahren worden, hatte keine erheblichen äusseren Verletzungen, dagegen waren die Wirbelsäule mehrfach und mehrere Rippen gebrochen. Auch diese Frau hatte am Chausseerande gelegen, als sie überfahren wurde.

Es kommt m. E. auf verschiedene Umstände an, durch welche beim Ueberfahren etwaige erhebliche Verletzungen der Oberfläche hervorgebracht werden. Ist z. B. die Unterlage elastisch, wie die Banquets an den Chausseen im Sommer oder ungepflasterte Dorfstrassen, dann findet man seltener äussere Verletzungen. Findet das Ueberfahren dagegen auf gepflasterten Strassen oder auf gefrorenen Wegen statt, so kann selbst durch leicht belastetes Fuhrwerk die schwerste äussere Verletzung hervorgebracht werden.

Ich sah einen Knaben, als er in einer sandigen Dorfstrasse von einem mit Heu hoch beladenen Wagen überfahren wurde. Der Wagen ging über beide Unterschenkel, ohne dass der Knabe eine nennenswerthe Verletzung davontrug. In einem anderen Dorfe wurde ich zu einem von einem Getreidewagen überfahrenen Knaben zugezogen, der keine äussere Verletzung, dagegen einen Beckenbruch hatte. Einem dritten Knaben, der von einem unbeladenen Ackerwagen auf einer Holzbrücke überfahren war, waren der Unterkiefer zermalmt und die Weichtheile des Gesichts in Fetzen gerissen.

Ferner behandelte ich einen Mann, der auf stark gefrorener, tief ausgefahrener, ungepflasterter Strasse von seinem mit Holzkloben beladenen Wagen überfahren worden war. Dabei waren die Haut sowie die übrigen Weichtheile und die Knochen beider Unterschenkel zerquetscht. Dieser selbe Mann stürzte etwa 10 Jahre später von einem Breakwagen auf die Chaussee, wurde über den Hals gefahren, brach die Halswirbel und starb.

Solche Beobachtungen sind sicherlich vielfach gemacht worden, so dass m. E. bei ähnlichen Befunden, wie sie in dem angeführten Artikel erhoben sind, die Aufmerksamkeit der Obduzenten und der Staatsanwaltschaft auf die Möglichkeit einer Ueberfahrung nicht blos durch ein Automobil, sondern auch durch anderes Fuhrwerk zu lenken sind.

Eine kleine Pockenepidemie im Kreise Grottkau (Schlesien) im Sommer 1901.

Von Med.-Rath Dr. Litterski, Kreisarzt in Grottkau.

Die Unruhstädter Pockenfälle, mitgetheilt in Nr. 15 der Zeitschrift, geben mir Veranlassung, als ein Pendant dazu eine kleine Pockenepidemie mit 12 Erkrankungen aus dem Kreise Grottkau

mitzutheilen, die ich im Juni 1901 zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, da auch diese Fälle manches Eigenthümliche und Interessante an sich hatten.

1 u. 2. Der erste Fall wurde mir am 7. Juni aus meinem Nachbarkreise Münsterberg gemeldet, wo eine Person aus meinem Kreise dort im Krankenhause zur Aufnahme gelangt war. — Der Arzt, von dem die Person, eine 48jährige Frau K., zuerst behandelt war, hatte keine sichere Diagnose gestellt, sondern sie sofort in's Krankenhaus geschickt. — Dort im Krankenhause wurde die Person von dem Krankenhausarzt und auch dem dortigen Kreisarzt für pockenkrank erklärt und polizeilich sofort weiter gemeldet etc., so dass ich auf diesem Umwege davon Kenntniss erhielt.

Bei der Tags darauf folgenden Lokal-Untersuchung im Dorfe G. konnte ich nichts Bestimmtes ermitteln, weder über die etwaige Infektionsquelle, noch über den eigentlichen Charakter der Krankheit etc. Meine Fragen, ob die Kranke vielleicht verreist gewesen wäre etc., wurden verneint. Als ich mich sofort zu dem Nachbar-Kollegen, wo die Kranke im Krankenhause lag, begab, konnte ich mich überzeugen, dass sie an ausgesprochenen konfluirenden Pocken schwer erkrankt war. Ich erfuhr dabei auch, dass sie einen Wallfahrtsort — Albendorf (Kr. Neurode) — besucht hatte, und dass dort die Pocken von auswärts eingeschleppt waren. Spätere Nachforschungen ergaben dann, dass die Kranke den Wallfahrtsort am 16. Mai besucht hatte, womit die Inkubationszeit von 10 bis 14 Tagen stimmte.

Am 10. Juni wurde sofort die ganze Familie der erkrankten Person und alle Personen, die mit ihr Umgang gehabt haben konnten, wiedergeimpft. Trotz der Wiederimpfung erkrankte der 48jährige Ehemann K. am 17. Juni an leichten Pocken; er wurde in's Krankenhaus zu Grottkau geschafft, da sonst entsprechende Isolirung, Verpflegung etc. nicht möglich war. Die schwer erkrankte Frau und der Mann genasen. Damit hatte es mit den Pocken in dem Dorfe G. seinen Abschluss gefunden.

3—5. Am 18. Juni wurde aus dem Dorfe H. bei einem Kinde des Bauerbesitzers K. ein verdächtiger Ausschlag gemeldet. — Festgestellt wurde bei dem 7 Monate alten, ungeimpften Kinde konfluirende Pocken, an denen es am 23. Juni verstorben ist. Sofortige Ueberführung in's Krankenhaus wurde entschieden abgelehnt. Während der Verhandlung wegen event. zwangsweiser Ueberführung, die nach dem §. 14 des R. S. G. vom 30. Juni 1900 zulässig ist, ist das Kind verstorben. Der Bauerbesitzer und Vater war am 18. Mai in Albendorf, erkrankte am 30. Mai unter allgemeinem Unwohlsein, Knötchen-, Bläschenausschlägen etc., arbeitete aber weiter. Am Untersuchungstage waren nur Spuren davon vorhanden. Ebenso war auch die Ehefrau, die in Albendorf nicht gewesen war, an Varioloiden erkrankt ohne Bettlägerigkeit.

6. Am 19. Juni wurde beim Stellenbesitzer R. im Dorfe K. ein verdächtiger Ausschlag gemeldet. Festgestellt wurden Varioloiden, die bereits abgeheilt waren. Infektion: Albendorf.

7. Am 20. Juni stellte ein alter Geistlicher bei einer 52jährigen Wittwe K. im Dorfe E. Pocken fest. — Der Geistliche kannte die Krankheit aus früheren Zeiten her, glaubte aber nicht an Ansteckung; der Herr Amtsvorsteher hat es jedoch sofort gemeldet. Hier wurden noch deutliche Variolen festgestellt. Infektion in Albendorf. Sofortige Ueberführung in's Krankenhaus. Heilung.

8. Am 21. Juni wurde gerüchtweise verlautbar, dass ein 24jähriges Mädchen S. im Dorfe V. krank und in Albendorf gewesen sein soll. Auch hier wurden Varioloiden im Abheilen festgestellt.

9. Ebenso war die 56jährige Mutter des Mädchens, die in Albendorf nicht gewesen war, an leichten Pocken erkrankt, aber nur etwa 2 Tage lang bettlägerig.

10 u. 11. Am 22. Juni wurden bei 2 Mädchen von 18 bezw. 26 Jahren — Schwestern — verdächtiger Ausschlag gemeldet im Dorfe B. Eine der Schwestern war in Albendorf gewesen. Es konnte nur anamnestisch nachgewiesen werden, dass es wohl Varioloiden gewesen sind, zumal einzelne dunkele Flecken, Narben am Körper sichtbar waren.

12. Am 1. Juli wurde eine 64jährige Wittwe K., Nachbarin von Nr. 8 als verdächtig krank gemeldet. Festgestellt wurden Pocken. Sofortige Ueberführung in's Krankenhaus. Tod am 9. Juli an konfluirenden Pocken.

Sechs Fälle davon sind somit auf Infektion in Albendorf zurückzuführen und 6 Fälle haben sich weiter von den erkrankten Personen infizirt. Anderweitige Fälle, sei es an wirklichen Pocken, sei es an Abortivformen sind aus dem Kreise nicht bekannt geworden, obwohl viel mehr Personen aus dem Kreise damals in Albendorf gewesen sind und auch den Gendarmen der Auftrag gegeben wurde, danach zu forschen etc.

Eigenthümlich ist in allen Fällen, dass die Personen ad 1 und 2 keinen Arzt gehabt haben, dass, nachdem die Sache ruchbar wurde, ein Arzt zufällig, ohne zu den Patienten gerufen zu sein, die Fälle ad 3—6, 10 und 11 als verdächtig gemeldet hat, dass die mit Varioloiden oder Abortivformen behafteten Personen dabei sich wenig unwohl — 1 bis 2 Tage — gefühlt und weiter gearbeitet haben, dass bei der amtlichen Untersuchung mehr anamnestisch, als objektiv die Pocken-Erkrankungen festgestellt werden konnten, dass alle, die sich in Albendorf infizirt hatten, diesen Ort am 16.—19. Mai besucht und etwa am 30. Mai mehr oder weniger sich unwohl gefühlt hatten, mit mehr oder weniger Bläschen, Pustelnbildung etc. behaftet gewesen sind etc.

Dass es sich thatsächlich in allen Fällen um wirkliche Pocken gehandelt hat, dürfte sich wohl daraus ergeben, dass z. B. bei Nr. 3—5, wo Vater und Mutter nur leicht erkrankt waren, das 7 Monate alte, noch ungeimpfte Kind schwer an konfluirenden Pocken erkrankte und verstorben ist, dass die Person ad 12, die Nachbarin von Nr. 8, schwer an konfluirenden Pocken erkrankt und verstorben ist; dieselbe soll nur als Kind geimpft worden sein, ohne deutlich sichtbare Impfnarben.

Sämmtliche Fälle sind nicht nur von mir, sondern auch von Herrn Dr. Flatten, Kreisarzt und Hülfsarbeiter bei der Königlichen Regierung in Oppeln, untersucht und festgestellt worden, sowie die Massnahmen vereinbart.

Lehrreich sind die Fälle ad 1 u. 2, wo der Ehemann, trotzdem er am 10. Juni wieder geimpft wurde, dennoch am 17. Juni an Pocken — leichte Form — erkrankt ist. Die Impfung fiel bereits in das Inkubationsstadium, war nicht mehr im Stande das Pockengift vollständig zu neutralisiren, wohl aber vielleicht zu schwächen.

Ferner ist auch von Interesse der Fall ad 12. Am 21. Juni wurden nämlich alle Familienmitglieder ad 8, deren Nachbarn und Personen, die mit den Erkrankten in Berührung gekommen sein konnten, wiedergeimpft; — die pp. 64jährige Wittwe K., nächste Nachbarin von Nr. 8, hatte sich gedrückt, wurde also nicht geimpft und erkrankte später nach 10 Tagen schwer an Pocken.

Wenn die Person sich hätte damals impfen lassen, wäre sie wohl nicht krank geworden, oder wenigstens nicht so schwer, dass sie die konfluirenden Pocken bekommen und verstorben wäre.

Die getroffenen Massregeln waren wie gewöhnlich:

1. Sofortige Wiederimpfung der Angehörigen, Nachbarn etc. (Ist stets unbedingt nöthig.)
2. Absperrung der Wohnung, des Gehöftes durch Anbringen einer Tafel:

Pocken. Eingang verboten. (Die Anordnung hat wenig Zweck, weil sie doch häufig übertreten wird und nicht zu kontroliren ist.)

3. Möglichst sofortige Ueberführung in's Krankenhaus, sofern die Personen noch ernstlich krank waren. (Ist das Beste!)

4. Bei der Vertheilung der Erkrankten auf mehrere Dörfer; Verbot von Menschen-Ansammlungen, von Märkten, Prozessionen etc.

5. Oeffentliche Impfung in den Dörfern, wo die Erkrankungen vorgekommen waren, für Personen, die sich freiwillig impfen lassen wollten. (War zwecklos, weil fast gar keine Personen sich zur Impfung gestellt haben).

6. Sorgfältige Desinfektion der Wohnungen etc. durch zwei geprüfte Desinfektoren unter Beutzung eines herausgebrachtem Dampf-Desinfektions-Apparates, theilweise unter Kontrole des Kreisarztes.

Diese kleine eingeschleppte Epidemie von Pocken hat Folgendes gezeigt und gelehrt:

1. Aerztlich wurden die Fälle nicht mit sicherer Diagnose bezeichnet bez. gelangten überhaupt nicht zur ärztlichen Kognition; nur von Hörensagen und Gerüchten hat man erfahren, dass dort und dort verdächtige Kranke seien. Es war auch die Diagnose bei den fast abgelaufenen leichten Fällen aus dem objektiven Befunde allein sehr schwierig, fast unmöglich, wenn man eben nicht erfahren hätte, dass bereits wirkliche Pockenfälle vorgekommen, die Personen dort und dort gewesen waren und sich infizirt haben konnten.

2. Wir brauchen nicht mehr so grosse Angst vor den Pocken zu haben, wie ehedem. — Bei unserem Impfgesetz und regelrecht durchgeführten Impfungen, Wiederimpfungen und Wiederimpfungen beim Militär ist die Bevölkerung im Allgemeinen derartig immunisirt, dass das eingeschleppte Contagium keinen günstigen Boden mehr zur Ausbreitung findet. Die Bevölkerung ist gegen das Contagium unempfänglich geworden. Der kontagiöse Samen fällt auf einen felsigen, steinernen Boden und verdorrt! Ich habe bereits in meiner amtlichen, etwa 20jährigen Thätigkeit öfters mit eingeschleppten Pockenfällen zu thun gehabt, aber dieselben blieben stets lokalisirt.

Man denke sich, dass die 6 in Albendorf zwischen dem 16.—19. Mai infizirten Personen, bei denen die ersten Symptome gegen den 30. Mai zu Tage getreten, relativ spät zur Kenntniss und amtlichen Untersuchung (7., 18., 19., 20., 22. und 23. Juni) gelangt sind, dass diese Personen während dieser Zeit mit vielen anderen Personen unbedingt in Verbindung und Verkehr gestanden haben (z. B. die Person ad 7 war Nätherin, hatte ganzen Stapel Zeug zum Nähen gehabt; bei ihr hatten ausserdem gewiss täglich Personen verkehrt) und doch sind nur einzelne Familienmitglieder sekundär infizirt und erkrankt. Wenn die Bevölkerung nicht so immun gewesen, so hätten wir nach meiner Ansicht, trotz aller Massregeln, zumal diese etwas spät gekommen waren, die schönste Pocken-Epidemie im Kreise gehabt, wie solche vor 30—40 Jahren etc. vorgekommen sind.

Die Impfung und Wiederimpfung etc. ist und bleibt vorläufig als der beste Schutz gegen die Pocken.

3. Damit sei nicht gesagt, dass man deshalb die Hände in den Schoss zu legen und nichts zu thun nöthig hätte. Im Gegen-

theil man muss stets am Platze sein und die bekannten bewährten Vorschriften gewissenhaft erfüllen, soweit sie mit den jeweiligen wissenschaftlichen Anschauungen über die Kontagiösität der Pocken und deren Bekämpfung im Einklang stehen. Erfahrung und Wissenschaft gehen, wie allerwärts, so auch hier zusammen.

Ein gewisser Imperativ ist dabei oft nicht zu umgehen. z. B. ist bei den vorzunehmenden Wiederimpfungen oft nicht nur eine Empfehlung, sondern ein Gebot erforderlich!

Nachdem ich bei Nr. 8 die Erfahrung gemacht hatte, dass die eine Person sich gedrückt und schwer erkrankte, wurde polizeilich angeordnet, dass alle Einwohner des Dorfes V., so weit sie in den 10 letzten Jahren nicht mit Erfolg geimpft worden waren, sich zur Impfung stellen mussten; sie sind dann alle wiedergeimpft worden.

Dass thatsächlich weitere Infektionen stattfinden können beweisen die Fälle 3—6 und 12, wo die Personen entweder ungeimpft waren oder bereits die Immunität durch grossen Zeitraum verloren hatten.

Es ist nichts Neues, was ich mitgetheilt habe, aber doch vielleicht nicht ganz uninteressant!

Mitwirkung bei Ertheilung der Genehmigung zum Handel mit Giften.

Von Med.-Rath Dr. **Brinkmann**, Kreisarzt in Wollstein.

Der §. 56 der Dienstanweisung giebt dem Kreisarzt gegenüber den Gift- und Drogenhändlern eine andere, wichtigere Stellung, als derselbe sie bisher innehatte. Abgesehen davon, dass ihm eine Aeusserung über die Bedürfnissfrage zusteht, kann er auch eine Beschränkung derjenigen Stoffe herbeiführen, um deren Verkaufserlaubniss ersucht worden ist; endlich ist er verpflichtet, eine Prüfung derjenigen Personen vorzunehmen, welche die Genehmigung zum Handel mit Giften nachsuchen.

Alle diese drei Punkte sind äusserst wesentlich und geben dem Kreisarzt die Möglichkeit, den Verkauf von Giften in ganz anderer und kräftigerer Weise zu beeinflussen, als dies früher möglich war. Der Kreisarzt hat es jetzt in der Hand, durch sachverständige Behandlung der Bedürfnissfrage dafür zu sorgen, dass die kleinen Drogen- und Gifthandlungen in den kleinen Städten und auf dem platten Lande, von denen wir alle nur zu gut wissen, dass sie gerade Günstiges nicht bezwecken, nicht wie Pilze in die Höhe schiessen. Aus diesem Grunde halte ich das Recht der Erörterung der Bedürfnissfrage für ungeheuer werthvoll; eine ruhige Erwägung und verständige Begründung einer etwaigen Verneinung des Bedürfnisses wird wohl immer die Unterstützung der Verwaltungsbehörde gewinnen.

Dann ist der Kreisarzt auch berechtigt, eine Beschränkung derjenigen Stoffe anzuordnen, deren Verkauf genehmigt werden soll. Hier ist natürlich auch die grösste Vorsicht geboten. Selbstverständlich wird man Leuten, die man nicht ganz genau kennt,

den Verkauf von Giften nicht so leicht gestatten können, wie denjenigen, deren Zuverlässigkeit man geprüft hat. Sind doch selbst die sogen. polizeilichen Führungsatteste nicht unter allen Umständen durchaus zuverlässig; jedenfalls kann Jemand sich schon vieler kleiner Vergehen schuldig gemacht haben, ehe zufällig die Polizei etwas davon erfährt. Und namentlich ist dies bei Leuten der Fall, die hier in Betracht kommen, da doch das grosse Publikum fast immer auf Seiten des Drogenhändlers steht, der dem Apotheker in das Handwerk pfuscht oder gar noch schlimmere Dinge begeht.

Am meisten wichtig aber ist wohl die Pflicht des Kreisarztes, diejenigen Personen, welche die Genehmigung zum Handel mit Giften nachsuchen, zu prüfen. Auf Grund einer Prüfung, der ersten, welche ich abgehalten habe, kann ich es nur bedauern, dass auch diejenigen Grosshändler, welche bereits ihre Erlaubniss haben, nicht noch nachträglich geprüft werden müssen; denn mein Prüfling hatte bereits in einem anderen Kreise die Erlaubniss zum Handel mit Giften und giftigen Farben Jahre hindurch gehabt, legte aber bei seiner ersten Prüfung eine so blühende Unwissenheit an den Tag, dass ich ihm selbstverständlich das Zeugniss nicht ertheilen konnte, sondern ihn ersuchen musste, nach 4 Wochen wieder zu erscheinen. Jetzt hatte er die Sache tadellos begriffen. Ich nahm eine umfassende Verhandlung mit ihm auf, in die ich alle Fragen hineinschrieb, welche ich ihm vorlegte, und stellte ihm dann nach Schluss der Prüfung, für die ich mir, nebenbei bemerkt, 6 Mark zahlen liess, ein kurzes Zeugniss aus, das selbstverständlich gestempelt sein muss.

Von den Fragen, welche ich den Prüfling vorlegte, erlaube ich mir einige anzuführen, vielleicht dass einer oder der andere Kollege durch sie einen Anhaltspunkt gewinnt. Ich kann hinzufügen, dass alle jetzt flott und richtig beantwortet wurden, z. B.: Nach welchen gesetzlichen Bestimmungen regelt sich der Verkauf von Arzneimitteln? Was enthält die Kaiserliche Verordnung im Allgemeinen? Was enthalten die Verzeichnisse A und B im Allgemeinen? Unter welchen Bedingungen dürfen Gifte und giftige Farben abgegeben werden? Können Sie mir die gangbarsten giftigen Farben nennen? Was für Gifte enthalten einzelne dieser Farben? Wie müssen dieselben im Laden und im Vorrathsraum werden? Welche Geräthschaften müssen für Gifte und Giftfarben aufbewahrt vorhanden sein? Wie müssen die Standgefässe für Gifte beschaffen sein u. s. w.

Sehr nöthig wäre es, dass auch bei der alljährlichen Besichtigung der Verkaufsstellen, in welchen Gifte, giftige Farben und Arzneimittel — für die bestimmte Fassung dieses Begriffes in der Kaiserlichen Verordnung können wir nur dankbar sein — den Kreisärzten mehr Einfluss zustände. In dieser Beziehung erscheint die massgebende Verordnung vom 1. Februar 1894 doch noch der Verbesserung dringend bedürftig. Hoffentlich erfolgt auch hier über kurz oder lang eine Aenderung zum Besseren.

Aus Versammlungen und Vereinen.

XII. Sitzung des Vereins der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Gumbinnen am Sonntag den 25. Mai 1901 Nachmittags 2 Uhr in Insterburg im Stadtverordnetensaal des Rathhauses.

Anwesend sind: Der Vorsitzende, Reg.- und Med.-Rath Dr. Doepner, die Kreisärzte Dr. Dr. Behrendt, Bredschneider, Cohn, Czygan, Forstreuter, Herrendoerfer, Hoyer, Liedtke, Ploch, Raetzell, Schawaller, Schulz, Stumm, Vossius, die Kreisassistenzärzte Dr. Boehnke und Dr. Lemke, sowie als Gäste die pro physicatu geprüften praktischen Aerzte Dr. Dr. Franz, Koehler und Poddey.

Zu Punkt 2 der Tagesordnung über die vom Kreise Pillkallen vorgeschlagene Liste für Granuloseambulatorien spricht Dr. Cohn-Heydekrug und macht Vorschläge über Abänderung derselben indem er ein neues Formular vorlegt. Auf Vorschag von Dr. Forstreuter wird eine Kommission bestehend aus den Dr. Dr. Cohn, Schawaller und Herrendoerfer gewählt, welche eine Liste für das Ambulatorium und eine solche für die Berichterstattung entwerfen und der nächsten Sitzung der Medizinalbeamten vorlegen soll.

Zu Punkt 3 der Tagesordnung betreffend Schutzmassregeln bei ansteckenden Krankheiten referirt Dr. Bredschneider. Derselbe führt zunächst ziemlich ausführlich aus, wie die Zustände hier auf dem Lande sind. Den Leuten steht meistens als Wohnung nur ein Zimmer zur Verfügung, in welchem sie essen, schlafen und arbeiten. Als Vorrathsraum dient eine angrenzende Kammer, die gleichzeitig auch als Schlafstelle benutzt wird. In dem Wohnzimmer befinden sich häufig auch Thiere, Hühner, Ziegen und dergl. Dort ist eine Desinfektion fast unmöglich; es ist deshalb nothwendig, alle Infektionsstoffe sofort unschädlich zu machen, wozu überall auf den Dörfern Desinfektoren auszubilden sind. Referent hat beim Kreisausschuss diesbezügliches Antrag gestellt, auch die Herstellung von gedruckten Verhaltungsvorschriften (ähnlich den vom Potsdamer Medizinalbeamtenverein herausgegebenen) verlangt. Dieser Antrag ist inzwischen genehmigt. Die Verhaltungsmassregeln sind ihm gedruckt zugestellt worden. Die Ausbildung von Desinfektoren wird er übernehmen, nachdem ihm die Liste der vom Kreisausschuss namhaft gemachten Personen zugegangen ist. Die nöthigen Utensilien sind theils schon vorhanden, theils neu zu beschaffen. Scheuerlappen, Schrubber, Besen, können die Betheiligten liefern; die Desinfektionsmittel sollen die betheiligten Gemeinden unentgeltlich hergeben. Die Ausbildung der Desinfektoren will Referent nach dem Leitfaden von Dr. Ueberholz-Trier übernehmen. Es ist anzustreben, möglichst viel Desinfektoren auszubilden, womöglich in jedem grösseren Dorfe einen. Die Kosten für die Thätigkeit derselben hat der Kreis übernommen (1—2 M. pro Tag). Von der Beschaffung von Desinfektionsapparaten wird einstweilen abgesehen, solange nicht genügend geschulte Leute vorhanden sind. Die Kontrolle der Desinfektoren soll theils durch die Gendarmen, theils durch Referenten selbst auf den Revisionsreisen geschehen. Unter den obwaltenden Verhältnissen dürfte es gleichwohl noch lange dauern, bis die Desinfektionen in genügender Weise ausgeführt werden.

Kreisarst Dr. Liedtke als zweiter Referent spricht dann über die bei Lungentuberkulose, Masern, Ruhr und Scharlach zu treffenden Vorsichtsmassregeln. Bei der Lungentuberkulose sind nach seiner Ansicht die wichtigsten Schutz- und Vorbeugungsmassregeln: 1. Aufnahme des Auswurfes in besondere Speigläser. — 2. Entfernung von Staubfängern aus den Wohn- und Schlafzimmern des Kranken sowie von Nahrungsmitteln, welche zum Genuss für Andere dienen. — 3. Die Leib- und Bettwäsche, insbesondere beschmutzte Taschen- und Handtücher dürfen niemals trocken aufbewahrt werden; sie sind entweder sofort auszukochen oder während 24 Stunden in ein mit Schmierseifenlösung gefülltes Gefäss so zu legen, dass sie von der Flüssigkeit ganz bedeckt werden. — 4. Lager- und Bettstroh, Verbandstoffe von eiternden Wunden und ähnliche werthlose Gegenstände sind nach dem Gebrauch zu verbrennen. — 5. Der Kranke soll auch in seiner Familie nach Möglichkeit abgesondert werden; vor allem soll er ausser dem eigenen Bette und eigener Wäsche seine besonderen Ess- und Trinkgeräthe haben, die für sich gereinigt

werden müssen. — 6. Nach dem Tode sowie nach erfolgtem Wohnungswechsel ist für Desinfektion des Krankenzimmers zu sorgen.

Bei Masern sind folgende Vorsichtsmassregeln geboten: 1. Das Ess- und Trinkgeräth des Kranken ist abzusondern und nach dem Gebrauch mit heisser 2 %iger Sodalösung zu reinigen. — 2. Jede unnöthige Berührung des Kranken ist zu vermeiden. — 3. Die Absonderungen des Kranken sind in Gefässe aufzufangen, die zum Theil mit Wasser gefüllt sind. — 4. Die beschmutzte Leib- und Bettwäsche ist für 24 Stunden in eine Seifenlösung zu legen und danach auszukochen. — 5. Das Krankenpflegepersonal soll im Krankenzimmer ein waschbares Ueberkleid oder eine dem Vorderkörper bedeckende Schürze tragen. Vor dem Verlassen des Krankenzimmers haben sich die Pfleger die Hände mit Seife und Bürste zu reinigen und das Ueberkleid abzulegen. — 6. Droschken und öffentliche Fuhrwerke dürfen zum Transport des Kranken nicht benutzt werden.

Bei Ruhr sind erforderlich: 1. Absonderung des Kranken. — 2. Aus dem Krankenkenzimmer ist alles zu entfernen, was nicht nothwendig gebraucht wird. — 3. Das Unterbett ist durch eine wasserdichte Unterlage möglichst vor Beschmutzung zu schützen. — 4. Im Krankenzimmer hat sich Gelegenheit zum Waschen für das Pflegepersonal zu befinden, ferner ein Waschfass mit Schmierseifenlösung zum Reinigen beschmutzter Leib- und Bettwäsche, ferner Kalkmilch zur Desinfektion der Ausleerungen sowie des Wasch-, Spül- und Badewassers. — 5. Das Ess- und Trinkgeräth ist abzusondern und nach dem Gebrauch in Sodalösung zu reinigen. — 6. Bett- und Lagerstroh der Genesenen bezw. des Gestorbenen ist zu verbrennen. — 7. Wohnungs- und Ortswechsel ist ohne polizeiliche Erlaubniss nicht zu gestatten. Droschken und öffentliche Fuhrwerke sind zum Transport des Kranken nicht zu benutzen. — 8. An der Ruhr Gestorbene sind in mit 5 %iger Karbollösung getränkte Leinentücher zu hüllen und baldigst aus der Wohnung zu entfernen.

Beim Scharlach bestehen die Vorsichtsmassregeln in Absonderung des Kranken, Entfernung alles Ueberflüssigen aus dem Krankenzimmer, besonderem Ess- und Trinkgeräth für den Kranken, Vermeidung jeder unnöthigen Berührung des Kranken u. s. w. An Scharlach Gestorbene sind in mit 5 %iger Karbollösung getauchte Leinentücher zu hüllen und alsbald aus der Wohnung zu entfernen.

Zum Schluss spricht der Korreferent noch über die Anheftung von Tafeln an die infizirten Wohnungen. Massgebend hierfür ist einmal der §. 14 des Reichs-Seuchengesetzes vom 30. Juni 1900, wonach Wohnungen oder Häuser, in welchen an Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest oder Pocken erkrankte Personen sich befinden, äusserlich kenntlich gemacht werden können, sowie §. 18 a u. b des Regulativs vom 8. August 1835, der die Bezeichnung der Häuser bei lebensgefährlichen Krankheiten vorschreibt, wenn eine Absonderung der Kranken nicht möglich ist. Zu den lebensgefährlichen Krankheiten werden ausser dem vorher erwähnten auch Typhus, bösartige Ruhr und Masern sowie Scharlach bei bösartigem Auftreten zu rechnen sein. Auch durch die Dienstanweisung für die Kreisärzte ist im §. 84 die Kenntlichmachung oder Absperrung solcher Wohnungen und Häuser, in welchen erkrankte Personen sich befinden, noch besonders vorgeschrieben.

Schliesslich bespricht Referent noch die vom Verein der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Potsdam im Jahre 1900 herausgegebenen Schutzmassregeln bei ansteckenden Krankheiten und regt an durch den Regierungspräsidenten die Landräthe der Kreise auf diese Belehrung aufmerksam zu machen und dieselben zu veranlassen, dass die Belehrung angeschafft und im Bedarffalle vertheilt werde.

Czygan will bei Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten die Presse, namentlich die Lokalblätter mehr benutzt wissen, da durch Veröffentlichungen in diesen Belehrungen die weiteste Verbreitung finden. Ferner hält er die Lehrer für sehr geeignet, in ihren lokalen Verhältnissen das Bestreben des Medizinalbeamten zu unterstützen und das Verständniss für die getroffenen Massnahmen zu wecken.

Der Vorsitzende spricht über den Ministerialerlass vom 17. Januar 1902 betreffend Einschränkung der Reisen der Medizinalbeamten bei weitere Volkskreise nicht gefährdenden Krankheiten. Sodann macht er aufmerksam

auf die Gelegenheit, welche sich den Medizinalbeamten bietet, bei den amtlichen Lehrerkonferenzen durch angepasste Vorträge anregend auf die Lehrer zu wirken.

Ueber Punkt 4 der Tagesordnung die „**Ausbildung der Desinfektoren**“ referirt Dr. Stumm: Nach einem allgemeinen Ueberblick über die Nothwendigkeit der Bestellung und Ausbildung von Desinfektoren behufs Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten schildert er die Verhältnisse, den Gang der Ausbildung und der Anstellung in den Orten und Kreisen, in denen Desinfektoren angestellt und thätig sind. So lange nicht Desinfektorenschulen bestehen, muss die Ausbildung vom Kreisarzt in die Hand genommen werden. Als brauchbares Material werden in den grossen, ausgedehnten östlichen Kreisen mit dünner Bevölkerung vor allem die Amtsdiener und Gemeindediener in Betracht kommen, denen die Desinfektion im Nebenamt in ihren Amtsbezirken zu übertragen wäre. Die betr. Kreisausschüsse müssten die Mittel für die Ausbildung der Desinfektoren tragen und einen Betrag zur Ausführung der Desinfektion bezw. Anschaffung von Desinfektionsapparaten in den Etat einstellen. Im Kreise Lyck sind bereits 3 Dampfdesinfektionsapparate vorhanden.

Es wurde dann des Näheren auf die Ausbildung der Desinfektoren, die eine theoretische und praktische in einem Krankenhaus sein muss, eingegangen. Die theoretische hat sich auf die Kenntniss der übertragbaren Krankheiten, ihre Entstehung, das Aussehen ihrer Erreger und die Vermehrung der Krankheitskeime zu erstrecken. Es muss ausgeführt werden, wie die Krankheitskeime in den menschlichen Körper gelangen, auf welche Weise sie hauptsächlich von den erkrankten Menschen weiterverbreitet werden und wie die Weiterverbreitung der übertragbaren Krankheiten verhindert wird. Daran hat sich Ausführung der Desinfektion im allgemeinen anzuschliessen. Die Desinfektoren müssen darin unterwiesen werden, wie die Krankheitserreger vernichtet werden, durch Hitze und chemische Mittel. Sie haben nicht bloss theoretisch die Anwendung der Hitze in ihren verschiedenen Formen sowie die der chemischen Mittel kennen zu lernen, sondern sie müssen auch mit der Desinfektion im Desinfektionsapparat vertraut gemacht werden, die Einrichtung einer Desinfektionsanstalt genau kennen und sich im Nothfalle selbst einen derartigen Apparat herstellen können. Ferner sind die Desinfektoren in der Herstellung und Verwendung der chemischen Mittel auszubilden, von denen in Betracht kommen: verdünntes Kresolwasser, Chlorkalk, Kalkmilch, Schmierseifenlösung, Sodalösung und Formalin. Sie müssen ferner im Einzelnen in der Ausführung der Desinfektion während und nach Ablauf der Krankheit unterwiesen werden. Schliesslich verbreitete sich Referent noch darüber, nach welchen Krankheiten sich im Allgemeinen die einfache Desinfektion eignet, nach welchen die Formalindesinfektion anwendbar ist und nach welchen die gemischte zu erfolgen hat, sowie worauf sich die einfache Desinfektion zu beschränken hat.

Der Korreferent Dr. Behrendt behandelt hauptsächlich die **Formalin-Desinfektion.** Das Formalin wirkt ebenso wie seine Vorgänger in der Desinfektion, die schweflige Säure, Chlor und Brom nur bei Gegenwart einer hinreichenden Menge Wassers. Formalin braucht eine Atmosphäre von 90 % relativer Flüssigkeit, auf 100 cbm etwa 3 Liter Wasser bei 15° C., deshalb sind auch alle Apparate, welche keinen Wasserdampf entwickeln, wie die „Hygiea“ und der „Aeskulap“ ungeignet. Man entwickelt das Formalin am einfachsten, indem man heissgemachte Ziegelsteine (Dieudonné) oder glühende eiserne Ketten (Springfeld) in stark verdünnte Formalinlösung taucht. Ein grosser Theil des Formalins wird durch die plötzliche Wärmeentfaltung unwirksam. Die Entwicklung des Formalins aus Formalin-Briquetts ist nicht empfehlenswerth. Das Walter-Schlossmann'sche Verfahren der Desinfektion mittelst Glykoformols (40% Formaldehyd und 10% Glyzerin) ist der einfachen Formalin-Desinfektion überlegen, doch ruinirt es die Möbel und daher in der Praxis nicht brauchbar. Für gewöhnlich kommen in Anwendung der Breslauer Apparat von Flügge, der Kölner Apparat von Czaplewski, der Schering'sche kombinirte „Aeskulap“ und der jüngste, der Berliner Apparat. Ihnen allen gemeinsam ist das Prinzip, eine bestimmte Menge Formalin neben einer bestimmten Menge Wasser zu zerstäuben. Die Apparate müssen billig und stabil sein und ordentlich funktioniren. Die Desinfektion ist abhängig 1) von der

Menge des Formalins, pro cbm 2,5—3,0 Formaldehyd = 7—8 gr Formalin; 2) von der Dauer der Einwirkung. Man nimmt für gewöhnlich eine 7—8 stündige Einwirkung an. Je kürzer die Einwirkung, desto mehr Formalin wird gebraucht. Der Berliner Apparat ist auf eine 4 stündige Einwirkung eingerichtet; daher braucht er pro cbm 6—8 gr Formaldehyd = 20 gr Formalin. Um dasselbe in konzentrirter Form zu erhalten, muss man Fenster und Thüre abdichten. Das zu desinfizirende Zimmer soll wenigstens auf 15° C. erwärmt sein. In der Kälte schlägt sich Formalin nieder.

Die Wirkung des Formalins ist eine rein oberflächliche. Daher ist die Desinfektion durch strömenden Wasserdampf bei Polstermöbeln, Decken, Betten, Kissen, Portieren, Tücher u. s. w. nicht zu entbehren. Der Fussboden muss vor der Formalindesinfektion nass aufgescheuert werden. Wo ein Abdichten der Zimmer schwer möglich ist, ist die mechanische Desinfektion vorzunehmen.

Nach der Desinfektion ist das Formalin aus der Wohnung zu schaffen durch fleissiges Lüften und Heizen derselben, oder durch Entwickeln von Ammoniakdämpfen eine Stunde lang. Bei 7 stündiger Einwirkung des Formalins und bei hoher Zimmertemperatur wird durch die natürliche Ventilation schon viel Formalin herausgeschafft. Bei undichtem Fussboden bleibt in den oberflächlichen Ritzen und Fugen viel Formalin zurück, welches man durch Aufwischen mit ½ % Salmiaklösung entfernt.

Die 7 stündige Formalindesinfektion ist der 4 stündigen vorzuziehen. Für Berlin ist eine neue Desinfektionsordnung erschienen.

Die Ausbildung der Desinfektoren geschieht am besten auf Kosten der Kreise, denen auch die Auswahl der betreffenden Leute zu überlassen ist. Es ist wichtig, dass man zuverlässige und sesshafte Leute aussucht, da sie bei ihrer Thätigkeit schwer kontrolirt werden können, und sie im Kreise, der ihre Ausbildung bezahlt hat, auch bleiben sollen. Am besten nimmt man Mitglieder der Freiwilligen Sanitätskolonnen. Die Ausbildung geschieht in Breslau im hygienischen Institut in einem 8 tägigen Kursus, in Berlin in der städtischen Desinfektions-Anstalt unentgeltlich in 3 Wochen, auch an andern städtische Desinfektionsanstalten. Die Ausrüstungsgegenstände sind in der von v. Esmarch vorgeschlagenen Zusammenstellung (s. hyg. Taschenbuch) bei Gebr. Schmidt-Weimar zu haben und kosten etwa 100 M. Es ist zweckmässig, nicht zu viele Desinfektoren für die einzelnen Kreise ausbilden zu lassen, damit sie immer in Thätigkeit bleiben; bei den Desinfektionen sind ihnen die nöthigen Hülfskräfte seitens der Gemeinde zur Verfügung zu stellen. Die Ausdehnung ihrer Thätigkeit auf veterinärpolizeiliche Desinfektion wird die Kreisvertretung nur geneigter machen, die Kosten ihrer Ausbildung zu übernehmen.

Eine Diskussion schloss sich an diese beiden Vorträge nicht an.

Dr. Forstreuter-Heinrichswalde (Ostpr.).

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer schweren Erkrankung einer Hand, die in Folge davon abgesetzt werden musste, und einer landwirthschaftlichen Beschäftigung (Haferbinden). Obergutachten von Privatdozent Dr. Wendel in Marburg, unter dem 17. September 1901 auf Veranlassung des Reichs-Versicherungsamts erstattet. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1902, Nr. 8.

Ehe auf die Ursache der Erkrankung bei der B., welche später zur Amputation führte, näher eingegangen werden kann, muss zunächst die Natur des Leidens festgestellt werden. Sowohl die Angaben der Untersuchten, als auch die der Akten, stimmen darin überein, dass die Krankheit mit stechenden Schmerzen in der rechten Hand begann, ohne dass aber wirklich eine Verletzung, ein Stich festgestellt wäre. Mir sagte die Untersuchte, dass die stechenden Schmerzen im Innern der Hand entstanden wären, nicht aussen, und dass sie selber eine Verletzung nicht als Ursache dieser Schmerzen ansehe. Diese Schmerzen blieben länger als 24 Stunden das einzige Krankheitssymptom. Wie mir die Untersuchte zugiebt, war am Tage nach der Verletzung

„die kranke Hand äusserlich genau wie die gesunde“. Dasselbe ist durch Herrn Dr. Th. festgestellt, welcher am Tage nach dem angeblichen Unfalle bezw. nach dem ersten Beginne der Schmerzen weder eine Verletzung, noch Röthung, noch Schwellung, noch Infiltration, noch Oedem (Hautwasser) wahrnahm, wie er genau angiebt.

Erst am zweiten und dritten Tage nach dem angeblichen Unfalle trat Schwellung hinzu; das Gefühl von Kribbeln und Todtsein trat auf; die Haut färbte sicd blauroth und fühlte sich kühl an. Am vierten Tage nach dem Beginne der Erkrankung begab sich die B. in's Landkrankenhaus zu A. Hier wurde nach Angabe der B. sofort ein Einschnitt gemacht, durch welchen sich Eiter entlehrte, und ein Drainrohr eingelegt. Nach dem Gutachten des Herrn Geheimrath Dr. M. scheint der Einschnitt aber erst am folgenden Tage gemacht zu sein. Jedenfalls war Oedem (blutig-wässerige Flüssigkeit) und Eiter vorhanden, und es bestand hohes Fieber bis zu 41 Grad. Schon zwei Tage nach der Aufnahme in's Krankenhaus trat Brand zunächst am rechten Zeigefinger, dann am Daumen auf. Die Untersuchte giebt an, dass mehrere (3—4) Wochen lang die Hoffnung bestand, den noch nicht brandigen Rest des Daumens und die Finger mit Ausnahme des Zeigefingers zu erhalten. In der sechsten Woche nach der Aufnahme in's Krankenhaus musste aber dann doch der Vorderarm abgesetzt werden.

Dieses der Verlauf der Krankheit, wie er nach den Akten und den Aussagen der Untersuchten feststeht.

Was die Natur des Leidens anlangt, so nahm Geheimrath M., „da eine Hautverletzung an den erkrankten Theilen nicht wahrzunehmen war“, einen in der Tiefe der Hand sich entwickelnden entzündlichen Prozess an und zwar mit vollem Rechte. Es fragt sich aber, was war die Ursache der Entzündung? Geheimrath M. sagt unter Ziffer 13 seines Gutachtens, dass als Ursache der Erkrankung eine Verstopfung der im äusseren Theile der Handflächentiefe liegenden Blutader durch die dauernde, ungewohnte Anstrengung der rechten Hand anzusehen ist. Dem muss sehr energisch entgegengetreten werden. Eine Blutaderverstopfung (Thrombose) entsteht durch Gerinnen des Blutes in der Ader. Wie eine Arbeit, wie das Haferbinden, ohne dass eine und zwar schwerere, äusserlich wahrnehmbare Verletzung dazu käme, das Blut in den Adern einer gesunden Person zum Gerinnen bringen soll, ist absolut unverständlich. Im Gegentheil beschleunigt jede Muskelarbeit die Blutbewegung und wirkt dadurch der Gerinnung entgegen. Ferner stimmt der ganze Verlauf nicht mit der Annahme einer Thrombose als alleinigen Krankheitsursache. Bei einer einfachen, nicht mit Infektion kombinirten Thrombose kommt es nicht zur Eiterung, es tritt kein Fieber von 41 Grad ein. Gewiss ist im Verlaufe der Krankheit eine Störung des Blutkreislaufs, mit Wahrscheinlichkeit eine Thrombose, eingetreten, aber diese Thrombose ist ein accidenteller Prozess, sie ist nicht die erste durch die Arbeit etwa bedingte Veränderung; denn eine Thrombose ohne Schwellung ist aber nicht von Anfang an dagewesen. Wir müssen vielmehr als einzig mögliche Krankheitsursache eine Infektion ansehen, wie es auch Sanitätsrath Dr. H. that. Infektionen, welche so schnell verlaufen, wie in diesem Falle, welche zur Eiterung, zur Thrombose, zum Brande führen und mit hohem Fieber einhergehen, gehören zu den wohlbekannten, von jedem Chirurgen häufig beobachteten Erkrankungen (Gangrène foudroyante der Franzosen). Man lese in jedem chirurgischen Lehrbuche das entsprechende Kapitel, und wird die Krankengeschichte der Untersuchten zu lesen meinen. Derartige schwere Infektionen schliessen sich verhältnissmässig oft an kleine, vom Patienten häufig nicht bemerkte Verletzungen an. Jedenfalls ist es dem behandelnden Arzte meist unmöglich, die Eingangspforte der Infektion objektiv sicherzustellen.

Soll eine Infektion als Unfall im Sinne des Gesetzes angesehen werden so ist der Nachweis zu erbringen, dass entweder die Verletzung oder das Eindringen der Infektionserreger durch dieselbe sich während und durch die Berufsarbeit ereignet hat. In unserem Falle ist eine Verletzung von Niemandem selbst nicht von der B., bemerkt worden. Es liegt also kein Grund zu der Annahme vor, dass eine unbemerkte oder unbemerkt gebliebene Verletzung leichtesten Grades sich gerade bei dem Haferbinden ereignet habe, da das bei jeder anderen Gelegenheit mit derselben Wahrscheinlichkeit der Fall sein kann. Anderseits ist es unmöglich anzunehmen, dass sich das Eindringen von Infektions-

erregern gerade während des Haferbindens, und zwar durch eine schon vorher vorhandene oder erst erworbene, leichte, unbemerkte Verletzung ereignet habe. Denn die Möglichkeit zu einer derartigen Infektion ist stets vorhanden, und da Arbeiten im landwirthschaftlichen Betriebe von der Untersuchten viel seltener, als hauswirthschaftliche und sonstige vorgenommen wurden, so liegt an sich gar kein Grund vor, gerade das Haferbinden als Ursache der Infektion anzusehen. Das einzige Moment, welches überhaupt die ganze Krankheit mit dem Haferbinden in Beziehung bringt, ist ja nur das, dass eben bei dieser Arbeit die ersten Beschwerden auftraten, nämlich stechende Schmerzen im Innern der Hand. Da aber diese Schmerzen sich zeigten, wie mir die Untersuchte angab, $1^1/_2$ Stunden, nachdem sie zu arbeiten begonnen hatte, so ist es wenig wahrscheinlich, dass eine in dieser Arbeitsschicht etwa eingetretene Infektion Ursache der Schmerzen gewesen sei. Denn das Eindringen der Infektionserreger an sich ist nicht schmerzhaft, vielmehr treten die Schmerzen erst als Folge der durch die Infektionsträger hervorgerufenen Entzündung auf. Jede Infektionskrankheit hat aber eine bestimmte Inkubationszeit, d. h. zwischen Eindringen der Infektionsträger in den Körper und Ausbruch der ersten Krankheitserscheinungen liegt eine bestimmte Zeit. Diese Zeit ist für Infektion mit Eitererregern wechselnd und nicht mit Sicherheit für alle Fälle anzugeben. Jedenfalls muss eine Inkubation von $1^1/_2$ Stunden als zu kurz angesehen werden. Mir erscheint es daher als sehr wenig wahrscheinlich, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Haferbinden am 27. September 1899 und der zur Absetzung des rechten Vorderarmes bei der B. führenden Krankheit vorhanden ist. Ich bin vielmehr der Ansicht, dass die ersten subjektiven Symptome einer schon vorher im Keime vorhandenen Krankheit bei dem Haferbinden sich zeigten, dass diese aber ebenso sicher bei jeder anderen Gelegenheit sich hätten zeigen können und nach der Art der Erkrankung hätten zeigen müssen. Das Zusammenfallen der ersten Schmerzen mit der Berufsarbeit ist ein zufälliges, kein ursächliches Ereigniss.

Dem vorstehenden Obergutachten folgend, hat das Reichs-Versicherungsamt den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Haferbinden und der Erkrankung des rechten Vorderarmes der Klägerin verneint, woraus sich die Aufhebung des Schiedsgerichtsurtheils und die Wiederherstellung des ablehnenden Bescheids der Beklagten ergab.

Ob und inwiefern der bei der Betriebsarbeit (Schlagen mit dem Treibfäustel) plötzlich eingetretene Tod an Herzlähmung mit dieser Arbeit in ursächlichem Zusammenhange steht. Aerztliches Obergutachten von Geh. Med.-Rath Prof. Schulze und Prof. Dr. Schmidt in Bonn, unterm 8. Mai 1901 auf Veranlassung des Reichs-Versicherungsamts erstattet. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1902, Nr. 8.

Thatbestand. Der damals 45jährige, vorher anscheinend durchaus gesunde Hauer R. hatte am 11. Dezember 1899 in der Zeche K. E. das sogenannte zweimännische Bohren auszuführen, wobei er Anfangs den Treibbohrer hielt und später, mit seinem Kameraden abwechselnd, in hockender Stellung den etwa 10 Pfund schweren Treibfäustel schwang. Als er ungefähr sechs Schläge gethan hatte, fiel er plötzlich um und war todt. Die am 14. Dezember vorgenommene Leichenöffnung ergab als einzigen krankhaften Befund eine mässige Vergrösserung des Herzens, speziell der linken Herzkammer, deren Wandstärke sich auf 33 mm statt durchschnittlich etwa 10 mm belief. Das Herzfleisch war grauroth und fest, und die von Prof. L. vorgenommene mikroskopische Untersuchung eines herausgenommenen Stückes ergab keine anormalen Verhältnisse. Als Nebenbefund fand sich eine Verwachsung beider Lungenoberflächen mit dem Rippenfell. Beim Durchschneiden der Lungen floss schaumigblutige Flüssigkeit von der Schnittfläche.

Bisherige Beurtheilung. Nach Ansicht des Obduzenten Dr. L. bestand bei R. schon seit längerer Zeit eine — vielleicht in Folge anstrengender Arbeit entstandene — Herzvergrösserung (sogenannte idiopathische Hypertrophie). Dieselbe führte am 11. Dezember plötzlich zur Erlahmung des Herzens, ein Ausgang, der vermuthlich durch die in diesem Augenblicke ge-

leistete schwere, allerdings nicht das gewohnte Mass überschreitende Arbeit begünstigt wurde. Gegenüber dieser Auffassung betont Dr. B., die hier Herzvergrösserung sei nicht so hochgradig gewesen, dass von ihr ein plötzliches Versagen der Herzthätigkeit abgehangen haben könnte. Er hält demgemäss die Ueberanstrengung bei der Bohrarbeit für die hauptsächlichste Todesursache.

Begutachtung. Es ist zunächst hervorzuheben, dass die Beurtheilung des Grades der Herzvergrösserung dadurch erschwert ist, dass sich in dem Obduktionsprotokolle keine Angaben über die Entwickelung der Körpermuskulatur finden. Bei starker Entwickelung derselben würden unter Umständen die gefundenen Masse eine weniger schwere Störung anzeigen, als bei schwacher. Nichtsdestoweniger stimmen wir mit den Obduzenten darin überein, dass bei R. eine krankhafte Vergrösserung der linken Herzkammer bestand, und dass sie offenbar älteren Datums war. Dass sie aber, wie Dr. L. meint, ausschliesslich eine Folge dauernder anstrengender Körperarbeit war, müssen wir trotz des negativen Befundes bei der mikroskopischen Untersuchung bestreiten; denn eine ausschliesslich durch Arbeit entstandene Herzvergrösserung bedeutet nach dem gegenwärtigen Stande unserer wissenschaftlichen Kenntnisse überhaupt keine krankhafte Veränderung. Ein derartiges Herz ist ebenso wie ein gesundes im Stande, allen an dasselbe herantretenden Anforderungen — und seien es selbst aussergewöhnlich grosse — gerecht zu werden. Ebenso wie beim gesunden Herzen kommt es bei einem arbeitshypertrophischen Herzen nur in den seltensten Fällen, nämlich bei plötzlich kolossal gesteigerten Kraftleistungen (z. B. sportlichen Exzessen etc.) zum Versagen, und dieses Versagen ist auch dann in der Regel nur ein vorübergehendes, nicht zum Tode führendes. Die sorgfältige mikroskopische Durchmusterung ergiebt, wie wir heute wissen, bei Herzen, die in Folge plötzlicher oder dauernder Ueberanstrengung tödtlich erlahmt sind, fast stets krankhafte Veränderungen des Herzmuskels, seien diese auch noch so gering oder auf einzelne Abschnitte des Herzmuskels beschränkt. Für den Nachweis eines gesunden, d. h. nicht organisch erkrankten Herzmuskels muss in derartigen Fällen wie dem vorliegenden eine vollständige Durchmusterung des Herzens in Serienschnitten verlangt werden, eine schwierige und mühevolle Aufgabe, der sich selbstverständlich die Obduzenten nicht unterziehen konnten. Der normale mikroskopische Befund eines und selbst mehrerer herausgenommenen Stückchen beweist nicht die Abwesenheit organischer Veränderungen, und so lange dieser Beweis nicht erbracht ist, müssen wir auf Grund der ärztlichen Erfahrungen und unserer gegenwärtigen wissenschaftlichen Kenntnisse daran festhalten, dass bei R. doch höchstwahrscheinlich eine krankhafte Herzmuskelveränderung vorgelegen hat (Degeneration der Muskulatur), mit anderen Worten, dass die dauernde schwere Arbeit nicht die einzige Ursache der Herzhypertrophie war. Welcher Art die anderweitigen Ursachen waren, darüber ist zur Zeit natürlich ein Urtheil nicht möglich, da uns die medizinische Vorgeschichte R.'s völlig unbekannt ist.

Es fragt sich also nur noch, ob die Arbeit, welche R. am 11. Dezember verrichten musste, bei dem an sich schon kranken Herzen R.'s eine wesentlich mitwirkende Todesursache sein konnte? Diese Frage ist zu bejahen. Jeder Arzt würde, wenn er von dem Vorhandensein einer krankhaften Veränderung in R.'s Herzmuskel gewusst hätte, ihm die Enthaltung von schwerer Körperarbeit dringend angerathen haben, und wenn das nicht geschehen ist, so lag das daran, dass R. offenbar keine oder doch nur so geringe Beschwerden verspürte, dass er sich überhaupt nicht für krank hielt. Jedenfalls kann bei einem nicht völlig gesunden Herzmuskel schwere Muskelarbeit leicht zu tödtlicher Erlahmung führen.

Um den Entschädigungsanspruch der Wittwe R.'s zu begründen, müsste aber weiter der Nachweis geführt sein, dass die Arbeit, welche R. in dem Augenblicke seines Todes leistete, nicht nur eine schwere, sondern eine für einen Arbeiter wie R. ungewöhnlich schwere war. Dieser Beweis ist unserer Auffassung nach nicht erbracht. Da es aber nicht unsere Aufgabe sein kann, diese Frage zu entscheiden, so beschränken wir uns darauf, die uns vom Reichs-Versicherungsamte gestellte Frage „ob als wahrscheinlich anzunehmen ist, dass der Tod des R. in ursächlichem Zusammenhange mit der von ihm am 11. Dezember 1899 verrichteten Arbeit des Zuschlagens steht" bejahend zu beantworten.

Das Rekursgericht hat nach dem vorstehenden Obergutachten die Schlussfolgerung für begründet erachtet, dass der Tod des R. durch die bezeichnete Arbeitsverrichtung, die, wenn sie auch öfter vorkam, doch immerhin über das gewöhnliche Mass der Betriebsthätigkeit hinausging, verursacht, also auf einen Unfall beim Betriebe zurückzuführen sei. Demgemäss ist den Hinterbliebenen unter Aufhebung der Vorentscheidungen die gesetzliche Entschädigung gewährt worden.

Zusammenhang des tuberkulösen Leidens mit dem Unfall ist nicht bewiesen. Für die Unterstellung, dass Kläger im Krankenhause infizirt wurde, fehlt jeder thatsächliche Anhalt. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 10. Juni 1902.

Dem Antrage des Klägers auf Bewilligung einer Unfallentschädigung würde hiernach nur dann stattgegeben werden können, wenn die nachträglich aufgetretene, von Prof. Dr. K. festgestellte tuberkulöse Erkrankung des Klägers dem Unfall (Kontusion der rechten Brustseite) zur Last zu legen wäre. Das R.-V.-A. hat jedoch nicht die Ueberzeugung zu gewinnen vermocht, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen diesem Leiden und dem Unfall besteht. Eine unmittelbare Verursachung der Krankheit durch den Unfall erklärt Prof. Dr. K. mit Bestimmtheit für ausgeschlossen, da die Tuberkulose an einer Lungenstelle lokalisirt ist, die nicht von dem Unfall direkt betroffen war. Dagegen giebt der Sachverständige die Möglichkeit eines mittelbaren Zusammenhanges der Erkrankung mit dem Unfall zu, indem er unterstellt, dass eine Infektion mit Tuberkelbazillen während eines durch den Unfall veranlassten Aufenthaltes des Klägers im Knappschaftlazareth erfolgt sei, indem er ferner erwägt, dass in einem Krankenhause regelmässig eine erhöhte Gefahr der Ansteckung bestehe, und endlich annimmt, dass der Kläger einer solchen in besonderem Masse auch um deswillen ausgesetzt gewesen sei, weil er durch den Unfall eine Schwächung seiner Konstitution erfahren habe. Dem Rekursgericht erschien jedoch diese Möglichkeit so fernliegend, dass mit ihr zu Gunsten des Klägers nicht gerechnet werden konnte. Zunächst fehlt jeder thatsächliche Anhalt für die Unterstellung, dass der Kläger im Krankenhause infizirt wurde. In dem seit dem Unfall bis zur Feststellung der Tuberkulose verflossenen Zeitraum von $2^1/_2$ Jahren kann er, da erfahrungsgemäss auch im täglichen Leben der Verkehr mit Tuberkulosekranken nicht zu vermeiden ist, sehr wohl an anderen Orten in mindestens gleichem Grade der Ansteckung ausgesetzt gewesen sein wie im Krankenhause, in welchem zudem eine etwaige Erhöhung der Ansteckungsgefahr durch die daselbst getroffenen hygienischen Massnahmen ausgeglichen wird. Ferner kann aber auch nach dem Akteninhalte nicht zugegeben werden, dass der Kläger durch den Unfall eine so beträchtliche Schädigung seines Allgemeinbefindens erfahren habe, dass seine Widerstandsfähigkeit gegen Krankheitserreger herabgesetzt worden. Dieser Annahme steht die Thatsache entgegen, dass der Kläger zunächst nach dem Unfall weitergearbeitet hat, und dass, als er nach 8 Tagen das Krankenhaus aufsuchte, dort während des langen Aufenthalts niemals nennenswerthe krankhafte Erscheinungen beobachtet sind. Diese hätten aber gewiss nicht gefehlt, wenn in der That die Einwirkung des Unfalls auf den Gesundheitszustand des Klägers so erheblich gewesen wäre, dass sie eine Schwächung des Gesammtorganismus desselben zur Folge gehabt haben könnte.

Die theoretisch zugebende Möglichkeit eines Zusammenhanges des tuberkulösen Leidens mit dem Unfall verdichtet sich hiernach nicht zu einem solchen Grade von Wahrscheinlichkeit, dass der Beweis des Zusammenhangs als erbracht angesehen werden könnte. Kompass; 1902, Nr 18.

Mehrere Unfälle, welche nacheinander denselben Körpertheil betroffen haben, dürfen nicht nach ihrem Gesammteinfluss auf die Erwerbsfähigkeit des Verletzten mit einer Gesammtrente entschädigt werden. Die durch den weiteren Unfall eingetretene Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit ist völlig selbstständig zu beurtheilen und zu schätzen. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 25. Juni 1902.

Das rechte Auge des Klägers war bereits vor dem hier streitigen Unfall

vom 16. Juli 1901 in Folge einer Unfallverletzung vom 18. Mai 1889 in seiner Gebrauchsfähigkeit geschmälert. Die von diesem früheren Unfall herrührende Verletzung hat eine den grössten Theil der Pupille verdeckende Hornhautnarbe zurückgelassen, welche die Sehschärfe des Auges auf ungefähr $^2/_5$ des Normalen herabsetzte. Durch den neueren Unfall ist die schon geschmälerte Sehkraft des rechten Auges so gut wie völlig vernichtet worden.

Die Vorinstanzen haben nun mit Rücksicht darauf, dass die Folgen des ersten Unfalls mit einer Theilrente von 10 % entschädigt werden, und dass die Beeinträchtigung, welche durch den Verlust der Gebrauchfähigkeit eines Auges überhaupt bedingt werde, auf 25 % zu schätzen sei, den Mehrbetrag von 15 %, durch welche die Rente des Klägers insgesammt auf 25 % erhöht werde, als Entschädigung für den Verlust des Restes der Sehkraft des einen Auges gewährt. Diese Art der Bemessung der Rente entspricht nicht dem Gesetz. Ebensowenig wie es die Unfallversicherungsgesetze zulassen, mehrere Unfälle, welche nach einander denselben Körpertheil betroffen haben, nach ihrem Gesammteinfluss auf die Erwerbsfähigkeit des Verletzten mit einer Gesammtrente zu entschädigen, darf in vorerwähnter Weise die Bemessung der Unfallrente auf den Einfluss mehrerer Unfälle zusammengenommen gegründet werden. Es ergiebt sich dies schon daraus, dass dem für den späteren Unfall zu gewährenden Rentensatz die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit des Verletzten vor dem späteren Unfall und dem Entschädigungsbetrag der Jahresarbeitsverdienst aus dem letztvergangenen Jahre vor diesem Unfall zu Grunde gelegt werden muss (§§. 8 und 10 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges.). Die durch den weiteren Unfall eingetretene Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit muss daher völlig selbstständig beurtheilt und geschätzt werden.

Soweit jedoch eine Vergleichung mit dem für den vollen Verlust eines Auges in den Regelfällen bei ungelernten Arbeiten als angemessen erscheinenden Rentensatz von 25 % am Platze erscheinen könnte, um einen Anhalt für die Bemessung der Entschädigung für Verlust des Restes der Sehkraft zu gewinnen, muss mit Rücksicht darauf, dass der Grundbetrag der Erwerbsfähigkeit, von welchem hierbei ausgegangen wird, eine kleinere Grösse darstellt, der als Entschädigung für die restirende Sehkraft zu wählende Prozentsatz höher bemessen werden als auf 15 %. Denn das von einer schon geschmälerten Erwerbsfähigkeit zu berechnende Hunderttheil stellt eine geringere Entschädigung dar, als sie bei völligem Verlust der Sehkraft durch nur einen Unfall mit einem Hundertel der vollen Erwerbsfähigkeit gewährt werden würde.

Unter Zugrundelegung dieser Erwägungen und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass der Augapfel erhalten und der Kläger daher durch die Verletzung äusserlich nicht entstellt ist, sowie im Hinblick auf Qualität des Klägers als Arbeiter erachtete das Rekursgericht als Entschädigung für den Verlust der noch vor dem Unfall vom 16. Juli 1901 vorhandenen Sehfähigkeit des einen Auges die Rente von 20 % als angemessen. — Die hierbei sich ergebende Erhöhung der Rente um nur 5 % gegenüber der Vorentscheidung erschien deswegen unbedenklich, weil es sich im vorliegenden Falle nicht in erster Linie um die Abänderung des von den Vorinstanzen angenommenen Grades der Erwerbsunfähigkeit, sondern vornehmlich um die Richtigstellung einer irrigen Anwendung des Gesetzes und darum handelt, dass der Vorderrichter mit der von ihm zugesprochenen Theilrente von 15 % dem Kläger weniger gewährt hat, als er nach seiner in der Urtheilsbegründung ausgesprochenen Absicht ihm hat gewähren wollen. Kompass; 1902, Nr. 18.

Eine Veränderung in den für die Feststellung der Entschädigung massgebend gewesenen Verhältnissen im Sinne des §. 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes liegt nur dann vor, wenn die Veränderung in dem durch den Unfall herbeigeführten Zustand eintritt und auf den Unfall zurückzuführen ist. Anwendung dieses Grundsatzes auf Augenleiden. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 28. Juni 1902. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamt; 1902, Nr. 9.

Wenn auch bei der ersten Rentenfeststellung mit Recht der krankhafte Zustand des durch den Unfall nicht betroffenen linken Auges mit berücksichtigt worden ist, so kann doch das vom Unfall unabhängige Fortschreiten dieser

Krankheit als eine wesentliche Veränderung der bei der Rentenfestsetzung massgebend gewesenen Verhältnisse im Sinne des §. 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes nicht angesehen werden. Dies ergiebt sich aus dem leitenden Gedanken des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes, obwohl die Wortfassung der betreffenden Gesetzesbestimmung die Entscheidung zweifelhaft erscheinen lassen kann. Nach §. 9 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900, welcher hierin dem §. 5, Abs. 6 des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 entspricht, wird eine Entschädigung nur insoweit gewährt, als die Erwerbsunfähigkeit durch den Unfall herbeigeführt ist. Wenn es sich also darum handelt, ob wegen einer Veränderung der Verhältnisse und wegen der dadurch bedingten Erhöhung der Erwerbsunfähigkeit die einmal festgestellte Rente zu erhöhen ist, so kann dies immer nur dann geschehen, wenn auch die Steigerung der Erwerbsunfähigkeit durch den Unfall herbeigeführt ist. Dies ist sie nur dann, wenn auch der Eintritt der Veränderung selbst noch als Folge des Unfalls erscheint. Tritt dagegen die Veränderung unabhängig von dem Unfalle durch ein mit diesem nicht in Zusammenhang stehendes selbstständiges Ereigniss ein, so ist die dadurch etwa bedingte Steigerung der Erwerbsunfähigkeit nicht mehr herbeigeführt durch den Unfall, sondern sie ist eine Folge dieses anderweitigen Ereignisses und daher ohne Einfluss auf den auf den Unfall gegründeten Entschädigungsanspruch des Verletzten. Hierbei macht es keinen Unterschied, ob jenes Ereigniss zur Zeit der ersten Rentenfeststellung bereits zu erwarten war, wie das vom Unfall unabhängige Fortschreiten einer damals schon bestehenden Krankheit, oder ob es unvorhergesehen eingetreten ist, wie eine mit dem Unfalle nicht im Zusammenhang stehende, neu entstandene Krankheit. Denn für die Bemessung der Entschädigung giebt lediglich der zur Zeit des Unfalls bestehende Zustand des Verletzten den ein für alle Mal feststehenden Vergleichspunkt mit dem durch den Unfall geschaffenen Zustand ab.

Dass diese Erwägungen bei Augenverletzungen nicht zuträfen, hat der erweiterte Senat entgegen der Auffassung des verweisenden Senats nicht als richtig anerkennen können. Der Gedanke, dass durch die Verletzung auch nur eines Auges in Folge eines Unfalls das Sehvermögen in seiner Totalität betroffen wird, trifft grundsätzlich auch für Verletzungen eines anderen Körpertheiles entsprechend zu. Der ganze menschliche Körper, insbesondere alle korrespondirenden Körpertheile, wie die Ohren, Beine, Arme, erscheinen als ein einheitlich Zusammengehöriges, das bei Verletzung auch nur eines Theiles in seiner Totalität betroffen wird. Es müsste also das, was der verweisende Senat nur für Augenverletzungen ausgesprochen hat, wenn überhaupt dann allgemein bei jeder Unfallverletzung gelten. Dies würde aber zu Folgerungen führen, die mit den Grundgedanken der Unfallversicherungsgesetze nicht vereinbar wären. Einmal würde auch die erhöhte Rente immer nach dem für die Zeit des Unfalls ermittelten Jahresarbeitsverdienste zu berechnen sein, selbst wenn der Verletzte beim Eintritt der vom Unfall unabhängigen Veränderung seines Zustandes ein erheblich niedrigerer Jahresarbeitsverdienst gehabt hätte. Ferner würde, da es grundsätzlich keinen Unterschied machen könnte, ob die Veränderung durch eine vom Unfall unabhängige Krankheit oder durch einen neuen Betriebsunfall entstanden wäre, die Entschädigung für den neuen Unfall nicht erst mit Beginn der 14. Woche nach demselben, sondern sofort gezahlt werden müssen. Weiter müsste die in Folge des ersten Unfalls entschädigungspflichtige Berufsgenossenschaft auch die durch den neuen Betriebsunfall erhöhte Rente zahlen, selbst wenn der neue Unfall sich in einem zu einer anderen Berufsgenossenschaft gehörenden Betrieb ereignet, und die erste Berufsgenossenschaft vielleicht seit Jahren keine Beiträge für den Verletzten mehr erhalten hätte. Endlich würde in allen diesen Fällen, wenn die Veränderung nach Ablauf von 13 Wochen seit dem Unfall eintritt, die Haftbarkeit der Krankenkassen fortfallen.

Es war daher auch bei nochmaliger Prüfung die bisherige Rechtsauffassung des Reichs-Versicherungsamts aufrecht zu erhalten, dass eine Veränderung der bei der Rentenfeststellung massgebend gewesenen Verhältnisse im Sinne des §. 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes nur dann vorliegt, wenn die Veränderung in dem durch den Unfall herbeigeführten Zustand eintritt und auf den Unfall zurückzuführen ist.

Hiernach ist im vorliegenden Falle, da sich der Zustand des linken Auges unabhängig vom Unfalle verschlimmert hat, eine solche Veränderung nicht eingetreten und der Anspruch des Klägers auf Erhöhung der Rente nicht begründet. Das Urtheil des Schiedsgerichts war daher aufzuheben.

Zusammenhang von Verletzungen auf Reisen zu Heilungs- und Untersuchungszwecken mit dem Betriebsunfalle, welcher die Reise veranlasst hat. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 6. Mai 1902. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1902, Nr. 9.

In ständiger Rechtsprechung hat das Reichs-Versicherungsamt daran festgehalten, dass Unfälle auf Reisen, welche in Verfolg des Heilverfahrens, insbesondere zur Untersuchung oder zur Heilung von Verletzungen vorgenommen werden, und dass Beschädigungen der Gesundheit von Versicherten während des zum gleichen Zwecke erfolgenden Aufenthalts in Krankenhäusern der Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaften nur unter der Voraussetzung unterliegen, dass die Unfälle oder Beschädigungen durch den früheren, bei dem Betrieb erlittenen Unfall in dem Sinne mittelbar herbeigeführt sind, dass dieselbe Reise oder derselbe Aufenthalt im Krankenhause den zweiten Unfall nicht herbeigeführt haben würde, wenn nicht in Folge der früheren Verletzung eine geringere körperliche Gewandtheit oder Widerstandskraft des Versicherten vorhanden gewesen wäre, oder aber, dass der Verletzte durch die zu dem Untersuchungs- oder Heilungszweck erfolgte Massnahme besonderen Gefahren ausgesetzt worden ist, die über die Gefahren des gewöhnlichen Lebens hinausgingen. Die Eisenbahn oder die städtischen Strassenbahnen hat das Reichs-Versicherungsamt aber in der Regel als einen über die Gefahren des gewöhnlichen Lebens hinausgehenden Gefahrenbereich in dem Sinne nicht angesehen, dass ihre Benutzung bei Anwendung der vorstehenden Grundsätze die Verletzten dem Schutze der Unfallversicherung noch unterstellte. Insbesondere kann auch die grössere oder geringere Ungewandtheit in der Benutzung der genannten Einrichtungen die Annahme einer über die Gefahr des gewöhnlichen Lebens hinausgehenden erhöhten Gefahr nicht rechtfertigen, weil die Unbekanntschaft mit den Gefahren der neuzeitlichen Transportmittel sich der Regel nach einer genauen Feststellung entzieht und ferner, weil bei Anwendung einiger Vorsicht die zur Sicherung der Reisenden allgemein getroffenen Vorkehrungen genügen, um jede aussergewöhnliche Gefahr auch für den Ungeübten auszuschliessen, endlich aber, weil die Bekanntschaft mit den genannten Transportanstalten auch bei der ländlichen Bevölkerung allgemein vorausgesetzt werden kann.

Hiernach könnte der Anspruch des Klägers auf Entschädigung für die Folgen des bei dem vorzeitigen Verlassen der Pferdebahn erlittenen Unfalls nach Lage des Falles nur dann Erfolg haben, wenn dargethan wäre, dass die Verletzung voraussichtlich nicht eingetreten sein würde, wenn der Kläger nicht im Gebrauche seiner rechten Hand behindert gewesen wäre. Ein solcher Nachweis ist aber nicht erbracht.

Unfall und Neurasthenie. Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 26. Mai 1902.

Am 21. Februar 1888 erlitt der Hauer Franz R. auf Grube Penzberg durch Steinfall einen doppelseitigen Oberschenkelbruch und bezog für die Folgen dieses Unfalls zuletzt eine Rente von 20 Proz. Ein Gesuch des R. wegen Erhöhung dieser Rente, da sich in Folge eines Nervenleidens sein Zustand verschlimmert habe, wurde vom Sektionsvorstande abgelehnt, weil nach dem Gutachten des Prof. Dr. St. nicht angenommen werden könne, dass das Nervenleiden Folge des vor 12 Jahren erlittenen Betriebsunfalles sei. Dieser Sachverständige warnt in seinem Gutachten davor, den schon so und so vielfach missbrauchten Begriff der „traumatischen Neurose“ auszudehnen. Wenn R. nach einem Oberschenkelbruch 10 Jahre lang frei von nervösen Beschwerden gewesen sei und dann anfange, über allgemeine neurasthenische Beschwerden zu klagen, so könne man doch hierfür unmöglich den alten Unfall als Ursache beschuldigen. Der jetzige nervös-krankhafte Zustand des R. stehe mit dem Unfall als solchen nicht in Zusammenhang, sondern sei nur die Folge der Aufregungen, in die sich R. selbst bei seiner gänzlich ungerechtfertigten und daher grösstentheils

abgewiesenen Rentenforderungen versetzt habe. Diesen Zustand nun aber wieder durch eine besondere Rente zu entschädigen, wäre geradezu ein Nonsens und würde zu Besorgungen führen, die geradezu unheilvoll für die ganze Unfall-Gesetzgebung werden müssten. Das Schiedsgericht hat die Berufung auf Grund des Gutachtens des Prof. Dr. St., welchem sich auch der vernommene Schiedsgerichtsarzt anschloss, zurückgewiesen. Hiergegen legte R. Rekurs ein und beantragte die Zuerkennung der Vollrente. Das R.-V.-A. hat noch Beweis über die Frage des ursächlichen Zusammenhanges des Unfalls mit den bei dem Kläger festgestellten Beschwerden erhoben, und zwar durch eidliche Vernehmung des Arztes Dr. Freiherrn L. von H. aus München und des Knappschaftsarztes Dr. Z. aus Penzberg als Zeugen und Sachverständigen, sowie durch Einholung eines Gutachtens von der Direktion der medizinischen Universitätsklinik in München. Dem Rekurse wurde stattgegeben und vom 9. Juli 1900 ab dem R. unter Zuerkennung von 19 Mark Kosten die volle Rente aus folgenden Gründen zugesprochen.

Auf Grund des Ergebnisses der Beweisaufnahme hat der Rekurssenat die Ueberzeugung gewonnen, dass in dem Zustande des Klägers hinsichtlich der Folgen des Unfalls vom 21. Februar 1888 seit der Festsetzung der Rente von 20 Proz. eine wesentliche Verschlimmerung eingetreten ist. Zunächst ist durch den Privatdozenten Dr. W. zweifellos festgestellt, dass der Kläger auf dem rechten Ohre völlig und auf dem linken Ohre nahezu gänzlich taub ist. Nach dem Gutachten dieses Sachverständigen vom 1. März 1902 ist aber auch mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass dieses auf eine schwere Erkrankung des Labyrinthes zurückzuführende Gehörleiden in Folge des Unfalls vom 21. Februar 1888 entstanden und sich allmählich bis zu seinem jetzigen Grade entwickelt hat. Allerdings geht das Gutachten hierbei von der Voraussetzung aus, dass der Kläger bei dem Unfall ausser dem doppelten Oberschenkelbruch auch eine schwerere Läsion des Schädels und damit der Gehörorgane erlitten hat. Diese Voraussetzung beruht aber nicht auf blosser Vermuthung, vielmehr entbehrt ihre Annahme in Anbetracht der Schwere des Unfalls, bei dem der Kläger durch herunterfallendes Gestein und Kappen getroffen, zu Boden geworfen und verschüttet wurde, nicht der Wahrscheinlichkeit und findet insbesondere eine Unterstützung in dem anatomischen Befunde der Gehörorgane, nachdem anzunehmen ist, dass durch irgend welche Einwirkungen, wahrscheinlich Blutungen, einzelne Strecken der Schall aufnehmenden Organe vernichtet worden sind.

Dass ferner durch dieses Gehörleiden und seine allmähliche Verschlimmerung, die z. B. den Kläger verhinderte, weiter als Maschinist thätig zu sein, nervöse Zustände bei dem Kläger sich einstellten, ist ebenfalls nach dem Gutachten des Dr. W. vom 1. März 1902 und des Oberarztes Dr. S. und des Dr. Z. vom 14. März 1902 mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Dem steht auch das Gutachten des Prof. Dr. St. nicht entgegen. Denn dieser Sachverständige verneint den Zusammenhang der auch von ihm bei dem Kläger als vorhanden angenommenen Neurasthenie im Wesentlichen deshalb, weil er von der mangels persönlicher Untersuchung des Klägers erklärlichen, aber nach dem Gutachten des Dr. W. unzutreffenden Annahme ausgeht, dass das Gehörleiden des Klägers mit dem Unfalle in keinerlei Zusammenhang zu bringen sei. Das Gehörleiden und die Neurasthenie haben sich allmählich bis zu ihrer jetzigen Schwere entwickelt, es ist also, da die beiden Leiden auf den Unfall ursächlich zurückzuführen sind, erst im Laufe der Zeit und nach der Festsetzung der Rente von 20 Proz. eine Verschlimmerung hinsichtlich der Unfallfolgen eingetreten, wegen der die Beklagte den Kläger zu entschädigen verpflichtet ist.

Was nun den Grad der durch diese Leiden und durch die ausserdem noch unstreitig als Unfallfolge vorhandene Behinderung in dem Gebrauche des rechten Beines bedingten Erwerbsunfähigkeit anbetrifft, so hat sich der Rekurssenat der Schätzung des Oberarztes Dr. S. und des Dr. Z., die sie auf 70 Prozent bemessen, nicht anzuschliessen vermocht, zumal Dr. W. allein die durch die Taubheit bedingte Erwerbsunfähigkeit — allerdings wohl zu hoch — schon auf 70 Proz. schätzt, und die vorgenannten beiden Aerzte auf die durch die Behinderung der Gebrauchsfähigkeit des rechten Beines bedingte Erwerbsunfähigkeit, die bisher auf 20 Proz. bemessen war, zu wenig Gewicht legen und anderseits bei der Bewerthung der durch die nervösen Zustände bedingten Erwerbsunfähigkeit eine erst im Laufe der Zeit wahrscheinlicher Weise eintretende

Besserung schon jetzt zu Unrecht berücksichtigen. Das Rekursgericht hat vielmehr in Uebereinstimmung mit den Gutachten des Dr. Freiherrn L. von H. und des Dr. F. angenommen, dass der Kläger durch die gesammten Unfallfolgen gänzlich erwerbsunfähig ist und seit dem Mai 1900 war, weil er seit jener Zeit nicht mehr im Stande ist, eine irgendwie nennenswerthe Erwerbsthätigkeit auszuüben. Dem Kläger steht deshalb die Vollrente zu und zwar nach §. 55, Abs. 3 des Unf.-Vers.-Ges. vom 6. Juli 1884 für die Zeit nach Anmeldung des Anspruchs. Als Anmeldung des Anspruchs ist aber das bei der Berufsgenossenschaft am 9. Juli 1900 eingegangene Schreiben des Dr. Freiherrn L. von H. vom 7. Juli 1900 anzusehen, das er offenbar nicht nur im Interesse, sondern auch in zu vermuthendem Auftrage und jedenfalls mit Wissen und Genehmigung des Klägers eingereicht hat, um demselben eine dem Grade der Verschlimmerung entsprechende Rente zu erwirken.

Die Beklagte war sonach unter Aufhebung der Vorentscheidungen zur Gewährung der Vollrente vom 9. Juli 1900 ab zu verurtheilen.

Besprechungen.

Dr. jur. C. Krohne, Geh. Oberreg.-Rath und vortragender Rath im Ministerium des Innern und **R. Uber**, Reg.- und Baurath im Ministerium der öffentlichen Arbeiten: **Die Strafanstalten und Gefängnisse in Preussen.** I. Theil: Anstalten in der Verwaltung des Ministeriums des Innern. Im amtlichen Auftrage herausgegeben. Mit einem Atlas. Berlin 1901.

Das vorliegende Werk giebt eine höchst interessante Uebersicht über eine der schwierigsten und bedeutungsvollsten Aufgaben der inneren Verwaltung. Nur wenige können einen Einblick gewinnen in die stetigen Arbeiten und Fortschritte, die auf einem Gebiete gemacht werden, auf welchem Theorie und Praxis fortgesetzt mit einander im Kampfe liegen und nicht selten manch Unberufener das Wort führen zu müssen glaubt. Um so wichtiger ist ein Werk, welches das schwer erreichbare Material an statistischen, technischen und baulich-hygienischen Thatsachen zusammenfasst. Das Buch enthält im Anschluss an eine Reihe einleitender Bemerkungen genaue Angaben über Bau, Belegung und Einrichtung sämmtlicher preussischer Strafanstalten; zur Ergänzung dient ein Atlas, der Grundrisse und Zeichnungen der dargestellten Anstalten wiedergiebt.

Bekanntlich besteht in Preussen eine Trennung in der Verwaltung des Gefängnisswesens, indem ein Theil der Anstalten dem Ministerium des Innern, ein Theil dem der Justiz unterstellt ist. Ersterem gehören z. Z. 52 Anstalten mit 24451 Insassen an, ausserdem 5 Erziehungsanstalten, letzterem 1039 mit 32590 Durchschnittsbestand. Von grossem Interesse ist es, den Ausführungen des Autors über die Entwickelung des Gefängnissbaues und des Strafvollzuges, die auf ca. 50 Seiten abgehandelt ist, zu folgen.

Die ersten Anfänge einer milderen Behandlung von Untersuchungs- und Strafgefangenen gehen auf den grossen Preussen-König zurück. Aber noch bis in den Anfang des 19. Jahrhunderts war das Loos der Gefangenen, die der Willkür des „Stockmeisters“ übergeben waren, überaus traurig. Die hygienischen Verhältnisse in den Strafanstalten waren die denkbar schlechtesten; das Prinzip der Abschreckung — für den brutalen Gewohnheitsverbrecher wirkungslos — beherrschte das Strafsystem vollständig. Der erste Generalplan zur Einführung einer besseren Kriminalgerichtsverfassung datirt vom Jahre 1804. Das Reglement von 1821 stellte zuerst das Besserungsprinzip als Grundlage des Strafvollzuges auf. Es wurde auf erzieherische Einwirkung, ärztliche Pflege, Absonderung Geisteskranker u. s. w. Rücksicht genommen. Ein besonderes Interesse brachte Friedrich Wilhelm IV. der Sache entgegen. Auf seinen Befehl wurde eine allgemeine Reorganisation vorgenommen, welche die Grundlage des heutigen Gefängnissbaues und Strafvollzuges bildet. Man hatte zwischen drei Methoden zu unterscheiden: 1. System der Einzelhaft — Pennsylvanisches System, 2. dem Auburn'schen System — gemeinsame Tagesarbeit mit Schweigegebot und nächtlicher Trennung, 3. der Trennung der Gefangenen in gemeinsamer Haft nach ihren sittlichen Eigenschaften — System des englischen Gefängnisses zu Milbank. Nach letzterem etwas modifizirtem Prinzip entstand bereits 1835 die Anstalt Sonnenburg. Man entschied sich jedoch später prin-

zipiell für ein verbessertes, oder richtiger gesagt, kombinirtes Pennsylvanisches System (S. 20) der Einzelhaft mit einigen gemeinsamen Arbeitsräumen. Die grossen Kosten standen einer vollkommenen Durchführung im Wege; immerhin ist es besonders den nie rastenden Bestrebungen des Verfassers gelungen, die Kosten, die im Jahre 1870 noch 6500 Mark pro Gefangenzelle betrugen, auf 1900 Mark herabzusetzen. Es mag dabei kurz erwähnt sein, dass die Reform des Strafanstaltswesens im 19. Jahrhundert 40½ Millionen erfordert hat, eine Summe, die nicht nur den gewaltigen Kulturfortschritt einer sachgemässen Kriminalpolitik kennzeichnet, sondern auch einen eminenten Erfolg nach der hygienischen Seite bedeutet. In letzterer Hinsicht mag die Bemerkung genügen, dass in den Strafanstalten 29,5 % des Bestandes in Zellen internirt sind, während für die Gefängnisse die Zahl der Zellen 49,4 % beträgt. Diese Zellen haben einen Raum von 22 cbm, sind mit Holzfussboden, neuerdings mit Gussasphalt oder Thonplatten belegt, zum Theil mit Oelfarbe gestrichen. Ein 1 qm grosses, zum Herunterklappen eingerichtetes Fenster dient zur Ventilation. — Die Prinzipien, von denen im Uebrigen bei Neubauten und Umbauten auszugehen ist, sind von dem Verfasser in sehr anschaulicher Weise in der Einleitung zusammengestellt. Auf Einzelheiten mag bei Besprechung des II. Theiles, der hoffentlich recht bald erscheint, eingegangen werden.

Dr. Pollitz-Münster.

Dr. med. phil. et jur. August Forel in Chigny (Schweiz), gewesener o. Professor der Psychiatrie und Direktor der kantonalen Irrenanstalt in Zürich: **Der Hypnotismus und die suggestive Psychotherapie.** IV. umgearbeitete Auflage. Stuttgart 1902. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°, 256 Seiten. Preis: 5 Mark.

Das umfangreiche Werk ist im Laufe eines Jahrzehntes aus einem kurzen Vortrage über Hypnotismus entstanden und zeigt deutlich, wie die Forschung auf diesem noch immer dunkelen Gebiete eifrig weitergeschritten ist. F. versteht unter Hypnose die Erzeugung gewisser Erscheinungen durch entsprechende Vorstellungen; für ihn sind Hypnose und Suggestion gewissermassen identische Begriffe; er stellt sich damit auf den Standpunkt der Nanzyer Schule und im Gegensatz zu Theorie und Methode Charcot's, die jetzt fast allgemein verlassen ist. Verfasser vertritt die Auffassung, dass, abgesehen von Geisteskranken, 80—90 % aller Menschen hypnotisirbar seien, (während die Pariser Schule in der Hypnose eine Form der Hysterie erkennen wollte) und dass bei richtiger Methode die Anwendung derselben keine Gesundheitsschädigungen zur Folge hat. Allerdings legt Verfasser grossen Werth auf ein sachgemässes Vorgehen; er führt Misserfolge und Gesundheitsschädigungen auf die Unerfahrenheit und Ungeschicklichkeit des Hypnotiseurs zurück.

Im Anschluss an seine stark polemischen, therapeutischen Betrachtungen erörtert F. eingehend die strafrechtliche Bedeutung des Hypnotismus. Er ist in Uebereinstimmung mit v. Steinthal der Ansicht, dass Hypnotisirte Gegenstand eines Verbrechens und Verbrecher werden können. In erster Reihe stehen hier Sexualdelikte an Hypnotisirten (konf. Prozess Czynski); aber auch Verbrechen anderer Art sind nach Verfassers Ansicht, die übrigens nicht viele Anhänger hat, möglich. F. stützt sich dabei auf eine Reihe Experimente, in denen er den Hypnotisirten mit Erfolg einen (fingirten) Mord suggerirt hatte; eine ernstere Gefahr besteht jedoch in dieser Hinsicht nach den Untersuchungen von Schrenck-Notzing nicht. Dagegen kann der Missbrauch hypnotisirter Personen zu öffentlichen Schaustellungen dieser Art ernste Gesundheitsstörungen hervorrufen. F. ist daher in Uebereinstimmung mit vorgenanntem Autor (und wohl allen Aerzten) der Ansicht, dass solche öffentliche Sitzungen und Veranstaltungen durch Nichtärzte im Interesse der psychisch weniger widerstandsfähigen Bevölkerung entschieden zu verbieten seien.

Dr. Pollitz-Münster.

Dr. Theodor Paul, a. o. Professor an der Universität Tübingen: **Entwurf zur einheitlichen Werthbestimmung chemischer Desinfektionsmittel.** Mit besonderer Berücksichtigung der neueren physikalisch-chemischen Theorien der Lösungen. Mit 8 in den Text gedruckten Abbildungen. Berlin 1901. Verlag von Julius Springer. 8°, 54 Seiten. Preis: 1,40 Mark.

Wie der Verfasser im Vorwort sagt, gab den äusseren Anlass zur Veröffentlichung dieses Entwurfes eine gemeinschaftliche Sitzung der Abtheilungen Chemie und Medizin auf der 72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen am 20. September 1900, in welcher Referate über die Ertheilung ärztlicher Gutachten über neu erfundene Heilmittel erstattet wurden. Da bei der Prüfung und Beurtheilung der Desinfektionsmittel sehr verschiedenartige Wege eingeschlagen werden, so dass die von verschiedenen Seiten mit demselben Präparat erhaltenen Versuchsresultate oft widersprechend sind, wird als Zweck des vorliegenden Entwurfes bezeichnet, Grundsätze aufzustellen, nach denen die experimentelle Werthbestimmung der Desinfektionsmittel zu erfolgen hat. Besonders hebt der Verfasser hervor, dass bei der Anstellung von Desinfektionsversuchen durchaus die Kenntniss der neueren physikalisch-chemischen Theorien der Lösungen erforderlich ist, und dass daher bei der Ausführung bakteriologisch-chemischer Untersuchungen die Mitwirkung pharmazeutischer Chemiker wünschenswerth sei.

Als Forderungen, welche bei der Ausführung der Desinfektionsversuche zu erfüllen sind, werden verlangt:

1. Die für eine vergleichende Versuchsreihe benutzten Bakterien müssen gleiche Widerstandsfähigkeit haben.
2. Die Anzahl der zu den einzelnen Versuchen verwandten Bakterien muss annähernd die gleiche sein.
3. Die Bakterien müssen in die desinfizirenden Lösungen gebracht werden, ohne dass etwas von dem Nährsubstrat, auf dem sie gezüchtet wurden, mit übertragen wird.
4. Die Desinfektionslösungen müssen während der Einwirkung stets die gleiche Temperatur haben.
5. Nach der Einwirkung der desinfizirenden Mittel müssen die Bakterien wieder möglichst vollständig von diesen befreit werden.
6. Die Bakterien müssen, nachdem sie der Einwirkung der desinfizirenden Lösungen ausgesetzt wurden, auf gleichen Mengen desselben günstigen Nährbodens bei gleicher Temperatur, wenn möglich beim Optimum, zum Wachsthum gebracht werden.
7. Die Zahl der noch entwickelungsfähig gebliebenen Bakterien muss nach Ablauf derselben Zeit festgestellt werden. Aus diesem Grunde können nur feste Nährböden benutzt werden.
8. Handelt es sich um wissenschaftliche Untersuchungen, so dürfen die Konzentrationen der Lösungen nicht nach Gewichtsprozenten verglichen werden, sondern es müssen äquimolekulare Mengen der betreffenden Stoffe zur Anwendung kommen.

Um diesen Forderungen zu genügen, hat der Verfasser sehr interessante, technische Einzelheiten ersonnen, die eingehend hier darzulegen, zu weit führen würde. Zu erwähnen wäre nur besonders, dass P. zu den Versuchen mit vegetativen Formen den Staphylococcus pyogenes aureus und als Versuchsobjekt von Dauerformen die Spore des Milzbrandbacillus nimmt.

Statt der sonst viel benutzten Seidenfäden, Glas- und Porzellansplitter verwendet er ferner sorgfältig vorbereitete Tarirgranaten, die ein bequemes und sicheres Hülfsmittel an die Hand geben, die Bakterien einer Bereitungsweise zu dosiren. Wir müssen es uns aber, wie schon erwähnt, versagen, hier weiter auf die von P. vorgeschlagenen und bereits vielfach erprobten, technischen Einzelheiten einzugehen. Dr. Brummund-Uelzen.

Dr. Czaplewski, Direktor des bakteriologischen Laboratoriums der Stadt Köln. **Ueber die Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd in Köln.** Verlag von Seitz & Schauer. München 1902. Gr. 8, 66 Seiten mit 2 Abbildungen. Separatabdruck aus Deutsche Praxis, Zeitschrift für praktische Aerzte; 1902, Nr. 6 ff.

Eine vorzügliche Broschüre, um sich über den gegenwärtigen Stand der Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd zu orientiren. Verfasser entwickelt zunächst die allgemeinen Gesichtspunkte und legt die Bedingungen dar, welche erfüllt sein müssen, um eine wirksame Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd zu ermöglichen, in Bezug auf Formaldehydmenge, schnelle Entwickelung und gleichmässige Vertheilung, Sättigung des Raumes mit Wasserdampf, Vermeidung von Verlusten an Formaldehyd und Wasserdampf, Temperatur, Dauer der Des-

infektion und Desodorisirung, wobei die eigenen Versuche des Verfassers wesentlich ausschlaggebend gewesen sind. Alsdann folgt eine Betrachtung der bis jetzt überhaupt bekannt gewordenen Methoden zur Raumdesinfektion mit Formaldehyd und eine Prüfung auf ihren wahren Werth, sowie endlich eine genaue Beschreibung des vom Verfasser angegebenen Apparates „Colonia", der in der That alle Anforderungen erfüllt, die man an einen solchen Apparat stellen kann. Derselbe ist auf 50 cbm Raum berechnet, reicht aber bei besonderer Füllung bis 75 cbm aus. Der Apparat ist solid gearbeitet und billig im Betrieb, hat ein leichtes Gewicht, ist nicht feuergefährlich, und ermöglicht eine gute Vertheilung des Spraynebels bei guter Ausnutzung der Heizgase und der Sprayflüssigkeit. Zum Transport des Apparates nebst Zubehör, des Ammoniak-Entwicklers und was sonst eine Desinfektion erfordert, dient das Transport-Dreirad „Cito" oder ein Desinfektions-Handwagen.

Am Schlusse der Broschüre findet sich eine genaue Beschreibung der Kölner Desinfektionsanstalt, die Gebührenordnung (6 Mark für jeden in Betrieb gesetzten Apparat), die Dienstanweisung zur Formalindesinfektion, die Ausführung der Formalindesinfektion, die Dienstanweisung für den Desinfektionsaufseher und im Nachtrage Mittheilungen über Reaktionskörper. Diese Körper dienen zum Nachweis, ob und wie weit das Formalin an bestimmten Stellen des Raumes hingelangt und daselbst zur Wirkung gekommen ist. Sie beruhen auf der Schiff'schen Reaktion, dass mit schwefligsauren Salzen oder schwefliger Säure entfärbtes Fuchsin durch Spuren von Formaldehyd wieder roth wird. Diese zylindrischen Körper von „Leukofuchsingelatine", an „Reaktionslatten" aufgehängt, färben sich unter Formaldehydeinwirkung dunkelroth bis rothviolet. Sie bilden eine wesentliche Ergänzung der Prüfung mit Testobjekten und haben sich gut bewährt.

Die vorliegende Abhandlung, welche die in Theorie und Praxis bei der Einführung der Formaldehyddesinfektion in Köln gesammelten Erfahrungen enthält, kann den betheiligten Kreisen, die diese Wohnungsdesinfektion einführen wollen, bestens empfohlen werden. Es wird sicher dazu beitragen, derselben neue Freunde zu gewinnen. Dr. Räuber-Düsseldorf.

Th. Oehmcke, Regierungs- und Baurath a. D.: **Mittheilungen über die Luft in Versammlungssälen, Schulen und in Räumen für öffentliche Erholung und Belehrung, sowie einiges über Förderung der Ventilationsfrage in technischer Beziehung und durch gesetzgeberische Massnahmen.** München 1901. Druck von R. Oldenburg. Preis: 2,50 Mark.

Es ist besonders seitens der Medizinalbeamten dankbar anzuerkennen, dass in der vorliegenden Broschüre auch von einem Bautechniker die hygienischen Forderungen in Bezug auf die Ventilation von menschlichen Aufenthaltsräumen mit grosser Energie verfochten werden. Die Arbeit ist in 4 Kapiteln zergliedert. In dem ersten Kapitel wird die Gesundheitsschädlichkeit schlechter Luft in menschlichen Aufenthaltsräumen nach Zeugnissen hervorragender Forscher, — besonders Pettenkofer wird herangezogen, — abgehandelt. Im zweiten Kapitel werden u. a. recht beachtenswerthe Rathschläge für Ventilationseinrichtungen im Privathause gegeben und ferner werthvolle Winke zur Berechnung der Querschnitte der Frischluftkanäle. Im dritten Kapitel wird die Frage des Erlasses von Bestimmungen erörtert, welche die Genehmigung zu Neubauten besonders umfangreicher und wichtiger Versammlungssäle und dergleichen von dem Nachweise ausreichender Lüftungsanlagen abhängig machen, sowie die Gesetzgebung abgehandelt, welche betreffs Verhütung der Schädigung der Volksgesundheit, der schlechten Luft in Innenräumen, in England besteht. Im Schlusskapitel endlich wird über den wirthschaftlichen Gewinn gesprochen, der als Folge von Massnahmen zur Verhütung der Luftverschlechterung in Innenräumen zu erwarten ist. Der Verfasser stellt hierbei für Berlin folgende interessante Rechnung auf:

Auf einen Sterbefall rechnet man 35 Krankheitsfälle; jeder Krankheitsfall erfordert durchschnittlich 20 Verpflegungstage, von denen jeder zu 2 Mark Verpflegungskosten gerechnet werden soll. Das Sinken der Sterblichkeitsziffer um 1 auf 1000 Lebende würde z. B. für Berlin mit seinen jetzt rund 1 880 000

Einwohnern den Erfolg haben, dass daselbst jährlich 1889 Menschen weniger stürben und 35 × 1880 = 65800 Krankheitsfälle weniger eintreten würden. An Krankenverpflegungskosten würden 65800 × 20 × 2 = 2632000 Mark jedes Jahr weniger erforderlich werden, was mit 4 v. H. kapitalisirt, einen einmaligen Vermögensgewinn von 2632000 × 25 = 65800000 Mark darstellen würde. Um das Bild der bezüglichen Minderung der wirthschaftlichen Schädigung Berlins zu vervollständigen, müsste man diese Summe noch um den sehr erheblichen Betrag für den während der weniger eingetretenen Krankentage nicht entgangenen Arbeitsverdienst bezw. den nicht erlittenen Geschäftsverlust und dergl. mehr erhöhen. Dr. Brummund-Uelzen.

Dr. med. Rob. Ostertag, Professor an der thierärztlichen Hochschule in Berlin: **Handbuch der Fleischbeschau für Thierärzte, Aerzte und Richter.** 4. neubearbeitete Auflage. Mit 260 in den Text gedruckten Abbildungen und 1 Farbentafel. Stuttgart 1902. Verlag von Ferd. Enke Gr. 8°; 195 Seiten. Preis: 20 Mark.

Durch die Verabschiedung des Reichsgesetzes betr. die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 hat sich die Nothwendigkeit einer neuen Auflage des in allen betheiligten Kreisen mit Recht sehr beliebten Ostertag'schen Handbuches der Fleischbeschau herausgestellt. Leider haben die Ausführungsbestimmungen dieses Gesetzes noch nicht berücksichtigt werden können; Verfasser beabsichtigt dieselben demnächst als Ergänzung seines Handbuches herauszugeben. Der Inhalt desselben ist nach den neuesten Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschungen auf dem betreffenden Gebiete ergänzt und neu bearbeitet; überall findet man die verbessernde Hand; auch die Zahl der Abbildungen hat wiederum eine Vermehrung erfahren. Demgemäss steht zu erwarten, dass sich das Handbuch in seinem neuen Gewande zu den vielen alten Freunden noch recht zalreiche neue Freunde gewinnen wird. Rpd.

Dr. K. v. Buschka, Professor, Regierungsrath und Abtheilungsvorsteher im Kaiserlichen Gesundheitsamte: **Die Nahrungsmittelgesetzgebung im Deutschen Reiche.** Eine Sammlung der Gesetze und wichtigsten Verordnungen betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln und Gebrauchsgegenständen, nebst den amtlichen Anweisungen zur chemischen Untersuchung derselben. Mit in den Text gedruckten Figuren. Berlin 1901. Verlag von Jul. Springer. Kl. 8°; 276 S. Preis: geb. 4 Mark.

Das in erster Linie für den Gebrauch der Nahrungsmittelchemiker bestimmte Werk enthält nicht nur die Untersuchungsmethoden, insbesondere die amtlichen Anweisungen für dieselben, sowie die Vereinbarungen zur einheitlichen Untersuchung und Beurtheilung von Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen, sondern auch die im Deutschen Reich sowohl, als in den einzelnen Bundesstaaten erlassenen gesetzlichen Verordnungen und Ausführungsbestimmungen über den Verkehr mit Nahrungs- und Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen. Nicht berücksichtigt ist dagegen die Rechtsprechung; es ist dies aller Wahrscheinlichkeit nach deshalb nicht gethan, um der Sammlung den kompendiösen Charakter zu wahren; aber für den Sachverständigen auf diesem Gebiete ist jene so unentbehrlich, dass sich der Verfasser hoffentlich bei einer späteren Auflage entschliesst, auch diesem Bedürfniss Rechnung zu tragen, wodurch der Werth seiner vortrefflichen Sammlung für den praktischen Gebrauch ungemein erhöht wird. Rpd.

Dr. K. v. Buschka, Prof., Geh. Regierungsrath und vortragender Rath im Reichsschatzamt; **Gesetz betreffend die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900** nebst Ausführungsbestimmungen. Berlin 1902. Verlag von Jul. Springer. Kl. 8°; 184 S. Preis: geb. 2,50 M.

Das vorstehende Werk bildet die Ergänzung zu der „Nahrungsmittelgesetzgebung" desselben Verfassers. Es bringt eine vollständige Zusammenstellung der jetzt für das Deutsche Reich in Bezug auf die Schlachtvieh- und Fleischbeschau geltenden gesetzlichen Bestimmungen, deren Verständniss durch Beifügung erläuternder Bemerkungen wesentlich erleichtert wird. Gerade dadurch wird das Werk den betheiligten Kreisen sehr willkommen sein. Rpd.

Tagesnachrichten.

Nach einem vom Bundesrath soeben verabschiedeten Gesetzentwurf über **Phosphorzündwaaren** soll vom 1. Januar 1907 ab die Herstellung und Einfuhr von Zündhölzern und anderen Zündwaaren aus weissem oder gelbem Phosphor, sowie vom 1. Januar 1908 der Verkauf derartiger Zündhölzer u. s. w. verboten werden. Durch diese auskömmliche Frist will man den Zündholzfabrikanten die Bewältigung der Schwierigkeiten des Uebergangs erleichtern. Ferner ist für das Reich der Erwerb eines Verfahrens zur Herstellung einer Zündmasse gesichert, welche die Herstellung von Zündhölzern, die an jeder Reibfläche zünden, aus inländischen Nadelhölzern und ohne Umgestaltung der vorhandenen einfachen Betriebsanlagen ermöglichen. Dieses Verfahren soll alsdann den deutschen Fabrikanten von Phosphorzündhölzern zur Benutzung freigegeben werden. So hofft man, zugleich mit dem Einfuhrverbot für Phosphorzündhölzern, den Fortbestand der mittleren und kleinen Betriebe zu ermöglichen, die nicht in der Lage sind, zur Fabrikation von Sicherheitszündhölzern, sogenannten „Schwedischen Zündhölzern", überzugehen.

Für die zufolge Allerhöchster Ordre am 14. April 1902 eingerichtete und am 1. April d. J. in's Leben getretene **preussische Landesanstalt für Gewässerkunde** ist unter dem 26. Oktbr. eine Geschäftsanweisung erlassen. Danach gehören zu ihren Aufgaben auch „die Ermittelungen über die Versickerung des Wassers, die Grundwasserbewegung und die Quellenbildung unter Verwerthung der Ergebnisse der bezüglichen Ermittelungen der geologischen Landesaufnahme. Namentlich sind als verwandte Fragen zu bezeichnen diejenigen über die Einwirkung der Oberflächengestaltung, über die Durchlässigkeit der Bodenarten, über ihre Widerstandsfähigkeit gegen die Angriffe des Wassers, über die Entstehung und Bewegung der Geschiebe, über die Art und Menge der Geschiebe und Sinkstoffe in den Gewässern u. s. w." Der geschäftliche Verkehr mit der Anstalt erfolgt durch den Minister der öffentlichen Arbeiten und durch den Minister für Landwirthschaft, Domänen und Forsten.

Die diesjährige **Sitzung der erweiterten wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen** wird am 3. Dezember stattfinden. Zur Verhandlung kommen: 1. Die gesundheitlichen Gefahren der Kinderarbeit im Kleingewerbe und deren Verhütung und 2. Welche Mängel bestehen im preussischen Hebammenwesen und wie werden dieselben zweckmässig gehoben? Bedarf es hierzu einer Reform des gesammten Hebammenwesens oder genügt eine Reform in einzelnen der Besserung bedürftigen Theilen?

Ebenso wie in Halle a. S. ist jetzt auch in Angliederung an das hygienische Institut in Jena eine **bakteriologische Untersuchungsanstalt** unter Leitung des Geh. Hofrath Prof. Dr. Gärtner eingerichtet, durch die den Aerzten die Möglichkeit gegeben werden soll, in zweifelhaften Fällen bakteriologische Untersuchungen vornehmen zu lassen. Dieselben erfolgen unentgeltlich.

Wiederholungskurse für Hebammen werden jetzt auch in Bayern eingeführt. Zunächst sollen solche an der Hebammenlehranstalt in München abgehalten werden; ihre Dauer ist auf 4 Wochen festgesetzt, die Kosten betragen für Unterkunft und Verpflegung in der Anstalt 80 Mark, so dass inkl. Reise- und sonstige Kosten in der Regel ein Gesammtaufwand von 200 Mark für jede Hebamme entstehen wird, ein Betrag, der u. E. viel zu hoch ist und in Folge dessen die Theilnahme an diesen Kursen wesentlich einschränken wird, wenn nicht aus Gemeinde-Distrikts- und Kreis- oder Staatsmitteln sehr erhebliche Beihülfen gewährt werden.

Für die kommende Finanzperiode in Bayern ist ein Betrag von 300 000 Mark für Zwecke der **Förderung der Wohnungspflege** eingestellt. Aus demselben sollen einzelnen Gemeinden Zuschüsse gewährt werden, wenn die Durchführung der Wohnungsaufsicht, insbesondere die Veranstaltung umfassender Wohnungserhebungen, namentlich in grösseren Städten beträchtliche Kosten verursachen. Auch für Bestrebungen behufs Begründung, Befestigung,

Ausgestaltung und Förderung gemeinnütziger Vereine und Genossenschaften, die sich der Obsorge für Wohnungen zur besonderen Aufgabe machen, können aus jener Summe Unterstützungen gewährt werden, aber nicht für deren Bauthätigkeit.

Dem Wirkl. Geh. Rath Prof. Dr. **Friedrich von Esmarch** soll aus Anlass seines 80. Geburtstages (am 9. Januar 1903) eine Ehrung in sichtbarer Form gebracht, und ihm in seiner Vaterstadt Tönning ein Denkmal errichtet werden. In einem Aufruf bittet der Geschäftsausschuss um Beiträge, die baldmöglichst unter dem Vermerk „Esmarch-Denkmal“ an die Reichsbankhauptstelle in Kiel oder an die Städtische Spar- und Leihkasse in Tönning zu senden sind.

Sprechsaal.

Herr Kreisarzt Med.-Rath Dr. E. in W. Die Antwort auf Ihre Frage zu §. 12 der Dienstanweisung finden Sie in Anm. 2 auf S. 164 und 165 der soeben erschienenen VII. Lieferung des von dem Unterzeichneten herausgegebenen „Beamteten und sachverständigen Arztes“. Es heisst hier über die Stellung des Kreisarztes zum Landrath und über die durch die Hand des Landraths einzureichenden Berichte:

„Da der Kreisarzt dem Landrath koordinirt und nicht unterstellt ist, so steht diesem nur das Recht des „Ersuchens“ und nicht des „Beauftragens“ zu; der Kreisarzt „berichtet“ demgemäss auch nicht an den Landrath, sondern er „theilt“ ihm das Ergebniss seiner Ermittelungen u. s. w. „mit“. An diesem Unterschied ist auch äusserlich in der Form festzuhalten; die „Mittheilungen“ sind daher nicht auf halbgebrochenem Bogen in Berichtsform zu machen. Der Kreisarzt hat ferner nicht erst darauf zu warten, dass ihn der Landrath beim Ausbruch ansteckender Krankheiten oder aus anderer Veranlassung requirirt; die Dienstanweisung giebt ihm das Recht, in den meisten vorkommenden Fällen aus eigener Initiative einzugreifen. Es liegt jedoch im allgemeinen Interesse, dass zwischen Landrath und Kreisarzt ein vorzügliches, auf gegenseitigem Vertrauen beruhendes Verhältniss besteht; denn durch ein einmüthiges Vorgehen werden sich beide Beamte nicht nur ihre amtliche Thätigkeit auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens wesentlich erleichtern, sondern auf diesem auch weit grössere Erfolge erzielen, als wenn sie ohne stete Fühlung miteinander vorgehen. Deshalb ist es auch nothwendig, dass der Kreisarzt den Landrath von allen wichtigeren sanitären Vorkommnissen im Kreise in Kenntniss setzt, nicht über seinen Kopf weg mit den Ortspolizeibehörden verhandelt u. s. w.

Bei Abs. 2 des §. 12 ist der Schwerpunkt auf das Wort „Berichte“ zu legen; Meldekarten über Zu- und Abgänge von Medizinalpersonen, Gebührennachweisungen oder statistische Uebersichten u. s. w. sind ebenso wie Gesuche dem Regierungspräsidenten direkt einzureichen. Dasselbe gilt betreffs der Berichte, die keine gesundheitlichen Angelegenheiten des Kreises betreffen, z. B. solche über Studienreisen eines Kreisarztes u. s. w.

Umfasst ein Kreisarztbezirk mehrere Kreise, so sind allgemeine Berichte mehrfach auszufertigen und durch die Hand eines jeden Landraths je ein solcher Bericht einzureichen, die nur einen Kreis betreffenden Berichte dagegen nur durch die Hand des zuständigen Landraths.“

Ich möchte noch hinzufügen, dass unter „Bericht“ im Allgemeinen jede schriftliche Aeusserung von Amtswegen an die vorgesetzte Behörde zu verstehen ist; dass Meldekarten u. s. w. nicht durch die Hand des Landraths einzureichen sind, ergiebt sich z. B. auch aus den §§. 45 u. 85 der Dienstanweisung, in denen direkte Einreichung der Nachweisungen über die Medizinalpersonen bezw. über die ansteckenden Krankheiten an den Regierungspräsidenten vorgeschrieben ist. Desgleichen möchte ich nicht unterlassen, zu betonen, dass die Bestimmung im §. 12, Abs. 2 theils im Interesse eines vereinfachten Geschäftsbetriebes getroffen ist, theils aber auch mit Rücksicht darauf, dass der Landrath als oberste Verwaltungsbehörde des Kreises über alle gesundheitlichen Angelegenheiten desselben informirt sein muss. Durch die vorgeschriebene Einreichung der Berichte der Kreisärzte durch die Hand des Landrathes wird übrigens in ihrer gleichberechtigten Stellung zu diesem absolut nichts geändert; gehen doch fast ebensoviel Berichte des Landraths an den Regierungspräsidenten durch die Hand des Kreisarztes, ohne dass von Seiten der Landräthe irgend welche Bedenken dagegen geäussert werden.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei, Minden.

15. Jahrg. 1902.

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,
Herzogl. Bayer. Hofbuchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

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

Nr. 23. | Erscheint am 1. und 15. jeden Monats | 1. Dezbr.

Aus dem gerichtsärztlichen Institut in Greifswald.

Die Unterscheidung von Menschen- und Thierknochen auf biologischem Wege.

Von Prof. Beumer-Greifswald.

Vor wenigen Wochen wurde mir seitens der hiesigen Staatsanwaltschaft eine kleine Pappschachtel mit Knochenresten übersandt, die auf einer Brandstelle aufgefunden waren, mit dem Ersuchen um eine gutachtliche Aeusserung, „ob diese Knochenreste von einem menschlichen Körper herrührten", wobei bemerkt wurde, dass eine genaue Aufräumung und Untersuchung der Stellen, an denen die Reste gefunden waren, zur Auffindung weiterer Reste, die von einem Menschen herrühren könnten, nicht geführt habe.

Wie die Besichtigung ergab, bestanden die Knochenreste 1. aus einer Menge kleinerer Knochenstücke von 1—4—6 cm Länge, $^1/_2$—$1^1/_2$ cm Breite, sowie 2. aus zwei grösseren Knochenstücken. Von diesen letzteren war das eine ein flaches Knochenstück, annähernd von der Grösse des Schulterblattes oder der Darmbeinschaufel. An diesem Stück war eine Gelenkfläche vorhanden, die möglicher Weise die flache Gelenkgrube für den Kopf des Oberarmknochens war — Cavitas glenoidalis — oder aber die Gelenkgrube zur Aufnahme des Oberschenkelkopfes — Acetabulum — sein konnte; letzteres aber war wegen der geringen Tiefe der Gelenkfläche unwahrscheinlich. Das zweite grössere Knochenstück war ein Theil Röhrenknochen, ohne Gelenkfläche; seinem Umfange nach konnte es nur vom Oberarm- oder Oberschenkelbein herstammen.

Sämmtliche Knochen zeigten mehr oder weniger die Spuren intensiver Hitzewirkung; sie waren leicht brüchig, von theils weissgrauer Aschfarbe, theils waren sie angekohlt, schwarz. Die nähere Betrachtung der erwähnten Gelenkfläche musste wegen der geringen Tiefe, der ovalen Gestalt, ihrer Grösse den Gedanken nahe legen, dass es sich hier um die Gelenkfläche für den Oberarmknochen, nicht aber um das Acetabulum handeln könne und dass muthmasslich nicht Menschen-, sondern Thierknochen vorlägen; eine sichere Entscheidung war aber nicht zu geben. Unter diesen Umständen war zu überlegen, ob auf irgend einem anderen Wege eine bessere Erkenntniss zu erlangen wäre.

Nun befanden sich an beiden Knochen, sowohl dem flachen, als dem Stück Röhrenknochen verbrannte Weichtheile in geringem Masse, an denen aber noch zu erkennen war, dass es theils Reste des Periosts, theils Muskelstückchen waren. Bei ihrer näheren Betrachtung und der Ueberlegung, in welcher Weise sie zur Diagnose verwandt werden könnten, erschien mir der Gedanke der Ausführung werth, vermittelst des biologischen Verfahrens die Differenzirung der Weichtheile herbeizuführen. Es war mir aus den Uhlenhuth'schen Untersuchungen[1]) bekannt, dass es ihm gelungen war, durch Anwendung seines Verfahrens die einzelnen Fleischsorten zu erkennen. Es war Uhlenhuth bei gekochten Würsten zwar nicht möglich, die Reaktion mit Erfolg auszuführen, da die reaktionsfähigen Eiweisskörper durch den Kochprozess verändert werden, wohl aber gelang es ihm bei älteren geräucherten Pferde- und Schweineschinken deren Herkunft zu ermitteln.

Wenn auch hiernach der Erfolg ein zweifelhafter sein musste, so konnte er bei der Neuheit der Methode, dem Fehlen diesbezüglicher Versuche bei direkter Einwirkung der Flamme, als ein aussichtsloser nicht angesehen werden.

Die Weichtheilstückchen wurden daher abpräparirt, in einen kleinen Kolben gegeben und mit physiologischer Kochsalzlösung übergossen. Am vierten Tage war die Anfangs klare Lösung getrübt, beim Umschütteln trat deutlich Schaumbildung ein, die auch nach einiger Zeit der Ruhe bestehen blieb, um schliesslich sich zu verlieren. Die Lösung wurde hierauf durch ein neues Berkefeld-Filter getrieben und von der nun klaren Flüssigkeit in drei Reagenzröhrchen je gleiche Mengen gegeben. Da es sich nach der Grösse der Knochen nur um Menschen-, Rinder-, oder auch, was sehr unwahrscheinlich, um Schweineknochen handeln konnte, so wurden die spezifischen Sera, die mir Herr Stabsarzt Uhlenhuth hier liebenswürdigst zur Verfügung stellte, tropfenweise zugesetzt, in jedes Glas die gleiche Tropfenzahl. Das erste Glas wurde mit 8 Tropfen Menschenblut-Antiserum, das zweite mit Rinderblut-Antiserum, das dritte mit Schweineblut-Antiserum beschickt. Nur in dem zweiten Glase entstand nach wenigen Minuten die charak-

[1]) Die Untersuchung des Fleisches verschiedener Thiere mit Hülfe spezifischer Sera und die praktische Anwendung der Methode in der Fleischbeschau. Deutsche med. Wochenschrift; 1901, Nr. 30.

teristische Reaktion: eine hauchartige, dann sich verdichtende, von unten nach oben aufsteigende Trübung, die sich unten im Glase am deutlichsten zeigte und später in Flockenbildung sich am Boden absetzte, während die darüber befindliche Flüssigkeit sich wieder klärte. Die Prüfung ist dann mehrfach wiederholt stets mit dem gleichen Resultate, während die mit Menschen- oder Schweine-Antiserum beschickten Gläser klar blieben. Kontrolirend wurden auch noch Reagensröhrchen, die nur mit physiologischer Kochsalzlösung beschickt, je 8 Tropfen desselben Rinderserums zugesetzt, ohne dass eine Trübung entstand, ebenso zeigten klare Blutlösungen verschiedener Thierarten keine Trübung, nur die Rinderblutlösung ergab das gleiche Resultat wie die Lösung der vom Knochen präparirten Weichtheile. Es war somit der Beweis geliefert, dass die stark verbrannten Weichtheile, welche noch sehr fest am Knochen gesessen, das Periost und die Muskelstückchen vom Rinde herstammten, es waren mithin die Knochen Rinder-, aber keine Menschenknochen.

Trotz dieses sicheren Resultates hielt ich es schon aus wissenschaftlichem Interesse für angemessen, die Knochen auch noch einem anderen Sachverständigen vorzulegen. Ich wandte mich an den Direktor des hiesigen zoologischen Instituts, Herrn Professor Müller, mit der Bitte, wenn möglich die Herkunft der Knochen zu bestimmen; ich erhielt auch alsbald die Nachricht, dass es sich um Knochenreste handele, die von dem Vorderblatt eines Rindes herstammten.

Aus Anlass der vorstehenden Untersuchung habe ich mehrfach an Knochen ohne daran haftenden Weichtheilen den Werth der biologischen Methode zu erproben gesucht, wenngleich in der gerichtsärztlichen Praxis bei Untersuchung mehr oder minder angebrannter oder verkohlter Leichen bezw. Leichentheilen noch Weichtheile an den Knochen vorhanden sein werden, die zur Untersuchung in der geschilderten Weise zu verwenden wären.

Es ergab sich nach mehrfachen Versuchen, dass an frischen Knochen die Herkunft leicht zu bestimmen war, um so rascher und sicherer, wenn Knochenmark bezw. spongiöse Substanz, um so langsamer und weniger sicher, wenn kortikale Substanz benutzt wurde. Sowohl bei der Behandlung des Knochenmarks als der spongiösen Substanz erweist sich neben dem stets angewendeten Lösungsmittel, der physiologischen Kochsalzlösung ein Zusatz von Chloroform von Nutzen. Zur Behandlung der Kortikalsubstanz wurde wesentlich das Knochenmehl, welches beim Durchsägen des Knochens entstand, in Verwendung genommen.

Inwieweit das Alter, die Fäulniss, das Medium, in welchem die Knochen gelegen, die Sicherheit der Methode beeinflusst, ist nicht von vornherein zu sagen. An Knochen, die mehrere Wochen an der Luft gelegen, war die Herkunft noch zu bestimmen. Sobald aber jegliche eiweissartige Substanz aus dem Knochengewebe verschwunden ist, wird die Herkunft der Knochen, ob vom Menschen oder Thier durch die biologische Methode nicht mehr möglich sein.

An gekochten Knochen war eine Bestimmung überhaupt nicht

mehr möglich weder am Knochenmark, noch an der spongiösen, noch an dem Knochenmehl der kortikalen Substanz.

Auch an angebranntem oder verkohltem Knochengewebe war durchweg die Bestimmung der Herkunft nicht mehr möglich oder doch zweifelhaft. Auch hier zeigte sich, dass, je mehr durch die Hitze die eiweissartigen Substanzen ausgetrieben waren, um so weniger ein Erfolg zu erwarten war; die Knochensubstanz allein, auch in der Form des Knochenmehles, war der Bestimmung durch die biologische Methode unzugänglich.

Man wird daher in gerichtsärztlicher Thätigkeit bei ähnlichen Gelegenheiten zweckmässig handeln, wenn man sich der Weichtheile, die zumeist noch am Knochen vorhanden sind, zur Anwendung der biologischen Methode bedient; es wird dann unschwer — die genaue Kenntniss der Methode, das völlige Eingearbeitsein mit derselben ist nothwendige Vorbedingung — auf diesem Wege zu entscheiden sein, ob Menschen- oder Thierknochen vorliegen, wie auch unschwer die betreffende Thierart zu erkennen sein wird.

Zur Litteratur über latente Pneumonie.

Von Dr. Teske in Czerck.

In Ergänzung des kleinen Aufsatzes von Herrn Kreisassistenzarzt Dr. Berg in Nr. 19 dieser Zeitschrift über „latente Pneumonie“ erlaube ich mir, nachstehend Einiges aus der Litteratur über obige Krankheit mitzutheilen, auf das ich gelegentlich wissenschaftlicher Arbeiten auf anderem Gebiete gestossen bin.

Die erste Andeutung über latente Pneumonie fand ich bei Stanislaus Géry[1]) vom Jahre 1871. Er schreibt: „Die Lungenentzündung der Alkoholiker ist häufiger als man glaubt. Sie hat keine spezifischen Zeichen und verläuft oft latent, man muss deshalb bei fiebernden Alkoholikern oft die Lunge untersuchen. Sie ist oft tödtlich, oft rasche Abfieberung und Heilung.“

Fernerhin berichtet Prof. Dr. Lesser[2]) im Jahre 1888 bei einer Zusammenstellung von plötzlichen Todesfällen, dass von 171 plötzlichen, d. h. der Umgebung und dem Verunglückten ganz unerwartet geschehenen Todesfällen sich 7 an genuiner Pneumonie ereigneten. Lesser erwähnt, dass die Mehrzahl der 171 plötzlich Verstorbenen einen dissoluten Lebenswandel geführt hatten und wenig widerstandsfähig waren.

Nach dem von Strassmann[3]), Strecker[4]), Schulz[5]) und Puppe[6]) erstatteten statistischen Berichten der Unterrichts-

---

[1]) Essai sur la Pneumonie des Alcooliques par Stanislaus Géry. Paris 1871. Dissert.

[2]) Die wichtigsten Sektionsereignisse in 171 Fällen plötzlichen Todes. Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin; neue Folge, XLVIII. Bd., 1. H., 1888.

[3]) Siehe dieser Zeitschrift Jahrg. 1889, Nr. 4, S. 101 und Jahrg. 1891, Nr. 12, S. 337.

[4]) Ibidem; Jahrg. 1892, Nr. 10, S. 249.

[5]) Ibidem; 1896, Nr. 22, S. 626.

[6]) Ibidem; Jahrg. 1899, Nr. 11, S. 706—708.

anstalt für Staatsarzneikunde in Berlin sind in der Zeit vom 1. April 1886 bis 1. April 1898 also innerhalb 12 Jahren, unter 381 plötzlichen natürlichen Todesfällen aus inneren Ursachen 32 solche in Folge von Pneumonie, die vorwiegend ältere Personen, Greise und Alkoholikern betrafen.

Im Jahre 1893 veröffentlichte Kühner[7]) einen Aufsatz über plötztliche Todesfälle, welcher hauptsächlich die Aufzeichnungen des englischen Todtenbeschauers Wynn Wescott zum Gegenstande hatte. Dieser fand von 303 plötztlichen Todesfällen 13 durch Pneumonie bezw. Bronchitis verursacht. Von den 303 Verstorbenen waren nur 69 körperlich gut entwickelt.

In den letzten Jahren hat Hornhardt[8]) einige 60 Fälle von „latenter Pneumonie" beschrieben. Er sagt u. A.: „Plötzliche Todesfälle scheinbar Gesunder sind nicht selten durch Lungenentzündung in mehr oder minder vorgerücktem Stadium bewirkt, besonders bei Alkoholikern und Menschen mit atrophischen Lungen. In einzelnen Fällen sind keine subjektiven Erscheinungen vorhanden und die Betroffenen erschienen den Angehörigen vorher gesund.

Die Litteratur der neuesten Zeit über „latente Pneumonie" ist bereits von Dr. Berg in seinem Eingangs erwähnten Aufsatz berücksichtgt.

Aus allen Veröffentlichungen geht hervor, dass Alkoholiker, Greise und Leute mit geschwächtem, z. B. durch Landstreichen zerrütteten Körper, in erster Linie durch „latente Pneumonie" einen plötzlichen Tod finden.

Zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

Von Kreisarzt Dr. Dreves-Walsrode.

Bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten ist mir des Oefteren die Unklarheit unangenehm gewesen, in der sich der Medizinalbeamte über den Stand der Infektionskrankheiten in den benachbarten Kreisen befindet. Ich glaube, es würde sehr viel zur ihm Klarlegung der Aetiologie und zur Erleichterung der Bekämpfung der Infektionskrankheiten beitragen, wenn der Medizinalbeamte in möglichst kurzer Zeit über das Auftreten der Infektionskrankheiten in seinen Nachbarkreisen unterrichtet würde. Einige Beispiele, wie ich sie theilweise aus meiner Praxis herausgreife, mögen meine Ansicht stützen und erläutern.

Die genaueste Anamnese über den vorübergehenden Aufenthalt eines Typhuskranken, z. B. eines Handwerkers, der auf den benachbarten Ortschaften arbeitet, oder eines Landmannes, der hier einen Markt besucht, dort Kunstdünger holt etc., bleibt stets lückenhaft. Bin ich jedoch orientirt, wo innerhalb der letzten

---

[7]) Ueber plötzliche Todesfälle. Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin; III. Folge, VI. Bd., 1. Heft. 1893.

[8]) Ueber 60 Fälle von plötzlichem Tod an Lungenentzündung bei scheinbar Gesunden. Dissert. Kiel 1896.

Wochen in der Nachbarschaft Typhus aufgetreten ist, so wird meine Fragestellung eine viel zielbewusstere werden können, und ein sich auf eine bestimmtere Ortschaft konzentrirender Verdacht, durch Anfrage beim Nachbarkollegen grössere Aussicht haben, die Kontaktinfektion klarzustellen.

Oder: In einem, meinem Kreise benachbarten Orte sind Scharlacherkrankungen diagnostizirt; der Lehrer des jenem Orte benachbarten Dorfes zeigt an, dass ein Kind die Schule wegen „Frieseln" oder „Masern" versäume. Durch die Kenntniss des im benachbarten Dorfe grassirenden Scharlachs, taucht sofort der Verdacht auf, dass es sich nicht um Masern, sondern um Scharlach handelt; der Verdacht bestätigt sich, und es kann die Erkrankung noch isolirt werden.

Oder: In der Praxis der meinem Kreise benachbarten Hebamme ist ein Fall von Pemphigus vorgekommen. Ich werde sofort die betreffende benachbarte Hebamme meines Kreises auf die Erkrankung aufmerksam machen und sie zur Anzeige jedes Bläschenausschlages auffordern.

Die kurz skizzirten Fälle zeigen m. E. zur Genüge, wie sehr die Thätigkeit der Medizinalbeamten sowohl in Bezug auf Klarlegung der Aetiologie, wie auf Verhütung von Krankheiten durch die Rückmeldung der Infektionskrankheiten aus den benachbarten Kreisen unterstützt werden würde. Die Meldung der ansteckenden Krankheiten an die Aufsichtsbehörde erscheint mir stets als eine Schutzwehr, die nicht in Thätigkeit ist, denn sie dient doch thatsächlich nur der Ansammlung von statistischem Material, das seiner Aufarbeitung wartet, während sie zur augenblicklichen Schutzwehr werden könnte, wenn umgehend denjenigen Organen das Material mitgetheilt würde, welche dasselbe sofort zu verwerthen im Stande sind, für die es jedoch mit der Zeit den Haupt- oder sagen wir den lokalen Werth verliert. Und ich glaube, dass es nicht so schwierig ist, dieses Schlussglied in die Kette der Anzeigepflicht zu setzen. Es giebt hier zwei Wege: Entweder die Benachrichtigung wird durch die Aufsichtsbehörde (Regierung) oder durch die Medizinalbeamten selbst ausgeführt.

Ich meinerseits bin mehr für den zweiten Weg und zwar weil dieser der kürzere ist. Die Arbeit ist eine sehr geringe; da wohl jeder Kreis-, Bezirks- u. s. w. Arzt eine Schreibhülfe hat, so handelt es sich lediglich um ein 4—5maliges Abschreiben der Anzeige, die an die Regierung gesandt wird. Eine Angabe der Haushaltungen, in denen die einzelnen Erkrankungen aufgetreten sind, halte ich nicht für zweckmässig; diese würden die Ausfüllung der Anzeigekarten sehr kompliziren. Ich bin der Ansicht, dass es genügt, über die Art der Krankheit und die Orte des Nachbarkreises, in denen sie ausgebrochen ist, Kenntniss und dadurch eine Handhabe zu erhalten, auf Grund deren man weitere Erkundigungen leicht wird einziehen können, ganz abgesehen davon, dass in den grossen Städten oder bei grossen Epidemien eine detaillirtere Angabe, wenn auch nicht ganz unausführbar, so doch jedenfalls sehr schwierig wäre.

Kataster über ansteckende Krankheiten.

Von Kreisarzt Dr. Berger in Hannover.

Ein unbekannter Feind ist schwer zu bekämpfen, je besser man den Feind kennt, desto besser wird man den Hieb anbringen können, während er anderseits oft in die Luft geht.

Je tiefer man in das Wesen eines Gegenstandes eindringt, um so verständlicher wird er; deshalb strebt der Philosoph, der Forscher, der Gelehrte, der Arzt an dem ihm entgegentretenden Gesammtbilde die einzelnen Glieder, welche erst die Gesammterscheinung ausmachen, möglichst genau zu erkennen, er analysirt; je sorgfältiger er aber analysirt, desto klarer wird ihm die Synthese, desto sicherere allgemeine Schlüsse kann er ziehen, desto zutreffendere allgemeine Gesichtspunkte kann er herleiten. Auf Grund und in richtiger Würdigung dieser allgemein anerkannten und auch von den Dichtern betonten Art der Forschung ist es bei der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten Pflicht, jeden Fall möglichst bis in seine Einzelheiten zu klären; je sorgfältiger das geschieht, desto fester werden die Bahnen, in denen die Abwehr der Seuchen sich zu bewegen hat. Bei der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten sind die sorgfältigsten Einzelbeobachtungen von grösster Bedeutung; es giebt da noch eine Reihe dunkler Punkte, welche der Erhellung bedürfen.

Wird jeder einzelne Fall einer ansteckenden Krankheit sorgfältig studirt, so ergeben sich bestimmte Gesichtspunkte und Vermuthungen, und bei dem Vergleiche zahlreicher Einzelbeobachtungen werden dann leicht häufig Vermuthungen zu Gewissheiten werden. Der Kreisarzt kann nicht jedem einzelnen Masernfall nachgehen, aber er muss sich für das Studium der ansteckenden Krankheiten ein Kataster anlegen. Eine Mehrbelastung entsteht nicht; auch jetzt schon führt der Kreisarzt ein Verzeichniss über ansteckende Krankheiten, das ist aber nicht ausreichend. Er bedarf dazu eines systematischen alphabetischen Verzeichnisses für jeden Ort; für grössere Orte empfiehlt sich ein nach Art eines sogenannten Renners angelegtes Buch. Das Verzeichniss hätte etwa so auszusehen:

Ortschaft.

1. Name	2. Vorname	3. Alter a. b. c.	4. Strasse u. Hausnummer, Etage	5. Krankheit	6. Erkrankt am	7. Bemerkungen

Will man sich schnell über die Vertheilung unter den Geschlechtern orientiren können, so kann man zum Vornamen besondere Zeichen machen, etwa Hermann m, Ida w oder dergleichen. Bei dem Alter wird zweckmässig unterschieden: a. noch nicht die Schule Besuchende, b. Schulkinder, c. nicht mehr die Schule Besuchende, man trägt sogleich einem bestimmten Gesichtspunkt mit Rechnung; die Angabe von Strasse und Hausnummer und Etage ist sehr wichtig, sie müssten auf allen Meldungen genau verzeichnet sein.

Wer selbst eingehendere Studien machen will, dem ist es unbenommen, die Uebersicht[1]) durch weitere Punkte zu vervoll-

[1]) Manchem könnte es zweckmässig erscheinen, z. B. eine Notiz zu haben über in dem Hause des Erkrankten getriebene Gewerbe, Milchhandel u. dergl.

ständigen, wie Temperatur, Witterungscharakter u. s. w. am Erkrankungstage, wobei allerdings zu betonen ist, dass nicht sowohl das momentane Verhalten, als die Schwankungen massgebende zu sein scheinen, was sich übrigens berücksichtigen liesse durch Bezeichnungen wie + steigend, — fallend, ferner dass die Inkubationszeit zu beachten ist und dergl.

Ein solches Verzeichniss lässt sich natürlich auch für jede Krankheit allein anlegen; dies empfiehlt sich vielleicht bei grösseren Städten, bei kleinen Ortschaften wird der Ueberblick über eine einzelne Krankheit in dem Gesammtverzeichniss nicht schwer sein.

Man wird mit dem Kataster gewissermassen zu epidemiologischen Studien veranlasst, und es kann ja keinem Zweifel unterliegen, dass man manchen wichtigen Fingerzeig hinsichtlich örtlicher, Familien- und Haus-Disposition finden wird, besonders bei jahrelanger Fortsetzung des Katasters. Auch bei den Ortsbesichtigungen, die doch selbst auf Grund der Eingangs angeführten Erwägungen angeordnet sind, wird man an der Hand des Katasters epidemiologische Forschungen anzustellen haben.

Die Einrichtung solcher Kataster über ansteckende Krankheiten ist auch nöthig für Schulen, jeder Lehrer hat für seine Klasse ein Kataster zu führen, etwa in folgender Form:

Klasse.

A. Knaben (in alphabetischer Reihenfolge).

1. Name	2. Vorname	3. Alter	4. Wohnung	5. Hat früher überstanden	6. Nach Zeugniss von	7. Erkrankungen während der Schulzeit	8. Bemerkungen

B. Mädchen.

Unter 5 sind die Krankheiten, speziell Infektionskrankheiten (man kann alle Krankheiten hier eintragen) aufzuführen, die das Kind schon durchgemacht hat; dies dürfte nicht zu unterschätzende Anhaltspunkte geben bei Schulschliessungen, man denke nur an Masern; auch epidemiologisch wird manches Beachtenswerthe dabei abfallen. Unter 6 ist anzugeben, auf wessen Zeugniss sich die Angabe unter 5 stützt, um für deren Zuverlässigkeit einen Massstab der Beurtheilung zu haben; Kinderangaben sind nicht zuverlässig genug, es empfehlen sich Rückfragen bei den Eltern, event. beim Arzt.

Ein Duplikat dieses Katasters erhält der Kreisarzt.

Ueber die Wichtigkeit und den praktischen Nutzen dieser Kataster brauchen Worte nicht verloren zu werden; sie sind bei der Vorschrift der Orts- und Schulbesichtigungen etwas Unerlässliches. Dann wird vielleicht auch die Ausbreitung der ansteckenden Krankheiten unter den Schulkindern genauer studirt; es wäre z. B. sehr interessant zu erfahren, ob es thatsächlich in der Mehrzahl der Fälle beobachtet wird, — ich glaube dafür Anhaltspunkte zu haben — dass sehr oft gerade die Kinder weiter erkranken, die hinter dem vorher erkrankten sitzen.

Diese Kataster müssten den einzelnen Ortsakten beigefügt werden; es wäre überhaupt zu erwägen, ob sich die Einrichtung der Registratur nicht so empfiehlt, dass allgemeine Akten angelegt würden, Spezialakten nur für einzelne Gegenstände (Apotheken,

Hebammen, Nahrungsmittel u. s. w.), dafür aber Ortsakten, denen die Spezialakten über Infektionskrankheiten, Gewerbehygiene u. s. w. einzuverleiben wären; denn dem wird man doch wohl ohne Weiteres beistimmen, dass bei dem Speziellen in dieser Richtung gerade das Oertliche meistens die Hauptsache ist.

Unterrichtskurse für Heilgehülfen und Masseure.

Von Kreisarzt Dr. Hoche in Geestemünde.

Von mehreren Seiten wurde aus Anlass des Erlasses der Ministerialverfügung vom 8. März 1902, betreffend die Prüfung und Beaufsichtigung der Heilgehülfen, Masseure u. s. w. auch die Frage der Ausbildung des niederen Heilpersonals ausführlicher Erörterung unterzogen. Ein Spezialfall veranlasst mich, auf einen zweifellosen Mangel der bislang erlassenen Bestimmungen hinzuweisen.

Eine bereits seit Jahren weithin berühmte und berüchtigte Kurpfuscherin, die zwar nicht direkt in meinem Bezirke wohnt, aber doch durch regelmässiges Annonciren in hiesigen Blättern das Publikum anlockt und viel konsultirt wird, schmückt plötzlich ihre Annoncen mit einem neuen Ruhmestitel, indem sie angiebt, dass sie „in der . . . . Anstalt der Königlichen Universitäts-Klinik in . . . . unter persönlicher Leitung des Herrn Professors Dr. . . . die daselbst geübten Massagemanipulationen und heilgymnastischen Uebungen erlernte".

Eine an den Leiter des betreffenden Instituts gerichtete bezügliche Anfrage ergab lediglich die Bestätigung der Behauptung der Kurpfuscherin.

Es dürfte sich nun wohl verlohnen, sich über das Missverhältniss klar zu werden, das zwischen der in einer staatlichen Anstalt geübten Praxis und den in der Dienstanweisung für die Kreisärzte und in dem erwähnten Ministerialerlass über die Beaufsichtigung des niederen Heilpersonals erlassenen Bestimmungen herrscht. Beide besagen, dass die Kreisärzte, sobald ein staatlich geprüftes Glied des niederen Heilpersonals die ihm gesetzten Grenzen in seiner Thätigkeit überschreitet, selbstständige Kuren vornimmt etc., bei dem Regierungspräsidenten die Entziehung des Prüfungszeugnisses zu beantragen haben. In dieser Vorschrift liegt selbstverständlich auch das, dass Personen, die Kurpfuscherei, wenn auch gar nicht einmal gewerbsmässig, betreiben, von jeder Prüfung völlig auszuschliessen sind, damit sie nicht das Reklameschild einer staatlichen Prüfung erhalten. Nun ist es aber zweifellos doch ein viel besseres Reklamemittel, um das es einem Kurpfuscher doch allein zu thun ist, wenn er schreibt: „Ausgebildet in X. unter der persönlichen Leitung des Herrn Prof. Dr. Y.", als wenn er ein simples „Staatlich geprüfter Heilgehülfe und Masseur" seinem Namen hinzufügt, da das Publikum über die Art der Ausbildung und Prüfung der demnächstigen staatlich ge-

prüften Heilgehülfen ja absolut nicht orientirt ist. So ist meines Erachtens die Möglichkeit des Eintritts von Kurpfuschern in die an öffentlichen Anstalten abzuhaltenden Unterrichtskurse für Heilgehülfen etc. geeignet, den Zweck des §. 16 der Dienstanweisung und der §§. 10—13 des Ministerialerlasses vom 8. März d. J. illusorisch zu machen. Baldige Abhülfe ist hier dringend nöthig. Dieselbe ist leicht zu schaffen durch eine Bestimmung, welche etwa besagt:

„Vor der Aufnahme von Laien in öffentliche Krankenhäuser und sonstige öffentliche Anstalten zwecks Ausbildung in der Krankenpflege, Massage u. s. w. ist durch Befragung des für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Medizinalbeamten festzustellen, ob Bewerber sich gewerbsmässig oder auch nur gelegentlich mit Kurpfuscherei befasst oder auch, ob Grund zu der Annahme vorliegt, dass die Ausbildung beabsichtigt wird zum Zwecke späterer Ausübung der Kurpfuscherei. In diesen Fällen ist die Zulassung zur Ausbildung unstatthaft."

Eine zweite Frage ist die, ob nicht die in dem Ministerialerlass verfügte Einführung der Bezeichnung eines „staatlich geprüften Heilgehülfen" an Stelle des bisherigen „geprüften Heilgehülfen" dem Zwecke des Erlasses, das niedere Heilpersonal von der Kurpfuscherei abzuhalten, sich hinderlich erweisen wird. Meiner Meinung nach ist dies zu befürchten. Es wird nämlich das Attribut „geprüft" allen Personen freigegeben, die auf irgend eine beliebige Weise ausgebildet sind und ein Zeugniss über den Erfolg der Ausbildung vorweisen können. In welcher Weise solche Zeugnisse ausgestellt und benutzt werden, dafür nur ein Beispiel: Bei der Revision einer sogenannten Lichtheilanstalt, die von einem früheren Maurergesellen geleitet wird, fand ich im Warteraume ein grosses Ehrendiplom, welches den Anschein erwecken musste, als habe der Inhaber für „hervorragende Leistungen" eine ganz besondere Anerkennung seitens einer Behörde, eines Ausstellungskomitees oder dergl. erhalten. Das Diplom hing so hoch, dass ich trotz vorzüglicher Augen nur mit Mühe die kleinen gedruckten Zeilen entziffern konnte, aus denen sich ergab, dass es nur die gewöhnliche Form des Zeugnisses einer Fabrik von Lichtheilapparaten war, das jedem Theilnehmer an einem sechswöchentlichen Kursus in der Lichtheilkunde ertheilt wird.

So oder ähnlich werden nach Freigabe der Bezeichnung „geprüft" alle privaten Massageinstitute, Naturheilanstalten etc. verfahren. Durch Ausstellung von Prüfungszeugnissen werden sie ihren Zöglingen den Anschein einer der staatlichen Prüfung gleichwerthigen Prüfung geben[1]), und ich glaube kaum, dass ein Einschreiten dagegen von Erfolg sein wird, zumal da auch gerichtliches Vorgehen auf Grund des Gesetzes über den unlauteren Wettbewerb sich in der Bekämpfung der Kurpfuscherei bisher grosser Erfolge noch nicht zu erfreuen gehabt hat.

Es ist deshalb wünschenswerth, dass konform dem §. 147

[1]) Es geschieht dies schon seit vielen Jahren allgemein. Red.

der Reichsgewerbeordnung, die auch nur von „geprüften“ Medizinalpersonen spricht, das Wort „staatlich“ gestrichen wird. Ausserdem aber dürfte sich folgender Zusatz zu §. 1 des Erlasses empfehlen:

„Der Beilegung der Bezeichnung „geprüft“ gleich zu achten ist die öffentliche Berufung auf ein Befähigungszeugniss irgend welcher Art sowie das Aushängen von Bescheinigungen und Zeugnissen von Krankenhäusern und sonstigen Anstalten in Geschäftsräumen oder anderen dem Publikum zugänglichen Räumen.“

Pockenepidemie im Kreise Grottkau.

Von Kreisarzt Dr. H. Flatten in Oppeln.

Unter den Massnahmen anlässlich des Auftretens von Pockenerkrankungen im Kreise Grottkau im Jahre 1901 wird von Dr. Litterski in Nr. 22 dieser Zeitschrift eine von ihm getroffene Anordnung erwähnt, nach welcher alle Einwohner des Dorfes V., soweit sie in den letzten 10 Jahren nicht mit Erfolg geimpft waren, sich zur Impfung stellen mussten und wiedergeimpft wurden.

Es ist zwar erfreulich, dass die Dorfbewohner dieser Anordnung ohne Widerstreben Folge gaben; zur Nachahmung kann dieselbe indess wegen ihrer rechtlichen Anfechtbarkeit schwerlich empfohlen werden. Im vorliegenden Falle wurden die von mir geäusserten Bedenken von dem Regierungspräsidenten in Oppeln getheilt und die betheiligten Kreisbehörden auf die Ministerialverfügung vom 19. Juni 1883 hingewiesen.

Mitwirkung des Medizinalbeamten bei der Ueberwachung des Handels mit Giften.

Von Kreisarzt Dr. H. Martini in Langensalza.

Der kleine Aufsatz des Herrn Med.-Rath Dr. Brinkmann in Nr. 22 dieser Zeitschrift über obiges Thema giebt mir Veranlassung, auch meine bisherigen Erfahrungen über die, wie es den Anschein hat, sich in praxi sehr verschiedenartig gestaltende Inanspruchnahme des Kreisarztes bei der Ueberwachung des Gifthandels mitzutheilen, in der Hoffnung, dass durch die Besprechung der verschiedenen, dabei in Betracht kommenden Gesichtspunkte eine dem Geiste des Gesetzes und den Anforderungen des praktischen Lebens in gleicher Weise besser Rechnung tragende Regelung dieser für alle Betheiligten gewiss nicht unwichtigen Angelegenheit herbeigeführt wird.

Zunächst stimme ich dem Kollegen Dr. Brinkmann darin vollkommen bei, dass die Unkenntniss der gesetzlichen Bestimmungen über den Giftverkauf selbst bei den auf Grund einer polizeilichen Genehmigung Gifthandel treibenden Drogisten und Kaufleuten eine ganz erstaunliche ist; ich bin nicht nur fest davon überzeugt, dass eine nach dieser Richtung hin vorgenom-

mene Untersuchung ganz überraschende Resultate zu Tage fördern würde, sondern glaube auch, dass die auf Grund einer zuverlässigen Statistik ermittelte Zahl derjenigen Personen, welche durch den leichtsinnigen und ungesetzlichen Verkehr mit Giftstoffen alljährlich an Leben und Gesundheit geschädigt werden, keineswegs eine so geringe ist, wie man allgemein anzunehmen scheint. Dagegen vermag ich die optimistische Auffassung des Herrn Kollegen hinsichtlich der günstigen Wirkungen des §. 56 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vor der Hand nicht zu theilen. Auch diese Bestimmungen sind, wie so manche der neuen Dienstanweisung, gewiss den besten Absichten entsprungen und würden auch für einen besseren Schutz des Publikums gegen die Auswüchse des Gifthandels ausreichen, wenn uns die Garantie gegeben wäre, dass dieselben in jedem Falle von den die Genehmigung zum Giftverkauf ertheilenden Behörden beobachtet würden. Dies ist aber nach meinen Erfahrungen keineswegs immer der Fall; denn es findet sich weder in der Gewerbeordnung, noch in den Landesgesetzen eine Bestimmung, welche den Konzessionsbehörden, also in Preussen den Kreisausschüssen und Polizeiverwaltungen der grösseren Städte, die Verpflichtung einer vorherigen Anhörung des Kreisarztes auferlegte, sei es nun, wie der §. 56 der Dienstanweisung vorschreibt, bezüglich der Bedürfnissfrage, der Beschränkung des Handels auf bestimmte Gifte, oder hinsichtlich der vorherigen Prüfung derjenigen Personen, welche die Genehmigung zum Gifthandel nachsuchen. Ja, diese Behörden sind nicht einmal verpflichtet, die vorerwähnten Bestimmungen der Dienstanweisnng zu kennen und haben auch in manchen Fällen keine Kenntniss davon; anderseits erfahren wiederum die Kreisärzte nur in den seltensten Fällen etwas von den Verhandlungen, welche über die Ertheilung der Genehmigung zum Gifthandel bei den in Betracht kommenden Behörden gepflogen werden.

Ich führe für diese Behauptung als Beispiel nur einen Fall an, wie er sich in meinem Kreise vor nicht langer Zeit zugetragen hat. Die Polizeibehörde einer Stadt wandte sich als Konzessionsbehörde an mich mit dem Ersuchen, ihr mitzutheilen, ob ich gegen die Konzessionsertheilung zum Handel mit giftigen Farben an einen gewissen N. N. etwas einzuwenden hätte. Ich erwiderte, dass ich ein Urtheil darüber nicht abgeben könne, bevor nicht der betreffende N. N. auf Grund des §. 56 der Dienstanweisung mir durch eine Prüfung den Nachweis erbracht hätte, dass er von den in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen die genügende Kenntniss habe. Darauf erhielt ich die Antwort, dass die Polizeibehörde nicht in der Lage sei, die Nothwendigkeit einer vorhergehenden Prüfung anzuerkennen; die Genehmigung zum Handel mit Giften wurde anstandslos ohne Prüfung an den N. N. ertheilt. Auf meine Beschwerde bei dem Herrn Regierungspräsidenten erhielt ich von letzterem die Antwort, dass ein gesetzlicher Zwang im Sinne des §. 56 der Dienstanweisung allerdings nicht ausgeübt werden könne, dass es aber wünschenswerth er-

scheine, wenn in allen Fällen nach diesen Bestimmungen verfahren würde. Von dieser Verfügung erhielt wohl der Landrath meines Kreises eine Abschrift, aber in allen übrigen Kreisen des Regierungsbezirkes blieb dieselbe unbekannt; die Genehmigungen zum Gifthandel werden daher nach wie vor in den meisten Fällen ertheilt, ohne dass der Kreisarzt dabei vorher befragt wird.

Dieses Beispiel zeigt deutlich genug, dass die Gewerbeordnung resp. die Ausführungsbestimmungen dazu einer Ergänzung nach der Richtung hin bedürfen, dass sowohl diejenigen Personen, welche die Genehmigung zum Gifthandel nachsuchen, als auch die Behörden, welche die Genehmigung zu ertheilen berechtigt sind, in jedem Falle die Mitwirkung des Kreisarztes gemäss §. 56 der Dienstanweisung für die Kreisärzte in Anspruch nehmen müssen. Ohne diese Ergänzug haben die Bestimmungen des §. 56 fast gar keine praktische Bedeutung. Denn es liegt auf der Hand, dass schon wegen der damit verknüpften Weiterungen und Unkosten die Konzessionsbehörde und die die Genehmigung Nachsuchenden sich nur in den seltensten Fällen aus freien Stücken an den Kreisarzt wenden werden. Die beabsichtigte einschränkende Wirkung der neuen Vorschriften auf den Handel mit Giften und die Verhütung der Konzessionsertheilung an unzuverlässige oder der dabei nothwendigen Vorsichtsmassregeln unkundige Personen scheint mir daher vorläufig noch eine recht problematische zu sein.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Mecklenburgischer Medizinalbeamten-Verein, ausserordentliche Versammlung am Sonnabend, den 26. April 1902, in Güstrow.

Anwesend: Die Kreisphysiker San.-Rath Dr. Elfeldt-Gadebusch-Dr. Günther-Hagenow, Med.-Rath Dr. Havemann-Dobbertin, Ober-Med.-Rath Dr. Lesenberg-Rostock, San.-Rath Dr. Mulert-Waren, Med. Rath Dr. Reuter-Güstrow, Med.-Rath Dr. Unruh-Wismar, San.-Rath Dr. Viereck-Ludwigslust und San.-Rath Dr. Wilhelmi-Schwerin, sowie der Stadtphysikus Dr. Dugge-Rostock, der dem Verein vor Kurzem beigetreten ist.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden Lesenberg-Rostock sollen dem Komitee für Errichtung eines Pettenkofer-Denkmals in München als Gabe des Vereins 25 Mark übermittelt werden.

Prof. Dr. Peters-Rostock hat auf Bitte des Vorsitzenden mitgetheilt er wolle den erbetenen Vortrag über die Trachomfrage in der nächsten ordentlichen Herbstversammlung halten.

I. Dr. Wilhelmi-Schwerin bespricht die Neuerungen, welche die Kaiserliche Verordnung betr. den **Verkehr mit Arzneimitteln** vom 22. Oktober 1901 gebracht hat.

II. Dr. Havemann-Dobbertin: Ueber das **Meldewesen betr. Erkrankungen und Todesfälle an epidemischen Krankheiten in Mecklenburg-Schwerin.**

Die Bestimmungen in Kap. II und III (§. 4) der noch jetzt geltenden „neuen" Medizinalordnung vom 18. Februar 1830 wurden früher nie strenge durchgeführt; erst in den 80er Jahren, als die Diphtherie in bösartigen Formen im Lande Mecklenburg weit verbreitet war, wurde es anders. Seit 1886 muss jede Erkrankung an Diphtherie gemeldet werden, seit 1888 jeder Todesfall an

bestimmten epidemischen Krankheiten und zwar binnen 24 Stunden. Die von den Aerzten eingesandten Formular-Anzeigen betr. die Todesfälle wurden nach Jahresschluss von den Kreisphysikern der Medizinal-Kommission übersandt. Seit 1889 bekommen die Kreisphysiker auch regelmässig Vierteljahrslisten über Erkrankungen an Diphtherie und Todesfälle an epidemischen Krankheiten aus einem grossen Theile ihres Bezirkes, nämlich aus den Städten, dem Domanium und den Klosterämtern, hingegen nicht aus der Ritterschaft.

Jetzt bildet die Verordnung vom 30. Oktober 1893 die Grundlage des Meldewesens, sie ist genau und scharf abgefasst, ist später auch durch die Bestimmung ergänzt worden, dass Ueberweisen ins Krankenhaus gleich Behandeln zu rechnen ist. Eine Verfügung vom 16. September 1897 bestimmt, dass auch die Formular-Anzeigen betr. Erkrankung sämmtlich später der Medizinal-Kommission als Anlage zum Jahresbericht einzureichen sind; sie müssen daher jetzt mit Sorgfalt und in den vorgeschriebenen Formen von den Kreisphysikern gesammelt werden. Von den Aerzten muss deshalb auch entschieden verlangt werden, dass sie die vorgeschriebenen Formular-Postkarten in jedem Falle benutzen, und dass auf jeder Karte nur stets eine Erkrankung verzeichnet wird. Die Krankheit selber wird am besten durch Unterstreichen auf dem Vordruck vermerkt; in die erste Rubrik gehört nicht der Name der Krankheit, sondern das Datum ihres Beginnes.

Dr. Wilhelmi-Schwerin macht darauf aufmerksam, dass im Vordruck das jetzt meldepflichtige Trachom noch fehlt und wünscht bei Schulkindern, namentlich in grösseren Städten, auch die Bezeichnung der Schule.

III. Dr. Elfeldt-Gadebusch bespricht an der Hand seiner Erlebnisse mit einem sogenannten „Naturheilkundigen“ das Kurpfuschereiwesen, insbesondere die Schwierigkeit, bei den bestehenden Gesetzen einem Kurpfuscher das Handwerk zu legen. Erst im Beschwerdewege habe er die Einleitung des Verfahrens wegen Uebertretung des §. 6a der Gewerbeordnung durchgesetzt, als der Kurpfuscher in mehreren Städten Sprechstunden abhielt, zu denen er durch marktschreierische Annoncen einlud. Wegen Betruges oder wegen unlauteren Wettbewerbs sei der Pfuscher in der Regel nicht zu fassen, da der Beweis wohl nur selten zu erbringen sei, dass er seine Versprechungen wider besseres Wissen gemacht habe. Bei einer durch den Pfuscher verursachten Körperverletzung sei seine ungenügende Vorbildung jetzt allerdings kein Milderungsgrund mehr, da nach der neueren Auffassung des Reichsgerichts (Urtheil vom 26. Mai 1900) derjenige fahrlässig handelt, der, ohne die nöthigen Vorkenntnisse zu besitzen, sich mit der gewerbsmässigen Behandlung von Kranken abgäbe. Immerhin seien es nur seltene Fälle, an denen eine Bestrafung zu erzielen sei, möge man auch ärztlicherseits oft überzeugt sein, dass der Pfuscher an einer Verschlimmerung oder Verlängerung einer Krankheit Schuld sei. Wo ein solcher Fall zweifellos sei, habe der Mecklenburgische Kreisphysikus nach der Medizinalordnung die Pflicht, Anzeige zu erstatten, ebenso wie bei jeder Uebertretung der Medizinalgesetze. Sein Augenmerk müsse man auch darauf richten, ob der Kurpfuscher mit irgend einer Drogenhandlung in Verbindung stehe; denn häufig sei der „Naturheilkundige“ nur Aushängeschild für den Vertrieb eines Mittels. So habe der Anfangs erwähnte Naturheilkundige in enger Beziehung zu einer Drogenhandlung gestanden, welche dadurch einen erheblichem Umsatz in „Nährsalzen“ und „Palmin“ erzielt habe.

IV. Dr. Viereck-Ludwigslust berichtet über einen Fall abnorm verlängerter Schwangerschaft bei missgebildeter Frucht (Hemicephalus) aus seiner Praxis.

Eine 26jährige gesunde Büdnersfrau, bisher stets genau alle 4 Wochen 4tägig menstruirt, seit dem 20. November 1900 verheirathet, hatte ihre Periode zuletzt am 13. Februar 1901 bekommen (wie gewöhnlich) und fühlte Anfangs Juli zuerst Kindsbewegungen. Sie glaubte am 9. November diese ihre erste Entbindung erwarten zu dürfen, bekam auch an diesem Tage Beschwerden im Leib und im Rücken, die sich nach einigen Tagen verloren. In der Nacht zum 25. Januar 1902 ging ihr dann plötzlich viel Fruchtwasser ab und am 27. Jan. gegen Mittag stellten sich zuerst fühlbare Wehen ein. Am selben Abend gegen 10 Uhr gelang es dem Vortragenden nach einstündiger schwerer Arbeit, die querliegende, bereits abgestorbene abnorm grosse und breitschultrige Frucht durch

Wendung und Extraktion zu entwickeln. Das Kind war ein Hemicephalus, auch die Halswirbel fehlten zum Theil, so dass der Kopf tief zwischen den Schultern steckte; ausserdem fehlten an allen Hals- und den 5 obersten Brustwirbeln die Bögen. Die Frucht war 46 cm lang und wog, obwohl sie bei der Geburt enorme Mengen von Kindspech entleert hatte, 24 Stunden nach der Geburt noch 3140 gr. Die Schulterbreite betrug 14, die Hüftbreite 12 cm. Der Knochenkern in der unteren Oberschenkelepiphyse mass 10 : 9 mm im Durchmesser, derjenige in der oberen Schienbeinepiphyse 7 : 6 mm.

Dieser Befund beweist im Verein mit den durchaus glaubwürdigen Angaben der Frau, dass diese Missgeburt ungewöhnlich lange getragen worden ist. Die Schwangerschaft hat aller Vermuthung nach 340 Tage, mindestens aber 324 Tage gedauert.

V. Dr. Mulert-Waren behandelt die Frage der **Anmeldepflicht der approbirten Vertreter der Aerzte beim Kreisphysikus** und im Zusammenhang damit auch die Frage, ob dieselben impfen dürfen. Er bejaht erstere Frage unbedingt und verlangt auch, dass die Impfärzte Anzeige erstatten, falls sie öffentliche Impftermine von einem Vertreter abhalten lassen wollen.

VI. Dr. Reuter-Güstrow erörtert zuletzt die **neueren Methoden der Formalin-Desinfektion** und demonstrirt darauf ihre praktische Ausführung Rapid-Formaldehyd-Desinfektor der Firma Ed. Schneider-Hannover, Grünstasse)[1]) in dem seiner Leitung unterstellten Krankenhause des Landarbeitshauses zu Güstrow. Dr. Viereck-Ludwigslust.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Ueber Sauerampfervergiftung bei Kindern. Von Dr. Konrad Schweizer in Freiburg (Baden). Deutsche Medizinal-Zeitung; 1902, Nr. 70.

Verfasser hat zwei günstig verlaufene Fälle von Vergiftung mit Sauerampfer beobachtet. — Man glaubte bisher fast allgemein, dass für die Giftigkeit derartiger Pflanzen der Kunstdünger verantwortlich sei, mit dem die betreffenden Wiesen beschickt worden waren. Sch. stellt im Gegensatz hiersu die Ansicht auf, dass das diesjährige, nasskalte und sonnenarme Frühjahr in Beziehungen mit der besonderen Giftwirkung des Sauerampfers steht. Thatsächlich habe derselbe dieses Jahr sauerer geschmeckt als sonst, wie ja auch den Landwirthen längst bekannt sei, dass bei Sonnenmangel und kühlem Wetter gewachsenes Gras einen höheren Gehalt an Säure habe.

Die hervorstechendsten Symptome der Vergiftung (Wirkung der Oxal-

---

[1]) Der Schneider'sche sog. „Rapid-Formaldehyd-Desinfektor" beruht auf denselben Prinzipien wie der Flügge'sche. Der Fabrikant hat ihn in jüngster Zeit durch verschiedene Verbesserungen wesentlich vervollkommnet, so dass er als recht brauchbar empfohlen werden kann. Er ist mit einem Mantel umgeben, in der eine Oeffnung angebracht ist, die es ermöglicht, den Spiritusbrenner nach Belieben zu entzünden und auszulöschen. Der aus starkem Kupfer und aus einem Stück gearbeitete Verdampfer ist in der Mitte mit einem überstehendem Ringe versehen, so dass die Spiritusflamme des Brenners nicht über den Mantel des Apparates herausschlagen und dieser demzufolge nach Entzündung der Wärmequelle keiner besonderen Beaufsichtigung bedarf. Er ist zur Aufnahme von 2,4 Kilo Formaldehyd und 7,2 Kilo Wasser eingerichtet, hat also einen wesentlich grösseren Inhalt als die meisten übrigen Apparate und ermöglicht die Desinfektion von Räumen bis zu 300 cbm. Der Apparat kann sowohl ausserhalb, wie innerhalb des zu desinfizirenden Raumes in Thätigkeit gesetzt und die Dauer der Desinfektion bei Verwendung der doppelten Menge Formaldehyd von 7 auf 3½ Stunden verkürzt werden. Auch der verhältnissmässig billige Preis des Apparates (65 Mark) macht seine Anschaffung empfehlenswerth. Red.

säure) waren: Erbrechen, Neigung zu Verstopfung, Stuhl mit Blut überzogen, Isthmus faucium und Pharynx geröthet, Zunge blass, Puls schwach, frequent; Fieber bis 40,8. Die Diagnose war in beiden Fällen anfangs nicht leicht.

Das heftige Erbrechen und die energischen Kalomel-Jalappadosen haben sicherlich einen grossen Antheil an dem günstigen Ausgange beider Fälle gehabt. Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Kaiserschnitt an einer Verstorbenen mit günstigem Erfolg für das Kind. Von Dr. Jungeblodt in Volksmarsen. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1902, Nr. 36.

Am 30. Juli 1902, Abends um 8½ Uhr, starb plötzlich die 31 Jahre alte Frau Sch. in V. (im hiesigem Kreise), welche in etwa 8 Tagen ihre — fünfte — Niederkunft erwartete. Die vier voraufgegangenen Geburten waren gut verlaufen. Auch während dieser Schwangerschaft war die Frau immer gesund. Ueber ihr früheres Befinden ist überhaupt blos bekannt, dass sie im letzten Jahre etwas gehüstelt und vor vier Jahren an einen Ulcus cruris gelitten hat. — Sie hatte am Nachmittag noch im Garten gearbeitet und war mit Krüllen von Bohnen beschäftigt, als sie vom Stuhl sank, die Augen verdrehte, mit den Zähnen klapperte und weiter kein Lebenszeichen von sich gab. Gerade anwesende Leute und eine herbeigerufene, ganz nahe dabei wohnende Hebamme machten Wiederbelebungsversuche und schickten zu dem auch nicht weit entfernt wohnenden Arzt. Auch dieser machte zunächst Wiederbelebungsversuche, und als er sich jedoch von ihrer Erfolglosigkeit überzeugte und Lebenszeichen des Kindes noch wahrnahm, entschloss er sich zur Vornahme des Kaiserschnittes, wozu der Ehemann die Erlaubniss ertheilte. Von dem Augenblick, wo die Frau umsank bis zu dem, wo das Kind hrrausbefördert wurde, waren mindestens 17 Minuten vergangen. Das Kind war tief asphyktisch, erholte sich aber nach etwa 20 Minuten lang fortgesetzten Wiederbelebungsbemühungen; es lebt heute — Mitte September — noch und ist gesund. — Leider konnte die Todesursache der Frau nicht festgestellt werden, da der Ehemann die Sektion verweigerte. Durch den Fall wird nach Ansicht des Verfassers die bekannte Beobachtung von Neuem bestätigt, dass die plötzlichen, schnellen Todesfälle solcher Schwangeren die beste Prognose für das Kind ergeben, während beim Tod der Mutter nach schweren Krankheiten, wie nach Cholera, Typhus, Scharlach u. s. w. weniger Hoffnung auf Erhaltung des Kindes vorhanden ist. In ersteren Fällen solll man nicht unterlassen, den Kaiserschnitt vorzuschlagen und auszuführen; es haben deshalb die Gesetzesbestimmungen, welche eine Rettung des Kindes dadurch verlangen, ihre volle Berechtigung. Jungeblodt meint aber ganz richtig, da sich nicht jeder Fall für die Operation eigne, so solle es dem Ermessen des Arztes nach der jedesmaligen Sachlage überlassen bleiben, ob der Kaiserschnitt auszuführen sei oder nicht. — Im ehemaligen Kurhessen besteht nämlich eine noch heute giltige Vorschrift der Kurhessischen Medizinal-Ordnung vom 10. Juli 1830, die folgendermassen lautet (§. 154): „Stirbt eine nach dem sechsten Monat Schwangere, so hat der Geburtshelfer, nachdem er sich von dem wirklichen Tode überzeugt hat, die künstliche Entbindung durch den Kaiserschnitt zur Rettung des Kindes ungesäumt vorzunehmen. Von einer etwa entgegenstehenden Weigerung der Angehörigen der Verstorbenen ist sofort die Polizeibehörde in Kenntniss zu setzen.“ — Der letztere Zusatz dürfte, wenn dadurch etwa die Ausführung des Kaiserschnitts erzwungen werden sollte, überflüssig sein. Aber auch sonst hat, soweit dem Referenten bekannt ist, die Medizinalbehörde einem Arzt, der in solchem Falle den Kaiserschnitt nicht machte, einen Vorwurf daraus nicht gemacht. Jedenfalls empfiehlt es sich, dass sich der Arzt in jedem Falle vorher von dem Tod der Kreissenden überzeugt, etwa durch einen tiefen Einschnitt, oder Eröffnung einer Arterie, um sich zu überzeugen, dass kein arterielles Blut mehr ausfliesst. Dr. Zülch in Wolfhagen.

Ein Fall von Menstruatio praecox. Von Dr. Otto Stoemer in Plattling. Münchener med. Wochenschrift; 1902, Nr. 27.

Verfasser fügt den 64 in der Literatur bekannten Fällen von Menstruatio praecox einen neuen von ihm beobachteten Fall hinzu.

Marie W. kam als sehr grosses schweres Kind zur Welt. Schon mit

1/2 Jahre fiel sie durch starke Entwickelung der Brüste auf, bekam mit vollendetem 1. Lebensjahre die ersten Zähne und begann 6 Wochen später zu laufen. Als sie 1 1/2 Jahre alt war, stellte sich, nachdem einige Zeit vorher mehrtägiger milchweisser Fluss vorausgegangen war, ohne irgend welche Zeichen des Unbehagens die erste Genitalblutung ein, welche zwar schwach, aber deutlich roth war, ein paar Tage dauerte und sich von da an ohne Störung des Allgemeinbefindens regelmässig alle 4 Wochen unter starkem Wachsthum des Körpers wiederholte. Mit 4 Jahren wog das Mädchen bereits 42 Pfund. Von Ende des 5. Lebensjahres an trat die Menstruation nur mehr alle 6—8 Wochen auf, dunkelroth 3—4 Tage lang.

Als Verfasser das Mädchen nach eben vollendetem 6. Lebensjahre zum ersten Male sah, fand er ein gesundes, grosses und kräftig aussehendes Kind; stark O-förmig gekrümmte Beine deuteten auf überstandene Rachitis hin. Die Brüste sprangen deutlich halbkugelig hervor; auf den stark gewulsteten, grossen Schamlippen fanden sich spärliche, dunkle, ziemlich lange Haare; die Achselhöhle war frei von Haarwuchs. In dem auffallend grossen Unterleib konnte Verfasser ausser dicken Bauchdecken keinerlei pathologische Veränderung nachweisen; der Appetit war gut, Stuhl regelmässig, Harnbeschwerden wurden negirt. Innerlich wurde aus äusseren Umständen das Kind nicht untersucht.

Mit Beginn des 9. Lebensjahres hörten die Menses, nachdem sie zuletzt nur mehr in acht wöchentlichen Pausen gekommen waren, plötzlich auf, ohne dass irgend eine Störung, Krankheit oder sonstige äussere Veranlassung vorausgegangen wäre. Um diese Zeit liess das auffallende Wachsthum nach und die Brüste verkleinerten sich wieder, so dass das Kind im Alter von 9 1/2 Jahren wieder vollkommen seinem Alter entsprechend beschaffen war und aussah. Geistig war das Kind ziemlich geweckt und talentirt, nur etwas faul.

Masturbation kam nicht vor.

Dieser Fall zeigt beim Vergleich mit den übrigen die merkwürdige Abweichung, dass die Menses, nachdem sie zu Beginn des 6. Lebensjahres seltener geworden, zu Ende des 8. Lebensjahres ganz sistirten, ohne dass Klimawechsel, Chlorose oder eine sonstige Gesundheitsstörung dafür verantwortlich gemacht werden konnte. Ob diese Erscheinung durch eine Affektion der inneren Genitalien — vielleicht im Anschluss an einen Darmkatarrh unter Vermittelung des Bact. coli — und deren Reizung zur Kongestion und Ovulation bezw. Menstruation zu Stande kam oder ob durch Rhachitis der Anstoss zur Frühreife des Genitalapparates gegeben wurde, oder ob vielleicht eine Vererbung geschlechtlicher Produktivität eine ursächliche Rolle spielte, liess sich nicht feststellen.

Verfasser erwähnt dann noch, dass unter den 6 Fällen von Menstruatio praecox, welche zur Sektion gekommen sind, 5 Mal Geschwülste der inneren Genitalien gefunden wurden: Eierstockssarkom, tuberkulöse Eierstocksgeschwulst mit Eiterhöhlen, doppeltseitige Eierstockszysten, Uterusfibromyom und Tuberkel in beiden Eierstöcken bei allgemeiner Tuberkulose. In einem (6.) Falle lag Hydrocephalus vor, wobei sich an den Genitalien nichts Krankhaftes vorfand, nur waren Uterus und Ovarien so gross, wie bei Erwachsenen. Es ist naheliegend hier das Wachsthum dieser Theile auf zentrale Beeinflussung zurückzuführen, da in der Literatur noch 2 analoge Fälle bekannt sind, nämlich ein weiterer Hydrocephalus und eine Apoplexie durch Kopfverletzung; auch 2 Fälle von Eklampsie wären hierher zu rechnen. Von sonstigen Krankheiten werden erwähnt: 4 Mal Rhachitis, 2 Mal Tuberkulose (ausser den zur Sektion gekommenen 2 Fällen) und ein Mal Ascitis (vielleicht mit Genitalaffektion). In 2 Fällen wird über Masturbation berichtet und in 4 Fällen musste an eine Vererbung geschlechtlicher Individualität gedacht werden.

Ueberhaupt ist mit Rücksicht darauf, dass die Menstruatio praecox weitaus am häufigsten in den beiden ersten Lebensjahren, 3 Mal sogar schon unmittelbar nach der Geburt auftrat, die Annahme nicht von der Hand zu weisen, dass auch schon eine Anlage im Ei bestehen kann, welche einen partiellen Riesenwuchs zur Folge hat. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber traumatische Herzklappen- und Aortenzerreissung. Von Prof. Dr. M. B. Schmidt, I. Assistenten des pathologischen Instituts zu Strassburg. Münchener med. Wochenschrift; 1902, Nr. 38.

Es fehlte bisher an Fällen, in denen bald nach einem evidenten Trauma

eine unzweifelhafte Ruptur in unkomplizirtem Zustande (bezw. mit Ausschluss einer vorher bestehenden Endokarditis) anatomisch demonstrirt werden konnte.

Verfasser führt nun einen Fall an, welcher diesen Anforderungen gerecht wird:

Das von ihm beschriebene Präparat stammt von einem 85jährigen Manne (A. K., sezirt am 13. April 1901), welcher bei Nacht aus dem Klosetfenster (des 1. oder 2. Stockes?) herabgestürzt und 2 Stunden später unter demselben im Hofe todt aufgefunden wurde. Ob der Tod sofort nach dem Falle eingetreten war, konnte nicht festgestellt werden; der Sektionsbefund spricht dafür, da das gesammte Blut flüssig war und die geringe Fettembolie der Lungen nicht dagegen spricht, weil sich dieselbe, wie vielfältige Erfahrungen lehren, momentan ausbilden kann. Offenbar fiel das Individuum auf die linke Körper- bezw. Thoraxseite auf; denn Verfasser fand Frakturen an 10 linksseitigen Rippen 2—3 cm neben dem Köpfchen mit Verletzung der Pleura durch ein Fragment und mässigen Bluterguss (300 ccm) in die Brusthöhle, Hautschürfungen am linken Ellenbogen, Querfraktur des linken Humerus dicht über dem Gelenke, mehrfache Rupturen in der Milz und zwei an der Vorderfläche des linken Leberlappens, Zerreissung der linken Art. renalis und subperitonealen Bluterguss um dieselbe. Ausserdem bestand eine Querfraktur des 3. Brustwirbels mit leichter kyphotischer Krümmung. Die hintere Aortenklappe trug einen ihre ganze Dicke durchsetzenden winklig geknickten Riss, die Spitze des Winkels nach rechts gekehrt und etwas unterhalb des Schliessungsrandes liegend, der obere Schenkel endete dicht unter dem Nodulus Arantii, der untere an der Ansatzstelle der Klappe; so war ein dreieckiges Läppchen gebildet, an dessen Basis man an der dem Sinus Valsalvae zugekehrten Fläche eine kleine kalkige Härte fühlte; jedoch war die letztere nicht gebrochen. Der Riss lief durch veränderte Klappensubstanz, seine Ränder waren fetzig, leicht blutiggefärbt; auch in der linken Klappe war eine kleine Kalkeinlagerung in der Hinterfläche, aber nichts von endokarditischen Effloreszenzen oder von Schrumpfungen bemerkbar. Ausserdem fand sich an der unteren Fläche des vorderen Mitralsegels ein 2 mm langer Einriss mit blutiger Färbung in der nächsten Umgebung und zwar lag derselbe genau über dem Ansatz einer Chorda tendinea zweiter Ordnung, welche etwas entfernt vom freien Rand an der Fläche inserirt. Im Uebrigen waren die Mitralis und ihre Sehnenfäden ebenso wie die rechtsseitigen Klappen unverändert, das Herz etwas atrophisch, das Myokard frei von Degenerationen."

Bezüglich des Mechanismus dieser Klappenzerreissung hält Verfasser weniger die Verstärkung der Herzaktion für massgebend, als den mechanischen Druck des Aortenblutes, welcher die arterielle Klappe sprengte und zwar im Zustande ihrer stärksten Dehnung, also unmittelbar nach Beginn der Diastole, während die Aortenklappen geschlossen und die Aorta thoracica maximal gefüllt waren. Das hauptsächlich wirksame Moment dabei wird der Erschütterung der Blutsäule zuzuschreiben sein, da ein prall mit Flüssigkeit gefülltes Rohr bei starker Erschütterung und beim Auffallen bersten kann, ohne dass von zwei Seiten ein Druck einwirkt.

Schwieriger ist die Erklärung der gleichzeitigen Ruptur an Semilunar- und Mitralklappe. Verfasser fasst den Einriss in dem Mitralsegel als Konsequenz der Aortenklappenruptur auf: Nach Eintritt der letzteren hat der plötzliche Rückstrom des Aortenblutes durch die Rissöffnung in den hinteren Ventrikel die offene Mitralis gewaltsam emporgeworfen und dabei die partielle Ablösung von ihrem Haftpfeiler, der Chorda tendinea, bewirkt. Schliesslich weist Verfasser noch auf die multiplen Einrisse in der Aorta hin welche, mit fetzigen Rändern versehen, sicherlich ebenfalls als Wirkung des Traumas anzusehen sind: 3 finden sich untereinander an der rechten Wand der Aorta thoracica descendens, schräg emporsteigend, 1,5—3 cm lang, der vierte querverlaufende gehörte der Aorta abdominalis, 4 cm über ihrer Bifurkation an; an seinem unteren Rand war eine grössere Kalkplatte vorhanden, die 3 oberen lagen ausserhalb der fibrösen und zum Theil verkalkten Verdickungen, welche in grösserer Zahl die Intima einnahmen. Mit Ausnahme des dritten, welcher nur bis in die Media führte, durchtrennten diese Spalten die Gefässwand bis auf die Adventitia; ihre Ränder waren überall mehr oder weniger weit abgeschält. Dieser Befund ist wichtig im Hinblick auf die fragliche Entstehung der dissezirenden Aneurysmen nach Trauma. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber Alkoholismus und Kriminalität. Von Landrichter F. Oertel in Dresden. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie; 59. Band.

Verfasser behandelt in dem Aufsatze 4034 vor die Anklagekammer des Landgerichtsbezirks Dresden im Jahre 1900 gekommene Fälle. Von diesen erwiesen sich 767 = 16 Prozent, verübt von 989 Personen, als alkoholischer Natur insofern, als sich mit absoluter Sicherheit nachweisen liess, dass der Thäter bei Verübung der That entweder betrunken war, oder noch unter der Nachwirkung eines Rausches stand, oder gar zu den Gewohnheitstrinkern gehörte. 19 von den erwähnten Personen waren weibliche. Wegen Eigenthumsvergehen und -Verbrechen, zu denen in der Regel ein ganz klarer und nüchterner Kopf gehört, ist in 767 Fällen das Hauptverfahren nur 68 Mal eröffnet worden, wegen Rohheitsdelikten hingegen 1701 Mal. 24 Prozent aller Rohheitsvergehen sind alkoholistischer Natur. Fast die Hälfte der in Frage kommenden Personen hatte sich wegen groben Unfugs und ruhestörenden Lärmens nach §. 360 Ziffer 11 des Strafgesetzbuchs zu verantworten. Der typische Verlauf dieser Strafhandlungen ist der, dass der Thäter auf der Strasse lärmt, tobt und singt, dadurch die Polizeiorgane anlockt und nunmehr, wenn diese gegen ihn einschreiten wollen, seine ganze Wuth an ihnen auslässt, sie beschimpft und beleidigt, womöglich auch noch thätlich angreift und verletzt, seiner schliesslichen Abführung den stärksten Widerstand entgegensetzt und endlich, nach Nummersicher gebracht, alles demolirt, was ihm in erreichbare Nähe und unter seine Hände kommt. Daher auch die verhältnissmässig grosse Anzahl von Fällen, welche sich als Widerstand gegen die Staatsgewalt — 310 Mal — und als Beamtenbeleidigung — auch 310 Mal — charakterisiren.

Dass der Hausfriedensbruch nicht so häufig und nur in 205 Fällen erscheint, hat darin seinen Grund, dass er nur ein Antragsvergehen ist. Begangen wird er namentlich in Gastwirthschaften unzählige Male, aber die Gastwirthe haben ihren Grund dazu, zu schweigen und von einem Strafantrag abzusehen. „Wenn der von mir bestraft wird, dann bleibt mir der ganze Stammtisch weg," erklärte ein Gastwirth dem Verfasser.

Auch wegen der häufigen Sachbeschädigung durch Betrunkene ist es verhältnissmässig selten (nur 47 Mal) zur Strafverfolgung gekommen, weil der Verletzte in der Regel Ersatz erhält und hiernach kein Interesse mehr an der Bestrafung des Thäters hat.

Ganz ähnlich steht es mit den von Berauschten und Angeheiterten verübten Sittlichkeitsdelikten (nur 54 Mal). Die Angegriffenen und Verletzten sind zumeist Frauen und Kinder, welche aus erklärlichen Gründen von einer Anzeige absehen.

Die geringe Betheiligung der Gewohnheitstrinker, die ja in der Regel über eine gewisse „Direktion" verfügen, gegenüber der grossen Betheiligung der Betrunkenen trat ganz besonders scharf hervor.

In ganz ähnlicher Art, wie überall, haben sich denn auch in Dresden die Strafthaten auf die einzelnen Wochentage vertheilt. Wenn man mit dem Montag beginnt, der vielfach „blau" gemacht wird und mit einer hohen Zahl einsetzt, so findet eine stetige Abnahme statt bis Freitag; das ist derTiefstand der Kriminalität. Der Sonnabend erreicht in der Regel fast die Höhe des Montags und am Sonntag schnellen die verübten Strafthaten zu ihrem Höchststande empor. Auf Grund solcher Resultate bezeichnet der Verfasser die ausgedehnte Sonntagsruhe, wie sie jetzt gesetzlich festgelegt ist, als ein recht zweifelhaftes und als ein Danaergeschenk.

Diese „Normalwoche" der Trinker stellt Verfasser graphisch dar. Besonders interessant ist aber Oertel's Jahreskurve, weil 1900 für Dresden ein Jahr der Feste war. Man kann auf ihr verfolgen den Einfluss der Bauausstellung mit ihrem Vergnügungseck, des deutschen Bundesschiessens und last not least auch der Vogelwiese.

Dem Alter nach standen 25 Prozent aller bestraften Trinker in dem Alter zwischen 21 und 25 Jahren; aber schon die 16- bis 20jährigen stellen ein Kontingent von 14 Prozent. Fast 40 Prozent sind verheirathet gewesen.

Die fremden Nationalitäten betreffend, fällt auf, dass die Italiener trotz ihrer grossen in Sachsen beschäftigten Zahl, nur mit 5 (weniger durch Alkohol, als durch das leicht erregbare Naturell zu erklären) Strafthaten vertreten waren, was durchaus ihrer Nüchternheit und Sparsamkeit entspricht. Ihnen gegenüber standen 14 Bayern, 78 Oesterreicher und 276 Preussen.

Von den 970 männlichen Personen gehörten nur 131 nicht dem Arbeiter- und Handwerkerstande an, darunter 60 Kaufleute und 23 Vertreter des Gastwirth- und Brauereigewerbes, 11 Künstler, 10 Beamte, 8 höhere Techniker, 6 Bauunternehmer und 9 akademisch Gebildete. Verfasser hält es für ganz zweifellos, dass in Universitätsstädten sich die Statistik zu Ungunsten der akademischen Berufe verschieben würde.

Derartigen, bisher nur vereinzelt angestellten Ermittelungen muss ein beträchtlicher Werth beigemessen werden, wenn sie auch niemals den vollen Umfang der durch den Alkoholismus verursachten Kriminalität an's Licht zu bringen vermögen. Dr. Kornalewski-Querfurt.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Anwendungskreis und Resultate der neuen, von mir modifizirten Pappenheim'schen Färbungsmethode (Methylgrün und Pyronin-Methode). Von P. G. Unna. Deutsche Medizinal-Zeitung; 1902, Nr. 69.

Die von Pappenheim angegebene und von Unna modifizirte Färbemethode (Methylgrün und Pyronin) charakterisirt nicht nur scharf das Protoplasma und den Kern der Lymphozyten, sondern sie trennt auch tinktoriell scharf das Kernchromatin und das Granoplasma; die Stärke der Methode liegt also im Farbenkontrast im kleinsten Raume. Dieser Farbenkontrast hat neben der optischen aber auch eine diagnostische Bedeutung, nämlich wenn es sich nicht mehr um ganze Zellen, sondern um Zellabkömmlinge und von Zellen losgelöste Zellenbestandtheile handelt, wenn die Frage beantwortet werden soll: Zellleib- oder Kernabkömmling?

Sodann ist die neue Methode geeignet zur Differenzirung zwischen Kernchromatin und schwer färbbaren Bazillen, z. B. dem Streptobacillus des weichen Schankers.

Und endlich ist die neue Färbungsweise im Stande, Kernchromatin und Kokken in dichtester Durchsetzung zu trennen, wobei sich zeigt, dass die echten Eiterkokken als eine in sich geschlossene Kultur den Eiter durchdringen und von einem Hofe von Leukozyten umgeben werden, deren Kerne sich nicht färben, während die Zellleiber blau gefärbt werden.

Auch zur Färbung von Gonokokken-Eiter eignet sich die Methylgrün- und Pyronin-Mischung, wie sie auch berufen erscheint, eine Rolle zu spielen in der Entwicklungsgeschichte und Pathologie der Kernkörperchen und des Keratohyalins.

Die Zusammensetzung der bei Grübler & Co. in Leipzig vorräthigen Mischung ist übrigens: Methylgrün 0,15, Pyronin 0,25, Alkohol 2,5, Glyzerin 20,0, ½ % Karbolwasser ad 100,0. Dr. Hoffmann-Elberfeld.

Physiologische Wirkung des Erdbeerenextraktes. Wirkung auf Blutdruck, auf Blutgerinnung und agglutinirende Wirkung. Von E. Gley. C. R. Soc. biol.; 1902, Nr. 25, 18. Juli.

Es ist seit langer Zeit bekannt, dass Substanzen aus der Gruppe der Propeptone, die lymphagog sind, gerinnungshemmende Wirkungen haben, die Sekretionen anregen, bei besonders dazu disponirten Personen auch nach Aufnahme kleiner Mengen Urticaria[1]) bedingen.

Für die Erdbeeren sind die lymphagogen Eigenschaften des Extraktes von A. Clopatt 1900 nachgewiesen worden. Intravenöse Injektion eines wässerigen Erdbeerenextraktes erzeugt beim Hunde Vermehrung der Lymphe des Ductus thoracicus. Die Erdbeeren enthalten demnach eine lymphagoge Substanz.

Der Verfasser hat die Versuche Clopatt's fortgesetzt.

Er injizirte einem Hunde von 10—12 kg 10—20 ccm einer 1 proz. Lösung des Extraktes. Der Blutdruck sank von 20 cm Hg in der Carotis auf 4 bis 5 cm. Es tritt nach Erdbeerextrakt (wie nach Peptoninjektionen) eine kurze Phase allgemeiner Narkose ein. Die Systole nimmt an Stärke ab, die Herzthätigkeit wird verlangsamt. Allmählich steigt der Druck wieder an.

---

[1]) Vergl. auch zu den Nebenwirkungen des Erdbeergenusses bei manchen Menschen: L. Lewin, Nebenwirkungen der Arzneimittel; 3. Aufl., S. 5.

Das Blut nimmt an Gerinnungsfähigkeit ab. Die Verzögerung beträgt 15 Minuten bis 1—2 Stunden. Das Plasma trennt sich sehr rasch von den Blutkörperchen; bald aber gerinnt es unabhängig von der Masse derselben.

In vitro tritt nach Zusatz von 2 ccm einer 10 proz. Erdbeerenextraktlösung zu 5 ccm Blut vom Hunde eine Ungerinnbarkeit ein, die 24 Stunden und mehr dauert.

Beim Kaninchen, das bekanntlich auch gegen käufliches Pepton refraktär ist, treten diese Wirkungen nicht ein.

Wässeriges Extrakt agglutinirt die Blutkörperchen des Hundes, Kaninchens und Meerschweinchens, am raschesten die vom Hunde. Die Wirkung zeigt sich ebenso deutlich bei den vorher ausgewaschenen Blutkörperchen, als beim Gesammtblute.

Da das Erdbeerenextrakt viel Zucker enthält und reich an Salzen ist, diese Beimengungen aber möglicherweise die Agglutination bedingen konnten, so mussten diese Bestandtheile durch Dialyse entfernt werden. Auch das so erhaltene Produkt wirkte in gleicher Deutlichkeit agglutinirend. Das Extrakt der Erdbeeren wirkt demnach lymphagog, setzt den Blutdruck herab, hemmt die Gerinnungsfähigkeit des Blutes und enthält ein Agglutinin.

Dr. Mayer-Simmern.

Eine Typhusepidemie in Hamar. (Ref. aus Tidsskrift for den norske Lageforening. Kristiania 1901). Public Health; S. 403.

Typhus abdominalis war in früheren Jahren in Hamar so lange die hygienischen Verhältnisse ungünstig waren, recht häufig. Der Ort liegt an einem See, dessen Wasser als Trinkwasser diente, obwohl die Gebrauchswässer der Stadt, die ganze Abfuhr in denselben See geleitet wurden. Mit Anlegung einer Wasserleitung und Besserung der Abfuhreinrichtungen verschwand der Typhus; nach 1881 traten nur geringe Fälle auf. 1896 wurde auf mehrere Jahre hinaus der letzte Fall beobachtet.

Im Juni 1900 trat nun plötzlich eine Epidemie auf, an der 53 Personen erkrankten. Hiervon hatten 42 von der Milch aus einem bestimmten Milchladen getrunken, 6 erkrankten durch Kontaktinfektion. Die Frau des Milchhändlers war zuerst erkrankt. Die Milch selbst stammte von Gütern, auf denen Erkrankungen nicht vorgekommen waren. Das Gehöft des Milchhändlers, dessen Frau trotz ihrer Erkrankung in den ersten Tagen noch im Laden beim Verkaufe mit thätig war, bestand aus alten, verfallenen Holzgebäuden und Ställen, mit vielen Winkeln und Ecken, wo Müll und Abfuhr Jahre lang gelegen hatte. Hier war Typhus in früheren Jahren steter Gast. Die Reinlichkeit war ausserordentlich gering. Im Mai 1900 wurde nun im Hofe eine alte Pfütze, die man Jahre lang unbeanstandet hatte liegen lassen, gereinigt. Der Inhalt wurde nicht wegtransportirt, sondern bis zum Juni im Kehrichtkasten belassen, der den Hausbewohnern zum Gebrauche diente. Im Juni brach die Epidemie aus

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber sporadische Typhusfälle. Von Mac Martin Cameron. Ann. Rep. 1901. Ibidem; 1902, S. 472.

Während Typhusepidemien mit leidlicher oder grösserer Sicherheit auf bestimmte Ursachen zurückgeführt werden können, ist die Erklärung schwieriger für das Auftreten jener zerstreuten, hier und dort plötzlich auftauchenden sporadischen Fälle. Man sucht die Ursache meistens in der Wasserleitung oder in Störungen der Abfuhr. Während man sich aber abmüht, an den Abflussröhren Missstände zu entdecken, darf man nicht vergessen, dass die Krankheit einen lokalen Ursprung nicht zu haben braucht, anderswo entstanden und mit einer Sodaflasche oder auf hunderterlei andere Weise eingeschleppt sein kann.

Besonderes Gewicht ist auf die vorbeugenden Massnahmen zu legen, damit der einzelne Fall vereinzelt bleibt und zu Epidemien keinen Anlass giebt.

Dr. Mayer-Simmern.

Die Aetiologie des Typhoid. Von Dr. Thomas Cherry, Lektor der Bakteriologie der Universität Melbourne. Ibidem; Augustheft, S. 632.

Kontaktinfektion bei Abdominaltyphus ist nach den Angaben des

Autors selten; in der Regel könne der Patient ohne Gefahr für dem Pfleger gepflegt und behandelt werden. Für direkte Ansteckung Gesunder durch Kranke liegen wenig Beweise vor.

Können wir nach den Arbeiten von Borntträger[1]), Salomon[2]), Frosch[3]) mit diesen Ansichten nicht mehr einverstanden sein, so werden wir andere Leitsätze dagegen unterschreiben können: Milde Fälle von Fieber können Anfälle von Typhus sein und die Ansteckung verbreiten. Der Typhus kann einer Mischinfektion seine Entstehung verdanken. In heissen Ländern sind für eine Reihe von Fällen sowohl Staub, als Fliegen für die Weiterverbreitung verantwortlich zu machen. Dr. Mayer-Simmern.

Antheil des Grundwassers an der Typhusverbreitung. Von Edgar D. Wellburn, medical officer of health for Sowerby Brigde. Ibidem; S. 634.

Mit vollem Recht betont der Verfasser, wie nöthig dem Medizinalbeamten eine genaue Kenntniss der geologischen Verhältnisse seines Bezirkes ist. Nur der erfahrene Geologe kann eine genaue Kenntniss von der Natur des Gesteins, das unter der Oberfläche liegt, haben, sowie von der Beschaffenheit, Wasserdurchlässigkeit, Neigung der einzelnen Schichten. Wer es versteht, aus der Oberflächengestaltung, wie sie beim Bau von Tunnels, von Chausseen, in Steinbrüchen zu Tage tritt, die richtigen Schlüsse zu ziehen, der wird einen rechten Einblick in die tieferen Schichten haben. Der Hygieniker muss weiterhin die Tiefe und Stromrichtung des Grundwassers und die Porosität der einzelnen Schichten zu erforschen suchen.

Liegt das Grundwasser dicht an der Oberfläche, so sind bei etwaiger Infektion desselben durch Typhuskeime von einem undichten Abort her auch die Wasserläufe gefährdet. Tiefer gelegene Brunnen und Quellen können von solchem Grundwasser, wenn es weniger als 6 Fuss unter der Oberfläche liegt, geschädigt werden. Je tiefer es hinabreicht, um so spärlicher ist das Nährmaterial für Keime im Boden, da die Bazillen unter den günstigsten Umständen sich nicht tiefer als sehr wenige Fuss unter der Oberfläche finden.

Der Autor ist übrigens noch der Ansicht, dass eine mit Typhuskeimen beladene Luft durch das Wasser in die höheren Bodenschichten geführt werden kann und durch diese in die Wohnungen zu gelangen vermag.

Dr. Mayer-Simmern.

Zur Widal'schen Reaktion bei Abdominaltyphus. Von P. J. Cammidge, Grafschaftsbakteriologen. West Riding of York. Vortrag vor der Yorkshire Abtheilung des Medizinalbemten-Vereins am 11. Juli 1902 Ibidem; S. 639.

Der Verfasser giebt eine recht eingehende Darstellung der Entwicklung der Widal'schen Reaktion. Er unterschreibt die These, die 1901 von D. Honston in der Versammlung des British med. association aufgestellt worden ist: „Der Arzt, der auf die Dauer auf die Vortheile der Anwendung der Widal'schen Probe verzichtet, insbesondere in zweifelhaften Fällen, erfüllt dem Patienten und dem öffentlichen Wohl gegenüber nicht seine ganze Pflicht."

In 8 Monaten wurde in dem Laboratorium des Autors 177 mal die Serumprobe gemacht. Bei 105 Fällen wurde die Diagnose „Typhus" festgestellt. Durch Rundschreiben erkundigte sich der Verfasser allmonatlich bei den Aerzten nach dem weiteren Verlauf der Fälle, bei denen 3 Monate vorher die Widal'sche Reaktion ausgeführt worden war. Es ergab sich aus 96 Antworten die Richtigkeit obiger Diagnose, die jedesmal dann gestellt worden war, wenn unter dem Mikroskop in einer Verdünnung 1 : 20 und 1 : 40 Zusammenballen der Typhusbazillen beobachtet wurde. Trat Agglutination nur in einer Verdünnung 1 : 20 ein, so wurde die Diagnose auf „wahrscheinlich Typhus" gestellt. Von 12 dieser zweifelhaften Fälle erwiesen sich nachträglich 9 als Typhus. Von 60, bei denen die Probe negativ war, waren immerhin 6 Fälle dennoch Typhus.

---

[1]—[3]) Siehe Zeitschrift für Medizinalbeamte 1902; S. 198, 434, 577.

Der Verfasser bespricht die Fehlerquellen und Fehldeutungen in ähnlichem Sinne, wie die deutschen Autoren.[1]) Dr. Mayer-Simmern.

Eine lokalisirte Typhusepidemie, veranlasst durch Milchversorgung. Von W. Williams, Med. off. of health for Glamorganshire; Ibidem, S. 650.

Die Schilderung ist schon aus dem Grunde interessant, weil der Fall bereits praktisch die Forderung erfüllt, die Ascher in seinem jüngsten Aufsatze: „Die Verbreitung des Typhus durch Milch" (Vierteljahrsschr. f. ger. Med.; 1902, Juliheft, S. 132) in Bezug auf die Unterstützung des Kreisarztes durch geeignete Hülfskräfte „bei der täglichen Kleinarbeit" angestellt hat. Ascher hat auf die Inspektors of nuisance hingewiesen.

Auf die erste Anzeige des Auftretens von Typhus in einem Gute, das das Industriestädtchen Clydach mit Milch versah, ging der Sanitätsinspektor auf den Rath des Medizinalbeamten zur Farm hinaus, besuchte alle infizirten Räume, gab Weisungen in Bezug auf Desinfektion der Abgänge, Kochen der Milch und des Wassers. Dem Milchhändler wurde es danach ermöglicht, seinen Betrieb weiterzuführen, dass man ihm gestattete, seine Kühe auf der Weide zu lassen, dass man aber verlangte, dass die Melker und die Milchverkäufer das infizirte Gut nicht betreten durften.

Eine Milchepidemie von Typhus (zur Beleuchtung der Dauer der Ansteckungsfähigkeit). Von James Jamieson, Health officer for the City of Melbourne; Iibdem S. 655.

Im ganzen Distrikt bei einer Bevölkerung von 67 000 Einw. waren vom 6. Dezember 1900 bis 21. März 1901 an Typhusmeldungen eingegangen: 9 aus einer bestimmten Farm, 16 aus Häusern, die ihre Milch von dieser Farm in frischem Zustande erhalten hatten.

Der Autor schätzt die Dauer der Inkubation auf 14 Tage. Dem Patienten, von dem die Infektion ausging, war untersagt worden, 3 Monate nach seiner Entlassung aus dem Hospital seine Arbeit auf der Farm wieder aufzunehmen. Das australische Gesetz erlaubt allerdings nur einen maximalen Zeitraum von 3 Monaten für die Isolirung. Da man aber nicht genau den Beginn der Erkrankung angeben konnte, so liess sich auch diese Auslegung des Gesetzes, obwohl sie wirklich im Viktorian Health Akt eine Unterlage nicht findet, begründen. Dr. Mayer-Simmern.

Der Einfluss der Krankenhausisolirung auf den Scharlach. Von Dr. Kaye. Public Health; Maiheft 1902.

Im Anschluss an den Vortrag von Dr. C. Killick Millard, über den wir im Vorjahre[2]) ein Referat gebracht haben, hat Dr. Kaye es übernommen, die Zahlen, auf welche Millard seine Schlüsse aufbaute, nachzuprüfen. Er hat auch weitere Zahlen gesammelt und kommt zu dem Schlusse:

1. Die Berichte einzelner Städte aus früheren Jahren dürfen wir nur mit Vorsicht bei der Erörterung der Frage der Zweckmässigkeit der Krankenhausisolirung beim Scharlach benutzen.

2. Wir besitzen nicht statistische Daten genug, die es uns gestatten, mehrere Gruppen von Städten auf eine Reihe von Jahren hinaus unter dem Gesichtspunkte der Hospitalisolirung miteinander zu vergleichen.

Es bleibt uns daher nichts übrig, als ein und dieselbe Stadt, die einmal isolirt hat, zu anderer Zeit Isolirung nicht durchgeführt hat, mit sich selbst zu vergleichen.

Der Herausgeber des „Public Health" steht ebenfalls auf Seiten der Gegner Millard's. Er erkennt an, dass dessen Zahlen mühsam gewonnen sind, hält aber seine Resultate: 1. Die Isolirung des Scharlachs durch Krankenhäuser ist auf die Stärke der Epidemien und auf die Mortalität der Erkankung nicht von Einfluss gewesen; 2. Die Mortalität ist besonders in den Städten gesunken, die keine Isolirung angewandt haben — nicht für bewiesen.

Sein Gedankengang ist etwa folgender:

---

[1]) Vergl. z. B. Wiedenmann: die hämatologische Diagnose des Unterleibstyphus. D. mil. ärztl. Zeitschr. 1901.

[2]) Der Einfluss der Hospitalisolirung auf den Scharlach. Zeitschrift für Med.-Beamte 1901; S. 649.

Millard vergleicht Städte mit einander, die dem Eindringen von Infektionskrankheiten in verschiedenem Grade ausgesetzt sind. Ferner: Nicht zusammengehörige Städte mit schwankender Höhe der Hospitalisolirung, die jedes Jahr verschieden ist, die zudem in jeder Stadt von Jahr zu Jahr schwankt, werden in eine Gruppe gehäuft, als ob sie ein homogenes Ganze bildeten. Es kann vorkommen, dass eine Stadt 3 Epidemien von Scharlach in dem in Betracht kommenden Zeitraum durchgemacht hat, während andere Städte der Gruppe nur von 2 betroffen waren, trotzdem werden sie von Millard zu einer Gruppe zusammengestellt. Ausserdem kann eine Stadt, in der 60 % der Kranken im Hospital isolirt werden, dann eine weniger wirksame Isolirung haben, als eine solche, in der nur 40 % der Fälle ins Krankenhaus kommen, wenn die Isolirung eine langsame, unpünktliche ist und die Kranken warten müssen, bis sie mit der Isolirung an die Reihe kommen.

Schliesslich muss betont werden, dass die Isolirung im Hospital nur eine der prophylaktischen Massnahmen gegen die Verbreitung des Scharlachfiebers ist. Sind nun die anderen mangelhaft, so darf man die Schuld an einem Misserfolg nicht gerade dieser einen zuschreiben. Man muss Rücksicht nehmen auf die Güte der desinfizirenden Massregeln, muss sich fragen: „Wie wurden zu Hause die Kranken isolirt?“ Wie wurden die betroffenen Haushaltungen gesundheitlich beaufsichtigt? Mit der Statistik können wir der Frage: Krankenhausisolirung bei Scharlach oder nicht? einstweilen nicht beikommen. Scharlach ist eine Krankheit, die nicht auf lokalen Missständen beruht, nicht durch Impfung bekämpft werden kann. Die Isolirung im Haushalt der Kranken ist in den meisten Fällen unausführbar. Würde man nun den Werth der Krankenhausisolirung leugnen, so hat man ausser der Desinfektion nichts, was an ihre Stelle gesetzt werden könnte. Da aber die Gesundheitsbeamten eine positive, aufbauende Politik zu befolgen haben, nicht eine negirende Position festhalten dürfen, die auf ungenügenden und ungenauen Schlüssen beruht, so müssen sie am bisher als richtig Erkannten festhalten.

Durch Millard's Arbeiten sind die Chefs der Krankenhäuser und die Medizinalbeamten noch mehr wie früher mit den Gefahren und Schwierigkeiten der Hospitalverwaltung bekannt gemacht worden. Jeder hat daher die Aufgabe, in seinem Bezirke das möglichst Gute durch die Hospitalisolirung zu erreichen.

Bekanntlich hat man in Leicester mit der Bekämpfung der Infektionskrankheiten allerlei Experimente angestellt. Man hat das Scharlachfieber mit Säurebädern und Eykalyptuseinreibungen behandelt; dort haben die Impfgegner ihre Hauptstütze, dort wird lebhaft gegen die Anwendung des Heilserums bei der Diphtherie agitirt. Der Autor macht nun den Vorschlag, man möge in Leicester, falls es ohne Schaden für die Umgebung möglich sei, weitere 2 Dezennien auf die Hospitalisolirung bei Scharlach verzichten. „Der dann fungirende Herausgeber des „Public Health“ wird gewiss die Spalten seines Blattes gern für den werthvollen Beitrag öffnen, der ein Experiment in die richtige Beleuchtung setzt, welches von den Irrthümern eines Vergleiches mit anderen Gemeinwesen frei ist.“ Dr. Mayer-Simmern.

Benutzung der Isolirhospitäler. Von Dr. Georg Reid. Public Health; 1902, S. 448.

In einer dem Grafschaftsrathe von Staffordshire eingereichten Darlegung würdigt der Autor die Resultate, die das Gesetz über die obligatorische Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten bisher gezeigt hat.

Die Isolirhospitäler sind in vielen Bezirken von geringem praktischem Werth bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten; sie erfüllen meist den Zweck nicht, zu dem sie erbaut sind. Einerseits weigern sich die Patienten, diese Krankenhäuser aufzusuchen, da es ihnen dort an Komfort fehlt. Anderseits erschweren in manchen Fällen die Behörden den Eintritt in diese dadurch, dass sie denselben unentgeltlich nur für die ganz Armen gestatten, während die Uebrigen eine Taxe zahlen müssen. So wird die Durchführung einer Isolirung bei Epidemien erschwert. Dr. Mayer-Simmern.

Ein Beitrag zur Krebsstatistik. Aus dem hygienischen Institut in Bonn. Von Dr. Laspeyres, Arzt in Bonn a. Rh. Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege; 1901, 9. und 10. H.

Der Verfasser untersucht, fussend auf einer Arbeit von Kruse (Ueber den Einfluss des städtischen Lebens auf die Volksgesundheit (Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege; XVII, 1898), an der Hand der preussischen Statistik die Krebsmortalität in den sämmtlichen preussischen Regierungsbezirken und speziell in den Kreisen der Bezirke Düsseldorf und Aachen, getrennt nach den einzelnen Altersstufen zu je 10 Jahren (von 30—80 Jahren) und nach den Geschlechtern. Das Material umfasst die Jahre 1891 bis 1895. In Bestätigung der Ansicht von Kruse, dass die Häufigkeit des Krebses mit der Dichtigkeit der Bevölkerung zunimmt und nicht von anderen Momenten, wie Ernährung und Beschäftigung, abhängig ist, erörtert L. vorzugsweise das Verhältniss der Krebssterblichkeit zur Bevölkerungsdichtigkeit in den Provinzen Rheinland und Westfalen.

Aus den übersichtlichen statistischen Tabellen, im Ganzen 22, in welchen das reichhaltige Material gesichtet ist, zieht der Verfasser folgende Schlüsse:

1. Die aus der Gesammtzahl der Lebenden und der Gesammtzahl der Krebstodesfälle berechneten Sterbeziffern können als gleichartige und vergleichbare nicht angesehen werden, weil bei denselben der Einfluss, den die örtlich sehr verschiedene Vertheilung der Lebenden in den verschiedenen Altersstufen ausübt, nicht berücksichtigt ist. Vergleichbare Zahlen erhält man nur dann, wenn man aus den relativen Krebssterbezahlen der Altersklassen 30—80 — die wenigen Todesfälle in den übrigen Altersstufen dürfen unberücksichtigt bleiben — das Mittel zieht.

2. Aus den auf diese Weise gewonnenen Zahlen ersehen wir, dass in Stadt und Land die Krebssterblichkeit der Weiber nicht höher, sondern eher etwas geringer ist, als die der Männer.

3. Nur in den Altersklassen von 30—50 ist die Krebssterblichkeit der Weiber höher, als die der Männer, in den folgenden Altersklassen niedriger.

4. Diese Unterschiede finden sich gleichmässig in Stadt und Land, in den grossen, mittleren und kleineren Städten.

5. In sämmtlichen Altersstufen nimmt die Krebssterblichkeit mit der Grösse des Wohnortes zu.

6. Mit zunehmender Bevölkerungsdichtigkeit steigt die Höhe der relativen Krebssterbezahlen.

7. Die verschiedenen Industriezweige haben keinen Einfluss auf die Verbreitung des Krebses. Dr. Boretius-Waldenburg i. Schl.

Die Krebstodesfälle in Italien. Von Dr. Friedr. Prinzing in Ulm Ibidem; 1902, Heft 1 und 2.

Da in Italien die ärztliche Leichenschau obligatorisch ist, existirt dort über die Todesursachen eine brauchbare Statistik und es ergiebt sich für die Jahre 1887—1899 eine Krebsmortalität von 4,60 auf 10000, somit eine bedeutend geringere Zahl als die gleiche Sterblichkeit in deutschen Distrikten mit obligatorischer Leichenschau. Auch in Italien überwiegt die Zahl der Krebstodesfälle beim weiblichen Geschlecht gegenüber dem männlichen (4,23 zu 5,87). Geschlechtlicher Verkehr und Zahl der Geburten haben nach dem Verfasser keinen wesentlichen Einfluss auf die Zahl der Erkrankungen. In den Provinzialhauptstädten ist die Krebssterblichkeit grösser als auf dem Lande.

Was die Häufigkeit der Krebsfälle in den einzelnen Landschaften Italiens betrifft, so nimmt dieselbe nach Süden zu ganz bedeutend ab, am häufigsten findet sich das Karzinom in den nördlichen Landschaften Mittelitaliens und in Oberitalien südlich vom Po, selten in den südlichen Landschaften Italiens, in Sardinien und Sizilien. „Die Abstufung des Krebses überhaupt und die desselben in den einzelnen Organen ist in den einzelnen Landschaften die gleiche. Die Landschaften, die bei dem Krebs überhaupt über dem Mittel stehen, sind dieselben, die bei dem Krebs der Lippen u. s. w. über dem Mittel stehen.“ Die Ursachen der geringen Häufigkeit des Krebses im südlichen Italien sind nicht bekannt; nach Kruse spielt hierbei die dort herrschende Malaria keine Rolle, obwohl nach den statistischen Tabellen des Verfassers die Todesfälle an

Malaria-Kachexie dort häufig zu sein scheinen, wo die Krebssterblichkeit gering ist, und umgekehrt. Dr. Boretius-Waldenburg i. Schl.

Ueber Kindersterblichkeit. Von Dr. Fr. Hunton-Sedgefield und Dr. F. H. Morison-West-Hartlepool. Public Health; 1902, S. 484.

Hunton macht in seinem Sanitätsberichte für den hohen Prozentsatz der Kindersterblichkeit die Lebensversicherung der Kinder verantwortlich. Allerdings lässt sich ein Verbrechen nur in wenigen Fällen strikt nachweisen, um so mehr, als es sich um Sünden durch Unterlassung zu handeln pflegt, nicht um solche durch aktives Eingreifen. Der Autor ist der Ansicht, dass das Leben der Kinder an Sicherheit gewinnen würde, wenn das jetzige System der Versicherung fortfiele.

Der Medizinalbeamte von West-Hartlepool, F. H. Morison, berichtet, dass in Chesterfield zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit sich ein „Verein zum Schutze der Kinder" gebildet habe.

In Birmingham sei es Sitte, dass Damen die Armen in ihren Wohnungen aufsuchen und ihnen dort über Kinderpflege und Kinderernährung Aufklärungen geben. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber Säuglingssterblichkeit und ihre Herabminderung mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Stadt Köln. Von Kreis-Assistenzarzt Dr. P. Krautwig-Köln. Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege; 1902, drittes und viertes Heft.

Der Verfasser, Arzt an der Kölner Krippe, tritt mit grosser Wärme für die öffentliche Fürsorge der Säuglinge aus niederen Ständen ein, über welchen nicht die sorgsame Pflege einer sich voll und ganz diesem Zwecke hingebenden Mutter wacht. Er stellt in statistischen Tabellen die Kindersterblichkeit in den verschiedenen Staaten und Städten, besonders Deutschlands, zusammen und berichtet genauer über die Verhältnisse von Köln, wo dieselbe recht hoch ist und in der Woche vom 7. bis 13. Juli 1901 nicht weniger als 35,8, auf 1000 Personen berechnet, betrug; im ganzen Monat Juli betrafen von 1226 Sterbefällen 765 das Säuglingsalter. Im Durchschnitt sterben allgemein von allen Lebendgeborenen ungefähr $^1/_{10}$ innerhalb des ersten Lebensmonats, $^1/_5$ vor Ablauf des ersten Jahres, etwa $^1/_3$ im Laufe der ersten Lebensjahre, so dass kaum 7 von 10 das sechste Lebensjahr erreichen.

Am grössten ist die Kindersterblichkeit in Chemnitz, wo im Jahre 1895 mehr als $^2/_5$ aller Lebendgeborenen vor Ablauf des ersten Jahres starben. In den Industriestädten von Westdeutschland ist sie etwas geringer als im Osten; das Verhältniss ist besonders in Elberfeld und Barmen ziemlich günstig, woselbst die Mütter ihre Säuglinge häufiger als anderwärts an der Brust nähren und aufziehen; doch ist in anderen rheinischen Industriestädten, z. B. in Köln, Düsseldorf und Aachen die Säuglingssterblichkeit relativ hoch.

Städte mit grossen Zahlen von Geburten weisen im Allgemeinen auch hohe Ziffern der Kindersterblichkeit auf, doch wird dieses Verhältniss wesentlich dadurch beeinflusst, ob der Wohlstand in den betreffenden Orten ein günstiger ist und ob der Prozentsatz der unehelichen Geburten zu den ehelichen ein hoher ist, wie z. B. in Nürnberg und Würzburg. Berlin zeigt eine relativ geringe Säuglingssterblichkeit, was Verfasser dadurch erklärt, dass gerade hier die Zahl der Frühgeburten besonders hoch ist; ferner ist hier die Geburtenziffer verhältnissmässig niedrig. Der Verfasser berichtet, dass in Köln von 213 Kindern aus 41 armen und kinderreichen Familien 90 vor dem ersten Lebensjahr gestorben sind; bezüglich des Lebensmonates, in welchem dieselben dahingerafft werden, erwähnt er, dass von 530 im ersten Lebensjahr gestorbenen Kindern aus Arbeiterfamilien 100 im ersten, 72 im zweiten, 61 im dritten, 51 im vierten, 37 im fünften, 39 im sechsten, 35 im sieben, 51 im achten, 31 im neunten, 28 im zehnten, 25 im elften Lebensmonat standen.

Was das Verhältniss der Sterblichkeit im ersten Lebensjahr zwischen den ehelichen und unehelichen Kindern betrifft, so starben nach Neumann in Berlin von 100 ehelichen 18,6 %, von 100 unehelichen 42,2 %, in Köln nach Kr. von 100 ehelichen 22,5 %, von 100 unehelichen 35,7 %.

Von den Kindern, welche einem Kinderheim überwiesen wurden, rechnet

Verfasser 35 % Todesfälle bei ehelichen, 45 % bei unehelichen Kindern heraus; dieselben wurden stets elend und weit unter dem Durschnittsgewicht des betreffenden Alters eingeliefert, nur ein Theil erholte sich langsam, während diejenigen, welche erkranken und in Krankenhauspflege übergeben werden mussten, der grossen Mehrzahl nach früher oder später an Darmkatarrh oder einer anderen interkurrenten Krankheit starben. Das Schicksal der in Haltepflege gegebenen Kinder hängt wesentlich von der Sorgfalt ab, welche die Ziehmutter ihnen widmet, ein Theil stirbt an unzweckmässiger, wenn auch nicht immer grade lieboloser Behandlung, doch ist das endgültige Schicksal dieser armen Wesen schwer zu kontroliren; nach den Erkundigungen, welche von den zum zweiten Mal schwangeren Müttern in der Kölner Hebammenschule erhoben wurden, sollen von den Erstgeborenen 80 % gestorben sein.

Welchen Einfluss der Wohlstand auf die Erhaltung des kindlichen Lebens hat, zeigt der Umstand, dass in Deutschland durchschnittlich bei Wohlhabenden 10—15 %, beim Mittelstande 20—25 %, bei den Armen 40 % Kinder im ersten Lebensjahr sterben. Verdauungskrankheiten fordern die meisten Opfer, weit mehr als die kindlichen Infektionskrankheiten.

Allgemein bekannt ist der günstige Einfluss der Muttermilch. „Nach einer Statistik von Böckh (cit. nach Biedert) beträgt die Sterblichkeit künstlich ernährter Kinder an Verdauungskrankheiten in Berlin für gewöhnlich das 11 fache der an der Brust genährten, in den Sommermonaten gar das 21 fache.“ Der Verfasser tritt für die von den Krankenkassen zu übernehmende Verpflichtung ein, für Schwangere und stillende Wöchnerinnen aus dem Arbeiterstande zu sorgen, damit die Kleinen ihre natürliche Nahrung mindestens sechs Wochen lang erhalten können.

Zweckmässig wäre es ferner, wenn stillende Wöchnerinnen in Säuglingsheimen, die nach Art der modernen Krankenhäuser eingerichtet seien, Unterkunft fänden und hier neben der Pflege ihrer eigenen Kinder auch anderen, besonders hilfsbedürftigen Säuglingen die Wohlthat der Mutterbrust ersetzen würden.

Der Verfasser bespricht alsdann die bekannten Missstände, welche in den meisten Städten in der noch ungenügenden Milchkontrole liegen; zweckmässig wäre es, wenn, wie z. B. in Kopenhagen, die Kommune die allgemeine Milchversorgung von Ställen aus, die unter thierärztlicher Kontrole stehen, übernimmt und den Konsumenten Milch zu niedrigem Preise direkt liefert.

Das Haltekinderwesen erfordert eine besonders sorgfältige Ueberwachung durch den Gemeindewaisenrath. Während in einzelnen Städten, z. B. in Bonn, sich Damen aus den besseren Ständen mit Erfolg dieser Aufgabe gewidmet haben, ist dieses Amt in Grossstädten mit einer hohen Zahl unehelicher Kinder schwer und bietet viele Unannehmlichkeiten, an denen manche Kraft erlahmt. Hier ist eine kommunal wohl organisirte Waisenpflege am Platz; ein Ziehkinderarzt an der Spitze eines zu diesem Zwecke geschulten Personals hat das Haltekinderwesen dauernd zu überwachen, untaugliche Pflegemütter zur Anzeige zu bringen und besonders sorgsame durch Verleihung von Prämien auszuzeichnen.

Wie ernst es der Verfasser mit der Frage der Säuglingssterblichkeit nimmt, geht besonders daraus hervor, dass er der letzteren eine grössere Bedeutung beimisst, als der Sterblichkeit an Tuberkulose oder Krebs.

Dr. Boretius-Waldenburg i. Schl.

Ueber Sterilisation von Säuglingsmilch bei möglichst niedrigen Temperaturen. Von Dr. Erwin Kobak, Arzt in Berlin. Berl. Klin. Wochenschrift; 1902, Heft Nr. 9.

Durch Kochen der Milch und solche Pasteurisierverfahren, die dicht unter Kochtemperatur liegende Wärmegrade benutzen, wird die Milch nicht nur chemisch verändert, sondern es werden auch fermentative Stoffe zerstört, sowie spezifische Serumkörper, die für die Verwerthung in der Nahrung nicht gleichgiltig sein mögen. Sterilisirte Milch wird schwieriger verdaut, erzeugt bei Säuglingen skorbutähnliche Erkrankungen und andere Schädigungen in der Ernährung. Der Umschlag des Geschmackes der rohen Milch zu dem der gekochten erfolgt bei Temperaturen von 75—80°. Die meisten Veränderungen speziell biologischer Natur treten schon dicht über 65° ein.

Verfasser empfiehlt seinen Hauspasteurisirapparat, der mit Temperaturen zwischen 65° und 60° arbeitet und diese Temperaturen 1½ Stunden der Milch, ertheilt. Cholera, cholerähnliche Bakterien, Staphylokokken, Streptokokken, Tetragenus, Diphtherie u. a. sterben schon bei niedrigen Temperaturen, zum Theil in wenigen Minuten ab. Aber auch Typhusbazillen werden innerhalb 1½ Stunden bei 60° zerstört und Tuberkulosebazillen in Temperaturen von 65° in ¼ Stunde, bei 60° in 1 Stunde. Verfasser hat mit seinem Apparate Abtödtungsversuche gemacht und Abtödtung der Keime auch an saprophytischen erzielt. Eine Thermometerkontrolle ist nicht erforderlich. Den Flügge'schen sporenbildenden Keimen kann man selbst durch Abkochung nicht beikommen; der von dieser Seite drohenden Gefahr müssen wir dadurch steuern, dass wir die Milch schnell abkühlen und recht kalt bis zum Gebrauch erhalten.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Vergleich des Nährstoffgebrauches im Deutschen Reiche mit dem in den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika. Von Dr. H. Sichtenfeld in Bonn. Zentralblatt f. allgem. Gesundheitspflege; 1902, 1. u. 2. Heft.

Der Verfasser schliesst, dass die deutsche Ernährung für die weniger Bemittelten billiger ist als die amerikanische, vielleicht nicht so nährend, aber sättigender ist als diese. Da, wo grössere Geldaufwendungen für die Ernährung in beiden Ländern gemacht werden, scheint die deutsche besser und billiger. Diese Schlussfolgerungen sind jedoch bis zu einem gewissen Grade einzuschränken, da wir für Deutschland ein wesentlich auf breiterer Basis stehendes Material über den Konsum der einzelnen Nährstoffe haben, als es die amerikanischen Aufnahmen gewähren.

Dr. Boretius-Waldenburg i./Schl.

Zur Wohnungsfrage in England. a. Die private, spekulative Bauthätigkeit in Bezug auf Unterbringung der Armen. Von Dr. E. Gwynn,[1]) medical officer of health of Hampstead. Public Health; XIII, 1901, Seite 241.

London ist im eigentlichen Sinne eine Stadt der Armen. Man kann stundenlang Strassen passiren, ohne eine Haus anzutreffen, in dem der Haushaltungsvorstand in der Lage ist, sich einen Dienstboten zu halten. Die Mehrzahl der Bevölkerung ist vom Hunger durch einen Lohn von 1—2 Wochen getrennt.

Handwerker mit einem Lohn von 24 bis 30 sh. die Woche sind eben noch im Stande, für ihre Familie die Auslagen für den nothwendigen Luftraum in regelmässigem Miethzins zu bezahlen. Auf Unterstützung angewiesen sind aber schon die Leute, die regelmässig oder zu bestimmten Zeiten in der Woche nur 18—22 sh. verdienen; deren Zahl beträgt in London 600 000.

Nun ist der Miethzins für einen Luftraum von 400 Kubikfuss höher bei den durch öffentliche Korporationen errichteten Häusern, als bei den durch private Bauthätigkeit entstandenen. Er beträgt bei der „Gesellschaft zur Verbesserung der Arbeiterwohnungen" 1 sh. oder mehr, bei den durch die Peabody-Stiftung gebauten Miethhäusern 9 d. bis 1 sh., in den Arbeiterwohnungen, die von der Kirchengemeinde Shoreditch gebaut und 1899 durch Lord Rosebery eröffnet wurden, 1 sh. ½ d. bis 1 sh. 7 d. Das Komitee hätte sogar noch eine höhere Miethe erlangen können, wenn es einen dementsprechenden Beschluss gefasst hätte.

Dagegen kostete derselbe Luftraum, der für einen Erwachsenen oder zwei Kindern ausreichend ist, in den durch private Spekulation entstandenen Häusern von Netherwood Street, Kilburn nur 7 d bis 10 d. Die Entwickelung dieser Häuser ist gewöhnlich die, dass einige Wiesen oder irgend ein altes Gemäuer mit Garten, die im Jahre nur einige Shilling einbringen, als Bauterrain verkauft werden. Das Gebiet wird in kleine Parzellen von wenig Fuss Front und einigen Fuss Tiefe zerlegt. Der Besitzer

---

[1]) Der Autor, ein hervorragendes Vorstandsmitglied des englischen Medizinalbeamten-Vereins, der 22 Jahre lang in London als Gesundheitsbeamter thätig war, ist am 27. Januar 1902 auf einer Erholungsreise in Aegypten gestorben.

giebt kleinen Bauunternehmern Darlehen zum Bau der Häuschen, die dann aus schlechtem Ziegel, rissigem Bauholz, kalkarmem Mörtel erbaut werden. Auch die Zimmermannsarbeit ist mangelhaft, die Abfuhreinrichtungen sind nicht genügend. Die so errichteten Häuschen werden nun mit kleinem Nutzen verkauft, damit das hineingesteckte Kapital rasch wieder erhalten wird, oder werden zu billiger Miethe abgegeben. Ein Handwerker oder Schreiber legt in solchen Häusern seine Ersparnisse an, sei es, dass er die Wohnung selbst bezieht oder mit Hülfe wohlthätiger Baugenossenschaften das Häuschen vermiethet.

Kommen die öffentlichen Bausachverständigen oft schon früh dazu, den Gebrauch minderwerthigen Materials zu beanstanden, so wird meistens ihr Urtheil vor der Behörde durch einen Gegensachverständigen lahmgelegt. Treten aber später Erkrankungen von Miethern ein, wird dann Klage erhoben und stellen sich „nuisances" heraus, die auf Mängeln des Baues beruhen, so können die durch den Sanitätsinspektor veranlassten Reparaturen an den Kanalisationseinrichtungen 40—60 £ betragen.

Aus Furcht, exmittirt zu werden, unterlässt der Miether aber gar oft, auch bei schlimmen hygienischen Zuständen, zu klagen. Er zahlt sogar 6 % der Baukosten an Miethe, während die Wohnungen des County council sich nur mit 3 %, die der Peabody-Stiftung mit $2^1/_2$ % verzinsen. Die grössere Höhe der Zimmer in diesen Häusern ergiebt einen grösseren Luftraum, als in jenen von öffentlichen Korporationen erbauten Häusern und giebt armen Familien mehr Annehmlichkeiten, ohne dass die gesetzliche Grenze der Ueberfüllung erreicht würde — allerdings auf Kosten der Sittlichkeit. Unhygienische Zustände werden so viel wie möglich verheimlicht, da alle Kosten für hygienische Verbesserungen sich schliesslich doch nur in einer Steigerung der Miethe äussern.

Trotz alledem ist die private Bauthätigkeit der geschilderten Art für die Armen nicht zu entbehren, um so mehr, als es eine unbestreitbare Thatsache ist, dass in allen Fällen, in denen öffentliche Korporationen Wohnungen für die Armen bauten, die Kreise, für die sie bestimmt waren, sie nicht benutzten. Der intelligente Handwerker, der den Werth eines eigenen Klosets, der guten Abfuhr zu schätzen weiss, reflektirt zunächst auf diese Wohnungen; er ist nüchtern, zahlt seine Miethe pünktlich. Der Arbeiter mit 5—6 Kindern kann von seinen 23 sh. Wochenlohn nicht mehr als 5—6 sh. für Miethe ausgeben. Er nimmt, auch wenn das Haus schlecht gebaut ist, 2 Parterrezimmer für diesen Preis.

Während die verschiedenen Korporationen in den letzten Jahrzehnten für die Unterbringung von Tausenden gesorgt haben, hat die spekulative private Bauthätigkeit in London Zehntausende untergebracht.

b. Die Erbauung von Häusern für die ärmsten Klassen. Von A. B. Mc. Donald, städtischem Ingenieur in Glasgow. Public Health; XIV, 1902, S. 296.

Das Proletariat lebt in den Grossstädten unter Verhältnissen, die der Sittlichkeit spotten, jeder Bequemlichkeit bar sind, deren Existenz allein eine dauernde Bedrohung der öffentlichen Gesundheit darstellt.

Die üblichen Hauseinrichtungen und Konstruktionsmethoden können zwar bei der hygienischen Unterbringung der Allerärmsten überhaupt nicht in Frage kommen. Alles ist hier auf die einfachste Form zu reduziren, alles was nicht unbedingt nothwendig ist, zu entfernen. Ein wasserdichtes Obdach, ein grosser Luftraum, genügende Wasserleitung — sonst ist nichts nöthig. Die Bauverordnungen müssen deshalb für diese Häuser erleichtert werden. Wohnhäuser mit 3 Stockwerken, mit 10 Zimmern in jedem Stock, von denen jedes 1200 Kubikfuss fasst; die Mauern aus gewöhnlichem Ziegel, deren Schichten durch einen Hohlraum getrennt sind, die Scheidewände aus dicht aneinander gefügtem Ziegel — lassen sich für 1100 £ (ca. 22000 M.) herstellen; das Zimmer zu 1 sh. die Woche würde leicht vermiethet werden können und der jährlich für das Haus zu erzielende Miethzins 78 £ betragen.

c. Die Wohnungsfrage (vom volkswirthschaftlichen Standpunkt). Von Wm. Smart, Prof. der Volkswirthschaftslehre in Glasgow. Vortrag, gehalten in der British Association. Public Health; 1902, XIV., S. 269.

Für die Behörden, die sich für die Wohnungsfrage interessiren, ist es

von vornherein wichtig, auseinanderzuhalten, ob die Wohnungen für die Arbeiter oder für die ganz Armen bestimmt sein sollen.

Nimmt die Behörde als Pionier für die Privatunternehmung den Bau von Arbeiterwohnungen in die Hand, so müssen die erzielten Resultate im Jahresbericht klar und in den kleinsten Einzelheiten offensichtlich dargelegt werden. Das hat nun wieder den Nachtheil, dass, wenn gar nichts verdient wird, das private Unternehmerthum abgeschreckt wird.

Sucht die Behörde nur Arme unterzubringen, so verleiht sie dadurch eine Armenunterstützung in verschleierter Form; ist dann die erzielte Miethe gar zu gering, in zu grossem Missverhältniss zu den Kosten, so haben die Steuerzahler den Verlust zu tragen; es ist daher fraglich, ob ein solches Verfahren der Behörde unbedingt nothwendig ist.

Eine weitere, schwierige Frage ist die:

Gesetzt, die Behörde unternimmt den Bau und beabsichtigt, bestimmten Klassen der Bevölkerung die Wohnungen zu überlassen — ist sie nun verpflichtet, in ihrem eigenen Bezirke die Häuser zu errichten oder kann das in einem Aussenbezirk geschehen?

In diesem letzteren Falle ist die Aufgabe eine schwere, weil es sich darum handelt, eine schnelle und billige Personenbeförderung nach diesem und von diesem Aussenbezirk zu erzwingen, weil anderseits solche Bezirke das Recht haben, den Verkauf von Land zu verweigern, weil schliesslich die Einwirkung auf die Höhe des Taxwerthes solcher fern gelegener Ländereien von vornherein nicht leicht abgeschätzt werden kann.

d. Die Anforderungen des Local Government Board an Wohnungen. Public Health; XIII., S. 460, XIV., S. 265—266, 297, 323.

Bis jetzt verlangte die Zentralbehörde von den Gebäuden, die durch öffentliche Korporationen für die ärmsten Klassen erbaut wurden, einen grösseren Kubikraum als von jenen, die zu 2 sh. pro Zimmer und Woche vermiethet wurden. Die Miethe musste daher schon aus diesem Grunde zu theuer werden.

Die Darlehen an die öffentlichen Baugenossenschaften mussten ferner innerhalb 60 Jahren zurückgezahlt werden. Da das Land seinen Werth nicht verliert, im Gegentheil der Bodenwerth steigt, so ist die Forderung eine unnöthig strenge.

Es ist Aussicht vorhanden, dass das Local Government Board seine Forderungen mildert. Die Regierung versprach im Parlamente, die Bildung einer Kommission vorzuschlagen zur Prüfung der Frage, ob die Zeitdauer zur Rückzahlung des Darlehens ohne Schaden verlängert werden könne.

Auf dem flachen Lande sind die Verhältnisse besonders schlimm. Die Wasserversorgung ist ungenügend, Gelegenheit zur Abfuhr fehlt, der Tagelöhner lebt oft unter Verhältnissen, die schlimmer sind, als die der Thiere, welche man seiner Obhut anvertraut. Die Schwierigkeiten, passende Wohnungen für die Armen zu schaffen, lähmen nun nicht allein die Schaffenskraft der Privatpersonen; auch die Gemeinden sehen sich überall gehindert; Grossgrundbesitzer der Nachbarschaft lehnen die Erfüllung der ihnen gesetzlich obliegenden Pflichten ab.

Auf dem flachen Lande sind strenge Baupolizeiverordnungen kaum durchzusetzen. Die vom Local Government Board entworfenen Schemata, die besonderes Gewicht auf Stabilität der Materialien und auf Schutz vor Feuersgefahr legen, sind für die Städte recht gut; auf dem flachen Lande dagegen würde dann, wenn ihre Durchführung obligatorisch wäre, überhaupt nicht mehr gebaut werden können. Die Entvölkerung der Dörfer, die Flucht der Landarbeiter in die Städte würde dann erst recht zunehmen.

Wie J. C. Thresh in einer in der Gesellschaft der Gesundheitsingenieure am 15. Januar 1902 gehaltenen Eröffnungsrede mittheilt, hat in jüngster Zeit die Zentralbehörde neue Schemata zu Baupolizeiverordnungen für das flache Land veröffentlicht. Diese aber gehen wieder nicht weit genug. Verwaltungsbehörden, welche die neuen Verordnungen adoptiren, würden überhaupt keine Bürgschaft dafür, dass nicht feuergefährlichstes Material zur Anwendung käme, haben. Gesetzt ein Baumeister wollte nun Hüttchen und Scheuern ganz aus Holz erbauen, so wäre das nach den jüngsten Entwürfen möglich, auf die Gefahr

hin, dass, wenn eines der Häuschen Feuer fänge, die ganze Reihe in kurzer Frist unweigerlich zerstört werden würde.

Eine Lösung der Frage wäre dadurch zu ermöglichen, dass die Zentralinstanz den Lokalbehörden Vertrauen schenkte und ihnen in jedem Einzelfall grade diesem entsprechend vorzugehen erlaubt.

e. Die Anwendung von Theil III des Arbeiterwohnungsgesetzes von 1890. Public Health; XIV., S. 298, 301—305.

Die Schwierigkeiten, welchen der Versuch begegnet, Theil III des Arbeiterwohnungsgesetzes von 1890 auf das flache Land anzuwenden, sind in einem Referate des vorigen Jahrgangs dieser Zeitschrift[1]) geschildert worden.

Bereits 1851 hatte Lord Shaftesbury im Parlamente einen Gesetzentwurf durchgebracht, der die Lokalbehörden bevollmächtigt, Wohnungen für die arbeitenden Klassen zu erbauen. 33 Jahre später erschien Lord Shaftesbury vor einer Kommission des Parlamentes und gab an, das Gesetz sei ein todter Buchstabe geblieben.

Inzwischen ist auch das Gesetz von 1890 in Theil III, der es dem Distrikt erlaubt, statt der Gemeinde die Kosten zu übernehmen, fast nicht zur Anwendung gelangt. Die Verwaltungsbehörden vermochten nicht die Anwendung durchzusetzen.

Wie W. H. Dickinson, Ex-Präsident des Londoner County Council auf dem kirchlichen Kongress zu Brighton mittheilte, waren die Auslagen, die in London die Zerstörung der schlechten und der Bau neuer Wohnungen unter Torrens' und Cross' Acts[2]) verursachte 3½ Millionen £; das Bauen unter Theil III des Arbeiterwohnungsgesetzes wäre halb so theuer gewesen.

Die Aerzte, die auf dem Lande thätig sind, interessirt besonders ein Bericht, den zwei Parlamentsmitglieder über die Wohnungsfrage in Essex erstatteten.

Sie nahmen gemeinsam mit Dr. Thresh, dem zuständigen Medizinalbeamten für Distrikt und Grafschaft, der ihnen vorher schon eine eingehende Beschreibung über Grösse der Häuschen, Zahl der Bewohner, Verhältnisse derselben eingereicht hatte, in Bradwell on sea eine Ortsbesichtigung vor. Es ergab sich, dass die Verhältnisse, unter welchen manche Arbeiter zu wohnen gezwungen sind, weder für Sittlichkeit, noch Gesundheit zuträglich sind: 22 Häuschen mit 45 Einwohnern hatten nur 1 Schlafzimmer, 77 mit 287 Einwohnern deren zwei.

Der Vorschlag, 12 neue Häuser zum Preise von 2500 £ zu erbauen, die mit einem jährlichen Schaden von 50—80 £ zu 3 sh. die Woche vermiethet werden sollten, fand die Billigung der Kommission. Aber auch dieser Miethzins war nach Ansicht des Distriktsrathes noch für die Tagelöhner zu hoch; diese könnten nur ½ sh. die Woche bezahlen.

Wie schwer es der Behörde fallen musste, den Bau solcher Häuschen zu erzwingen, geht daraus hervor, dass die Gutspächter in der Opposition waren, weil sie angaben, ihre Leute könnten weder solchen Miethzins zahlen, noch sei die geplante Lage für das Gut vortheilhaft, da die Wege zu weit seien. Ferner hatte die Behörde zu berücksichtigen, dass die Vermehrung der Steuerlast nicht allein auf die Eigenthümer, Pächter, sondern auf kleine Handwerker, Ladeninhaber fallen musste, die ein Interesse an der Angelegenheit nicht hatten.

Wegen dieser Schwierigkeiten hat der Plan, auf Kosten des Distriktes neue Häuser zu erbauen, bisher noch nicht ausgeführt werden können.

Dr. Mayer-Simmern.

Einige Versuche mit staubbindenden Fussbödenölen. Von Dr. Hans Reichenbach, Privatdozent und Assistent am hygienischen Institut in Göttingen. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1902, XV. Jahrgang, Nr. 7.

Die Beschaffung und Erhaltung einer guten Luft in Schulräumen, Hörsälen und überhaupt in Räumen, in denen sich Menschen in grösserer Anzahl aufzuhalten pflegen, ist eine wichtige Aufgabe der öffentlichen Gesundheitspflege. Einen wesentlichen Faktor für die gute Beschaffenheit der Luft macht der Staubgehalt derselben aus. Diesen nach Möglichkeit herabzusetzen und eine

---

[1]) S. Jahrg. 1901, S. 420.

[2]) Cf. diese Zeitschrift; 1901, S. 587.

Aufwirbelung des Staubes in dem Raume hintanzuhalten, diesem Zwecke sollen die in letzter Zeit vielfach angepriesenen staubbindenden Oele, mit denen der Fussboden des betr. Raumes bestrichen wird, dienen. Die Urtheile über die Brauchbarkeit dieser Oele gehen jedoch sehr auseinander.

Reichenbach hat nun die Wirkung zweier solcher Oele, des Dustless Oeles (Dustless Gesellschaft m. b. H.) und das Florizin-Fussbodenöl (Dr. Nördlinger-Flörsheim) untersucht, indem er den Staubgehalt der Luft bakteriologisch bestimmte. Die Versuche wurden in Hörsälen des Auditorienhauses in Göttingen ausgeführt. Bei einer Bodenfläche von 106 qm wurden 10 kg Oel, rund 0,1 kg pro qm, verbraucht. Die Methode der Bestimmung des Staubgehaltes war die denkbar einfachste: eine Anzahl Agarplatten wurde während des Ausfegens der Zimmer oder während der Vorlesungen eine gewisse Zeit offen ausgestellt, dann bei 20° 4 Tage bebrütet und die Zahl der auf ihnen gewachsenen Bakterienkolonien gezählt. Als Vergleich diente ein nicht geöltes Zimmer. Das Ausfegen im Dustless-Zimmer geschah mit einem gewöhnlichen Haarbesen; das Vergleichszimmer wurde vorher mit nassem Sand bestreut oder in anderen Versuchen wie das Dustless-Zimmer ausgekehrt. Die Resultate fielen sehr zu Gunsten der geölten Fussböden aus: im mit Dustlessöl behandelten Zimmer fanden sich beispielsweise nach dem Ausfegen in 6 ausgestellten Platten in Mittel 9 Keime, in dem nicht geölten, mit nassem Sand ausgefegten Zimmer dagegen 700 Keime. Auch die Bestimmung des während einer Vorlesung in der Luft befindlichen Staubes ergab für die Dustless-Zimmer ein günstiges Resultat, wenn auch die Differenzen bei Weitem nicht so gross waren, wie bei dem erwähnten Versuch: es wurden in geölten Zimmern 38—240, in nicht geölten 173—360 Keime nachgewiesen. Ebenso wie das Dustlessöl wirkte das Florizin-Fussbodenöl, ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Oelen konnte nicht konstatirt werden. Im Ganzen wurden mit dem Dustlessöl 10 Versuche während des Kehrens, 7 während der Vorlesung, mit dem Florizinöl 4 Versuche während des Kehrens, 3 während der Vorlesung angestellt; 4 Mal wurde zum Vergleich ein nicht geöltes Zimmer mit nassem Sand, und 2 Mal ohne Sand ausgefegt, 4 Mal ein Versuch in nicht geöltem Zimmer während der Vorlesung gemacht.

Die den Oelen zugeschriebenen Nachtheile, die vornehmlich in der Glätte des Fussbodens nach dem Oelen und in Beschmutzung hingefallener Gegenstände bestehen, traten bei den Versuchen Reichenbach's nicht in störender Weise hervor. Die durch das Oelen erzeugte Glätte des Fussbodens kann höchstens für Turnhallen Bedeutung haben. Als einziger Nachtheil stellte sich heraus, dass der Fussboden durch den sich allmählich auf der Oelschicht festsetzenden Schmutz ein unsauberes Aussehen bekommt, doch wird dieser Uebelstand sich wenigstens zum Theil durch Anwendung der sogenannten Piassavabesen vermeiden lassen. Ein übler Geruch trat bei dem Dustlessöl nicht auf, das Florizinöl dagegen bewirkt einen schwachen, an Petroleum erinnernden Geruch, dafür ist dieses aber billiger.

Reichenbach hält die Staub vermindernde Eigenschaft der Oele, die allerdings weniger bei Benutzung des Zimmers, als bei Reinigung derselben hervortritt, als über allen Zweifel erhaben und glaubt auf Grund seiner Erfahrungen zu Versuchen in Schulen rathen zu können.[1])

Dr. Kister-Hamburg.

Selbstthätige Schutzvorrichtungen gegen aufsteigende Gruben- und Kanalgase. Von Dr. A. Frey, in Baden-Baden. Ibidem; 1902, 3. H.

Verfasser hat einen für die Firma Magnet in Heidelberg patentirten Apparat konstruirt, welchen das Aufsteigen von Kanalgasen aus Abortröhren in die Wohnräume verhindern soll, wenn der Wasserabschluss des Syphons entweder durch Verdunsten des Wassers oder dadurch undicht wird, dass dieses beim Niederstürzen von Wasser in den vertikalen Abfallröhren zu stark abgesaugt wird. Der Apparat besteht aus einem mit Wasser gefüllten Glasballon, der mittels einer senkrechten Röhre mit den oberen Scheitelpunkt des Syphons in Verbindung steht. Die Röhre endet oben im Ballon und kommunizirt

[1]) Siehe auch den Erlass des preuss. Medizinalministers vom 14. Oktober 1902; S. 309 der Beilage zu dieser Nummer.

mit dessen Inhalt durch Löcher. Sinkt nun im Syphon der Wasserspiegel, so dass der Abschluss gegen die Abfallröhre aufgehoben sein würde, so tritt von unten her Luft durch die Röhre in den Ballon, und dementsprechend fliesst aus diesem Wasser in den Syphon, so dass wiederum ein vollkommener Abschluss hergestellt wird. Dr. Boretius-Waldenburg i./Schl.

Die Volksgärten im Kreise Gelsenkirchen. (Nach Mittheilungen der Herren Landrath D. Hammerschmidt in Gelsenkirchen und Gartenarchitekt M. Reinhardt in Düsseldorf.) Von Geh. Baurath Stübben. Zentralbl. für allgem. Gesundheitspflege; 1902, neuntes und zehntes Heft.

Der Kreis Gelsenkirchen weist wegen seiner ausgedehnten Industrie ein enormes Ansteigen seiner Bevölkerungsziffer auf und stellt, da der gesammte Boden theils durch die Fabriken und Bergwerke, theils durch die Wohnhäuser fast ganz in Anspruch genommen ist, „ein durchweg dicht bebautes Gemeinwesen von fast überall städtischem Charakter" dar. Um den Bewohnern den Genuss von Natur, Luft und Licht zu gewähren, hat die Kreisverwaltung bereits im Jahre 1897 die Mittel zur Anlage von Volksgärten ausgeworfen, von denen binnen 2 Jahren 9 geschaffen worden sind.

In dem Kreise, welcher auf 7776 ha 224989 Seelen zählt, kommen auf 34 Einwohner 1 a Volksgarten. Es folgt eine eingehende Beschreibung des äusserst geschmackvoll angelegten Volksgartens zu Eickel, welcher mit Teichen, Spielplätzen und Gebüschen reich ausgestattet ist.

Das Beispiel der Kreis-Verwaltung von Gelsenkirchen, Volksgärten zu schaffen, sollte auch in andern Industriegegenden, in welchen den Bewohnern der Naturgenuss von Feld und Wald abgeht, Nachahmung finden.

Dr. Boretius-Waldenburg i. Schl.

Besprechungen.

Das Sanitätswesen des Preussischen Staates während der Jahre 1895, 1896 und 1897. Im Auftrage Se. Exzellenz des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten bearbeitet von der Medizinal-Abtheilung des Ministeriums. Berlin 1902. Verlag von Richard Schoetz. Gr. 8°; 632 Seiten und 176 Seiten Tabellen.

Der vorliegende dritte Bericht über das Sanitätswesen des Preussischen Staates schliesst sich den beiden vorangegangenen nach Inhalt und Anordnung vollständig an; letztere ist naturgemäss noch die der Jahresberichte der Kreisphysiker. Der Umfang hat gegenüber dem letzten abermals zugenommen. Leider fehlen diesmal die kartographischen Darstellungen der wichtigsten Krankheiten nach ihrer Verbreitung, die zur schnellen Orientirung wesentlich beitrugen und die tabellarischen Zusammenstellungen belebten.

Aus dem reichen, den ganzen Staat behandelnden Material möge es gestattet sein, nur einiges hervorzuheben.

Die Volkszählung vom 2. Dezember 1895 ergab, dass während des letzten Jahrfünftes die jährliche Volkszunahme im Durchschnitt grösser gewesen ist, als seit langer Zeit. Insbesondere wuchsen die ländlichen Gemeindeeinheiten mit über 5000 Einwohner in ganz ungewöhnlichem, bisher noch nicht beobachteten Masse. Die Geburtsziffer zeigt ein Sinken, ebenso aber auch die Sterbeziffer; erstere ist am kleinsten in Berlin, am grössten im Regierungsbezirk Oppeln, letztere am kleinsten im Regierungsbezirke Aurich, am grössten in Breslau. Die hohe Kindersterblichkeit lässt noch keine konstante Abnahme erkennen; sie war am kleinsten in Aurich, am grössten in Breslau.

Besonders eingehend sind die ansteckenden Krankheiten behandelt, namentlich ist der Schilderung gut beobachteter Epidemien mehr Raum gewährt worden. Trotz der in der Berichtszeit bestehenden Schwierigkeiten auf dem Gebiet der Bekämpfung ansteckender Krankheiten gelang es, nicht unbedeutende Erfolge zu erzielen, was „der rastlosen Arbeit der Medizinalbeamten und dem verständnissvollen Zusammenwirken der Gesundheitsbehörden mit den Aerzten und den medizinischen Lehrern der Hochschulen zu danken ist." Es seien hier erwähnt die Belehrung des Publikums in der Presse, die bakteriologischen und klinischen Wiederholungskurse, die Errichtung städtischer und staatlicher bak-

teriologischer Untersuchungsstationen, die Errichtung von Spezialkrankenhäusern. In das Jahr 1895 fällt die Eröffnung der Kontrollstationen zum Schutze gegen Einschleppung ansteckender Krankheiten über die russisch-polnische Grenze hier in Eydtkuhnen, Prosken; in das Jahr 1896 die Eröffnung der Stationen in Insterburg und Tilsit und die Errichtung der neuen Desinfektionsanstanstalt auf dem Auswanderer Bahnhofe Ruhleben. Die Verbreitung der Granulose wurde zum ersten Male in allen Theilen des Landes, in denen sie aufgetreten ist, systematisch unter Anwendung beträchtlicher Staatsmittel bekämpft. Bei der Diphtherie machte sich der Einfluss des Behring'schen Serums durch Absinken der Mortalitätsziffer bemerklich. Die Bekämpfung der Lepra erfuhr durch Eingreifen Se. Majestät des Kaisers und Königs eine ungeahnte Förderung, so dass der Bau eines Lepraheimes in Memel beschlossen wurde. Erwähnt sei hier auch die neu eingeführte Bekämpfung der Ankylostomiasis.

Eine Hebung der sanitären Einrichtungen und ein zunehmendes Verständniss der Gemeinde für vorhandene Missstände lassen die Kapitel über Wohnstätten, Beseitigung der Abfallstoffe und Wasserversorgung erkennen. Zahlreich sind die Erlasse, betreffend den Verkehr mit Nahrungs- und Genussmittel.

Dem Kurpfuscher- und Geheimmittelunwesen ist im Anhang ebenso wie im zweiten Bericht eine eingehende Bearbeitung zu Theil geworden.

Aus den vorstehenden Mittheilungen dürfte sich ergeben, welche reiche Fülle von Arbeit in dem Werke enthalten ist, welche mannigfaltige Anregungen und Belehrungen aus demselben geschöpft werden können und welche hohe Bedeutung dasselbe für alle Medizinalbeamte hat. Deshalb sei die Anschaffung des bedeutsamen Werkes (Preis für Behörden und Beamte: 13 Mark laut Min.-Erlass vom 23. März 1902) aufs angelegenste empfohlen.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Tagesnachrichten.

Dem Reichstag ist folgender **Entwurf eines Gesetzes, betreffend Phosphorzündwaaren**, nebst Begründung zugegangen:

§. 1. Weisser oder gelber Phosphor darf zur Herstellung von Zündhölzern und anderen Zündwaaren nicht verwendet werden.

Zündwaaren, die unter Verwendung von weissem oder gelbem Phosphor hergestellt sind, dürfen nicht gewerbsmässig feilgehalten, verkauft oder sonst in Verkehr gebracht werden.

Zündwaaren der bezeichneten Art dürfen zum Zwecke gewerblicher Verwendung nicht in das Zollinland eingeführt werden.

Die vorstehenden Bestimmungen finden auf Zündbänder, die zur Entzündung von Gruben-Sicherheitslampen dienen, keine Anwendung.

§. 2. Wer den Vorschriften dieses Gesetzes vorsätzlich zuwiderhandelt, wird mit Geldstrafe bis zu zweitausend Mark bestraft.

Ist die Handlung aus Fahrlässigkeit begangen worden, so tritt Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark ein.

Neben der Strafe ist auf Einziehung der verbotswidrig hergestellten, eingeführten oder in Verkehr gebrachten Gegenstände, sowie bei verbotswidriger Herstellung auf die Einziehung der dazu dienenden Geräthschaften zu erkennen, ohne Unterschied, ob sie den Verurtheilten gehören oder nicht. Ist die Verfolgung oder die Verurtheilung einer bestimmten Person nicht ausführbar, so ist auf die Einziehung selbstständig zu erkennen.

§. 3. Die Vorschriften des §. 1, Abs. 2 treten am 1. Januar 1908, im Uebrigen tritt das Gesetz am 1. Januar 1907 in Kraft.

In der Begründung dazu heisst es: Trotz der vorhandenen Schutzvorschriften erkrankten in den Jahren 1893 bis 1899 von 1888 beschäftigten Arbeitern 52 an Phosphornekrose, wobei noch hervorzuheben ist, dass von diesen 1888 Arbeitern (781 m. u. 1107 w.) ein Theil nur mit Herstellung von Sicherheitszündhölzern beschäftigt und demgemäss der Erkrankungsgefahr nicht ausgesetzt war. Ausser diesen 52 Arbeitern sind in den Jahren 1889 bis 1897 an Phosphornekrose noch weitere 23 Personen erkrankt, welche Weissphosphorzündhölzer in unvorschriftsmässigen Räumen widerrechtlich hergestellt haben. Zweifellos aber sind nicht einmal alle Phosphornekrosefälle zur amtlichen

Kenntniss gelangt. Hierzu kommt, dass Phosphorerkrankungen, die nicht an ihrem äusseren Symptom, der Nekrose, erkennbar sind, in der Statistik überhaupt nicht Beachtung finden. Die Erfahrung hat also die Unzulänglichkeit der im Jahre 1883 bezw. 1893 angeordneten Vorsichtsmassregeln dargethan; es ist bei der Eigenschaft des weissen Phosphors, schon bei gewöhnlicher Temperatur zu verdampfen und die Arbeits- und Lagerräume mit giftigen Dämpfen zu erfüllen, auch nicht zu hoffen, dass es gelingen könnte, wirksame Vorkehrungen zur Unterdrückung der Phosphornekrose zu treffen, wenn man sich nicht entschliesst, die Verwendung von weissem oder gelbem Phosphor bei der Herstellung von Zündhölzern und anderen Zündwaaren ganz zu verbieten.

Nachdem vor Kurzem das preussische Kammergericht in Uebereinstimmung mit früheren Urtheilen die durch Polizeiverordnung vorgeschriebene Anzeigepflicht bei Kindbettfieber wiederum als gesetzlich unzulässig im Geltungsbezirke des Regulativs vom 8. August 1835 erklärt hat, da durch dieses die betreffende Materie erschöpfend geregelt sei, hat es jetzt auch in einem anderen Falle, wo verschiedene Personen wegen Nichterscheinens zu der durch Polizeiverordnung angeordneten Untersuchung auf kontagiöse Augenentzündung angeklagt waren, entschieden, dass diese für den Reg.-Bez. Gumbinnen unter dem 28. Oktober 1901 erlassene Polizeiverordnung nicht als rechtsgültig angesehen werden könne. Ganz abgesehen davon, dass in dem durch Kabinetsordre vom 8. August 1835 bestätigten Regulativ erkrankten Personen direkt untersagt sei, öffentliche Orte wie Schulen aufzusuchen — als Untersuchungslokal war die Schule bestimmt — erscheine aber die Verordnung auch deshalb nicht rechtsgültig, da sie der Bevölkerung allgemein die Pflicht auferlege, sich ärztlich untersuchen zu lassen.

Hoffentlich gelangt das schon vor zwei Jahren in der Thronrede angekündigte Preussische Seuchengesetz in der nächsten Landtagssitzung zur Vorlage, damit das völlig veraltete Regulativ vom 8. August 1835 endlich aufgehoben, und durch zeitgemässere, mit den Fortschritten der Wissenschaft im Einklang stehende Vorschriften ersetzt wird.

In Braunschweig hat der Landtag in seiner Sitzung vom 15. November d. J. das neue Medizinalgesetz nach dreitägiger Berathung angenommen. Sobald dasselbe veröffentlicht ist, wird es in der Beilage zur Zeitschrift zum Abdruck gelangen.

Der nächste Kongress für innere Medizin, der im April 1903 in Leipzig tagen sollte, ist mit Rücksicht darauf, dass zu derselben Zeit der internationale medizinische Kongress in Madrid stattfindet, auf April 1904 verschoben. Für 1903 wird von der Abhaltung des Kongresses abgesehen.

Dass Polizeibehörden nicht selten in ihrem Uebereifer auch in gesundheitlichen Fragen viel zu weit gehen, beweist die nachstehende, vom Bürgermeister in Grumbach (Reg.-Bez. Trier) an die dortigen Gastwirthe unter dem 17. Oktober d. J. erlassene Verfügung:

„Mit Rücksicht auf die grosse Gefahr, welche durch den Verkehr schwindsüchtiger Personen in öffentlichen Lokalen für die Allgemeinheit entsteht, werden Sie ersucht, an Tuberkulose erkrankte einheimische Personen in den für die Gäste bestimmten Wirthszimmern weder Getränke, noch Speisen zu verabfolgen, ebenso darf denselben in diesen Zimmern der Aufenthalt nicht gestattet werden. Für jeden Fall der Uebertretung werden Sie auf Grund des §. 132 des Landesverwaltungsgesetzes in eine Geldstrafe von 10 Mark, an deren Stelle im Unvermögensfalle eine Haftstrafe von 2 Tagen tritt, genommen. Ferner mache ich Sie darauf aufmerksam, dass Sie verpflichtet sind, in den Wirthslokalen die erforderliche Zahl von Spucknäpfen aufzustellen und dieselben jeden Tag mit frischem Wasser zu füllen. Für eine jede Versäumniss hierin werden Sie auf Grund der vorerwähnten Gesetzesbestimmung in eine Geldstrafe von 3 Mark genommen, an deren Stelle im Unvermögensfalle eine Haftstrafe von 1 Tag tritt. Sie erhalten anliegend ein Exemplar der Schrift „Die Tuberkulose als Volkskrankheit und deren Bekämpfung“.“

So zweckmässig es ist, die Aufstellung von Spucknäpfen in den Wirths-

lokalen im Wege der polizeilichen Verfügung zu erzwingen, so undurchführbar ist das Verbot sowohl der Verabfolgung von Getränken und Speisen an Tuberkulöse, wie überhaupt des Aufenthaltes derselben in den Wirthszimmern, selbst wenn ein derartiges Verbot gesetzlich zulässig wäre. Zunächst müsste die Polizeibehörde doch dann den Gastwirthen ein Verzeichniss aller einheimischen Tuberkulösen aushändigen; von wem soll aber ein solches aufgestellt werden? Für auswärtige Tuberkulöse soll das Verbot keine Geltung haben; sind diese etwa weniger gefährlich als die einheimischen? Derartige über das Ziel hinausgehende Verordnungen können der Sache selbst nur schaden!

Die Pest scheint in Odessa (Russland) jetzt erloschen zu sein; die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug vom 8.—15. Oktober 2 (1), 16.—22. Oktober 2 (1), seitdem sind neue Erkrankungen nicht vorgekommen; ihre Gesammtzahl vom 10. Juni bis 28. Oktober stellt sich auf 48 (16).

Ein einzelner Pestfall ist am 25. Oktober in Galata (Türkei) beobachtet

In Indien noch ist noch immer keine Abnahme der Seuche bemerkbar; die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug in der Präsidentschaft Bombay in den Wochen vom 28. September bis 18. Oktober 10861 (7903), 9903 (7861), 10423 (7771), davon in der Stadt Bombay 112 (101), 119 (103), 127 (111), in der Hafenstadt Karachi 26 (23), 17 (9), 11 (7).

In Hongkong sind im September nur 2 Erkrankungen mit 1 Todesfall, in Formosa vom 15. Juli bis 31. August 80 (91), in Japan (Yokohama) bis 10. Oktober: 5 (2) vorgekommen.

In Aegypten sind nur noch vereinzelte Fälle (vom 10.—17. Oktober und in der ersten Woche des November je 1 Fall) in Alexandrien zur amtlichen Kenntniss gelangt. Ende September kam auch im Kapland (Port Elisabeth) wieder ein neuer, tödtlich verlaufender Pestfall zur Beobachtung.

In Mauritius betrug die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle vom 5. Sept. bis 9. Oktober 39 (31).

In Rio de Janeiro (Brasilien) sind vom 1.—15. September: 15, vom 16.—30. September: 25, vom 1.—15. Oktober: 16, in San Francisko (Vereinigte Staaten Nordamerikas) im September: 8, und bis 16. Oktober 6 Pesttodesfälle gemeldet.

Die Cholera ist im asiatischen Russland im Erlöschen begriffen; im Amurbezirke sind in den Wochen vom 4. bis 30. Oktober nur 28, 32, 30, 11 u. im Kwantungbezirke nur 11, 6, 1, —, Erkrankungen vorgekommen.

In Nagasicki (Japan) sind bis 16. September 661 Choleraerkrankungen und 384 Todesfälle gemeldet, vom 16. bis 27. September 54 (93); in Kobe vom 15. September bis 1. Oktober 288 (239). In Formosa betrug die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle vom 15. Juli bis 31. August 323 (246), auf den Philippinen vom 1. bis 15. September 27116 (17657) und vom 16. bis 30 September: 16530 (9975), davon 186 (156) und 89 (65) in Manila.

In Korea hat die Seuche namentlich in Söul eine grössere Ausbreitung gefunden; in einem Gefängniss starben innerhalb 8 Tagen von 400 Insassen nicht weniger als 63 an Cholera. In Shanghai (China) sind vom 18. August bis 14. September 171 Choleratodesfälle angezeigt; in Soerabaya (Niederländisch-Indien) vom 7. bis 20. September und 20. September bis 4. Oktober 213 bezw. 174 Erkrankungen mit 139 bezw. 87 Todesfällen.

In Aegypten hat die Cholera erheblich nachgelassen; die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle betrug in den Wochen vom 7. Oktober bis 3. November 819 (772), 685 (622), 415 (356), 190 (179), davon in Kairo 11, 15, 9, 3, in Alexandrien 57, 67, 45, 36. Die Gesammtzahl seit Juli bis Ende Oktober stellt sich auf 39375 (33537).

In Syrien (Türkei) hat die Seuche dagegen eine grössere Ausbreitung gefunden. In Gaza waren bis zum 3. November 916, in Lydda bis zum 2. November 241, in Tiberias 21 an Cholera gestorben; in der Zeit vom 2.—6. November dagegen in Gaza 35, Lydda 76, und in Tiberias 102 neuerkrankt und 87, 39 bezw. 67 gestorben.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei, Minden.

15. Jahrg. 1902.

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,
Herzogl. Bayer. Hofbuchhändler.
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.

Beitrag zur Sicherung des physiologischen Experimentes bei Verdacht auf Strychninvergiftung.

Von Dr. med. Alfred Schmidt-Neustettin, staatsärztl. approb.

Als Kriterien einer zweifelhaften Vergiftung verlangt die forensische Praxis ein Uebereinstimmen der intra vitam beobachteten Symptome, des Obduktionsbefundes und des chemischen Nachweises des fraglichen Giftes nebst anschliessendem physiologischem Experiment. Vollständig wird zwar dieser Idealbeweis bei weitem nicht bei allen in Betracht kommenden Fällen zu erbringen sein, vor allem nicht bei einer Vergiftung, die gewöhnlich rasch verläuft und deren Obduktionsbefunde entweder ausserordentlich vieldeutige, meist aber völlig negative sind — bei der Strychninvergiftung. —

Abgesehen von versehentlichen Vergiftungen, in denen schleunigst der Arzt zugezogen wird, werden bei Mord oder Selbstmord mittels Strychnin einmal alle Symptome möglichst vertuscht oder verdunkelt, und ausserdem derartig hohe Dosen angewandt, dass bei dem raschen Ablauf der Erscheinungen eine Beobachtung intra vitam kaum möglich sein wird. So bleibt denn bei dem völlig negativen Resultat der Obduktion als ultimum refugium oft nur die chemische Untersuchung und im Anschluss an sie das physiologische Experiment mit dem gefundenen Stoffe übrig.

Die gebräuchlichsten Methoden der chemischen Untersuchung sind ausserordentlich mühsame und umständliche; das Ausschüttelungsverfahren nach Stas-Otto und Dragendorff ermöglicht aber bei Vorhandensein von Strychnin selbst in der minimalen

Menge von 0,001, ja selbst 0,0005 mg noch dessen Nachweis. Erheblich erschüttert wurde jedoch die Sicherheit des Strychninnachweises wie überhaupt der Pflanzenalkaloide durch die im Jahre 1873 von Franzesko Selmi veröffentlichte Entdeckung der sogenannten Ptomaine, oder besser Ptomatine, auch Leichenalkaloide genannt. Selmi zeigte, dass in jeder Leiche mit beliebiger Todesursache, nach dem Verfahren von Stas-Otto alkaloidische Substanzen nachgewiesen werden können, welche geeignet sind, den Gerichtschemiker irre zu führen.

Die eminent wichtige Bedeutung dieser Ptomatine für die forensische Diagnose leuchtet ein; sie ergab sich auch bald nach ihrer Entdeckung für die Praxis (cf. Neue Pitaval: General Gittone u. Wittwe Sonzogno.) Die verschiedenen Methoden, welche man angab, um den Charakter der sogenannten Leichenalkaloide festzustellen und ihre sichere Differenzirung von Pflanzenalkaloiden zu ermöglichen, können hier nur angedeutet werden. Dragendorff und Gräber empfahlen als ein besonders empfindliches Reagens auf Ptomatine gegenüber den Alkaloiden Jodjodwasserstoff; auch Jodsäure und eine Mischung von rothem Blutlaugensalz und Eisenchlorid, sowie eine solche von Phosphormolybdänsäure und Ammoniak sollen gleichfalls schon kleine Ptomatinmengen nachweisen. Ferner sollen sich Ptomatine nicht in Petroläther und Benzin, wohl aber leicht in Chloroform, Aether und Amylalkohol lösen, was namentlich bei der Dragendorff-schen Ausschüttelungsmethode zu beachten sein dürfte. Auch andere Anhaltspunkte kommen in Betracht. So pflegt sich die Uebereinstimmung in den Spezialreaktionen der Pflanzenalkaloide und der entsprechenden Ptomatine nur auf einen Theil derselben zu erstrecken, für die anderen aber abweichende Resultate zu geben. Weiterhin kommen Unterschiede in Aussehen, Geruch und Geschmack vor; schliesslich ist nur ein Theil der Ptomatine giftig, aber auch hier stimmen die physiologischen Reaktionen der Ptomatine meist nicht mit denjenigen der chemisch ähnlichen Pflanzengifte überein.

Unter diesen Ptomatinen sind auch Leichenstrychnine mehrfach beobachtet worden, und was im Vorstehenden über die Differentialdiagnose zwischen Pflanzenalkaloiden und Ptomatinen im Allgemeinen gesagt worden ist, gilt auch für diese speziell. So hat man Ptomatinstoffe gefunden, welche nicht nur verschiedene chemische Reaktionen einschliesslich der Identitätsreaktion mit dem Strychnin gemeinsam hatten, sondern auch dessen tetanisirende Wirkung besassen. Anderseits fand sich dagegen die Aehnlichkeit des Ptomains mit dem Pflanzenalkaloid nur bezüglich des chemischen Verhaltens oder nur rücksichtlich der tetanisirenden Wirkung.

Aus dem Gesagten geht zur Genüge hervor, wie ungeheuer schwierig es bisweilen sein mag, beim Fehlen anderer Anhaltspunkte zu entscheiden, ob ein nach den angegebenen Ausschüttelungsmethoden aus einer Leiche gewonnener Stoff, der Strychnin ähnliche Wirkungen oder Reaktionen zeigt, als das Pflanzenalkaloid Strychnin, oder als ein Ptomatin, als sogenanntes

Leichenstrychnin anzusprechen ist. Entscheidend wird dann, ausser dem krystallographischen Befunde, oft die vergleichende Ausführung sämmtlicher Strychninreaktionen sein und schliesslich nicht zum wenigsten das physiologische Experiment!

Freilich war auch dieses in seiner Beweiskraft speziell für Strychninvergiftung sowohl durch andere Umstände, wie auch durch die Selmi'schen Entdeckungen zunächst beeinträchtigt worden. Inzwischen aber haben sich hier die Verhältnisse etwas geklärt und hoffe ich in Folgendem auch einen kleinen Beitrag zur Sicherstellung des physiologischen Experimentes zu liefern.

Zum physiologischen Versuch benutzte man, gerade sobald es sich um den Nachweis von Strychnin handelte, mit Vorliebe den Frosch, der als ausserordentlich empfindlich gegen selbst minimale Mengen Strychnin galt. — Nach Schauenstein genügen Dosen von 0,015 mg, um Krämpfe hervorzurufen und 0,032 mg, um den Tod des Versuchsthieres herbeizuführen; doch derselbe Autor wies auch darauf hin, dass bei Fröschen infolge bestehender individueller Reizbarkeit oft schon ganz geringfügige Verletzungen Tetanus auslösen können. Ranke fand, dass Sommerfrösche viel empfindlicher gegen Strychnin sind als Winterfrösche; erstere sah er schon nach Injektion von 0,006 mg Strychninnitrat in Tetanus verfallen, während für die widerstandsfähigeren Winterfrösche durchschnittlich 0,04 mg erforderlich waren. Demgegenüber stehen die Versuche von Falk[1]), welcher mit weissen Mäusen experimentirte und nachwies, dass junge weisse Mäuse im Alter von 15 Tagen viel feiner reagiren, indem bei ihnen schon 0,0012—0,002 mg Strychninnitrat genügen, um typischen Tetanus hervorzurufen. Damit kam, wie ich auf Grund eigener Versuche nur bestätigen kann, die physiologische Reaktion fast der Empfindlichkeit und Feinheit der chemischen, bei der schon 0,001 mg zum Nachweis genügt, gleich, und ausserdem kommt bei Benutzung von weissen Mäusen die Möglichkeit in Wegfall, infolge individueller Reizbarkeit des Versuchsthieres, lediglich durch eine leichte Verletzung, den Stich mit der Injektionsnadel, Tetanus hervorzurufen und somit getäuscht zu werden. — Wenn aber Ipsen[2]) mit Rücksicht auf die Angaben Falk's, Ranke's und Schauenstein's folgert, dass „die noch vielfach in Verwendung stehenden Frösche für forensische Zwecke gänzlich unbrauchbar sind", so kann ich diese Ansicht nicht theilen und zwar aus folgenden Gründen:

Einmal genügen, wie ich mich durch wiederholte Versuche überzeugt habe, Dosen von 0,01 mg Strychninnitrat, um bei Winterfröschen im Gewicht von 25—30 gr. Tetanus und Tod hervorzurufen, sobald sie subkutan injizirt werden. Die von Ranke angegebenen Dosen erscheinen also reichlich zu hoch bemessen, ebenso die Angaben Schauenstein's, zumal bei kleineren Thieren von 10—12 gr Körpergewicht schon 0,006 mg genügten,

[1]) Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin. Bd. XLI., Heft I.
[2]) Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin. N. F., IV. Bd., I. Heft, S. 37.

um diesen Effekt hervorzubringen. Trotzdem haben diese Versuche aber immer noch erheblich grössere Dosen zur Grundlage, als sie bei der 15 Tage alten weissen Maus nöthig sind. Hinsichtlich der Feinheit und Empfindlichkeit des Injektionsversuches dürften die letzteren zwar den Vorzug verdienen, aber sie haben anderseits einen Nachtheil, der, sobald es sich um forensische Fälle handelt, schwer genug in's Gewicht fällt: sie reagiren als Warmblüter ausserordentlich heftig auf Ptomatine, also auch auf das sogenannte Leichenstrychnin. Nicht so der Frosch, welcher als Kaltblüter gegen die Wirkung der Ptomatine gefeit ist. Es wird also, um Leichenstrychnin sicher ausschliessen zu können, gerade der Frosch für das physiologische Experiment nicht zu entbehren sein, vor allem, da er noch eine andere schätzbare Eigenschaft besitzt, deren Kenntniss vielleicht einiges Interesse für meine Versuche erwecken dürfte.

Ich habe nämlich durch eine ganze Reihe von Versuchen festgestellt, dass es genügt, dem Frosch die Strychninlösung einfach aufzuträufeln, um die typische Strychninreaktion, die Streckkrämpfe, hervorzubringen. Ohne die geringste Verletzung der äusseren Haut — also weder endermatisch noch hypodermatisch — angewandt, sondern einfach aufgeträufelt, genügten bei Fröschen von 30 gr Körpergewicht im Durchschnitt schon Dosen von 0,02 bis 0,01 mg Strychninnitrat, um typische tetanische Anfälle auszulösen, die 1—2—$2^1/_2$ Tage lang sich wiederholten, bis sie endlich den Tod herbeiführten. Ja, bei einem kleinen Fröschchen von 6 gr Körpergewicht reichten schon 0,0065 mg. Strychninnitrat hin, um diesen Effekt zu erzielen.

Ich führe 3 dieser Versuche hier an:

I. R. esculenta 30 gr. schwer:

2^{25} h.: 0,02 mg Strychninnitrat aufgeträufelt;
2^{35} h.: schon krampfiges Zittern resp. Hüpfen;
2^{45} h.: leichtes Zittern bei Klopfen auf den Tisch;
3^{20} h.: Schwimmhäute krampfartig gespannt, bei Klopfen auf den Tisch deutliche Streckkrämpfe;
3^{25} h.: typische Streckkrämpfe.

Dieselben wiederholen sich nach kurzen Pausen. Tod nach $1^1/_2$ Tag.

II. R. esculenta 32 gr. schwer:

3^{42} h.: 0,01 mg. Strychninnitrat aufgeträufelt;
4^{45} h.: deutlich krampfiges Krabbeln;
5^{23} h.: ausgesprochene Streckkrämpfe;
5^{45} h.: Schreikrämpfe treten hinzu.

Von hier an wiederholen sich die Krämpfe nach kurzen Pausen. Tod nach $2^1/_2$ Tag.

III. R. esculenta 6 gr schwer:

10^{10} h.: 0,0065 mg Strychninnitrat auf den Rücken geträufelt;
10^{45} h.: Thier äusserst unruhig;
11^{05} h.: fällt bei versuchter Bewegung auf den Rücken, Schwimmhäute stark krampfig gespannt, Zittern, richtet sich wieder auf;
11^{15} h.: bei Erschütterungen deutliche Schwimmstösse;
11^{17} h.: Tetanus; Tod nach 14 Stunden.

Bei 6 weiteren Fröschen von je 20—25 gr Körpergewicht genügte die durchschnittliche Gabe von 0,015 mg aufgeträufelt, um mit Sicherheit Tetanus und nach verschieden langer Dauer in 1—2 Tagen den Tod herbeizuführen. Das erste Auftreten dieser Anfälle wird

allerdings meist erst nach $1^1/_2$—$2^1/_2$ Stunden beobachtet, zögert also länger wie bei subkutaner Injektion, dafür ist aber bei seinen Versuchen die Möglichkeit, dass in Folge grosser individueller Reizbarkeit des Versuchsthieres schon die geringfügige Verletzung mit der Injektionsnadel Tetanus erzeuge, ausgeschaltet. Damit scheint mir der Werth des Frosches als Versuchsobjekt beim physiologischen Experiment erheblich gestiegen zu sein; zugleich ist die Möglichkeit gegeben, auch durch das physiologische Experiment das Pflanzenalkaloid von dem Ptomatin (Leichenstrychnin, Brieger'sches Tetanusgift) zu unterscheiden.

Wenn auch zugegeben werden muss, dass die 15 Tage alte weisse Maus erheblich feiner auf (Pflanzen-) Strychnin reagirt, als der Frosch, nämlich schon bei 0,0012—0,002 mg Strychninnitrat, allerdings subkutan injizirt, so würde doch das Auftreten tetanischer Krämpfe nach Injektion eines strychninverdächtigen Stoffes in genannter Menge, noch nicht für das Vorhandensein des Pflanzenalkaloids beweisend sein, sondern es könnte sich sehr wohl um Leichenstrychnin handeln, da, wie vorher gezeigt, die Maus als Warmblüter ausserordentlich heftig auf Ptomatine (Leichenstrychnin, Brieger'sches Tetanusgift) reagirt.

Anders der Frosch. — Verfällt dieser nach Aufträufelung einer strychninverdächtigen Lösung in typische tetanische Krämpfe, so kann mit Bestimmtheit auf das Pflanzenalkaloid Strychnin geschlossen werden; denn auf Leichenstrychnin oder Brieger'sches Tetanusgift reagirt ja der Frosch überhaupt nicht, selbst nicht bei subkutaner Injektion. Da ausserdem durch die angegebene Methode des Aufträufelns auch die Möglichkeit einer Täuschung durch Reflexkrämpfe (Tetanus, hervorgerufen durch den Stich der Injektionsnadel bei hochgradiger, individueller Reizbarkeit des Versuchsthieres) ausgeschlossen ist, da ferner schon minimale Mengen (0,0065—0,01 mg) Strychnin die Reaktion auslösen, und der Nachweis auf diese Weise absolut sicher für das Pflanzenalkaloid beweisend ist, so glaube ich die angegebene Methode zur Nachprüfung und eventuellen Verwerthung in der forensischen Praxis empfehlen zu können.

Ansteckung oder Blutvergiftung?

Von Dr. jur. Biberfeld-Hamburg.

Die beklagte Firma ist die Verlegerin einer Tageszeitung, der verstorbene Ehemann der Klägerin ist Abonnent dieser Zeitung, und als seine Rechtsnachfolgerin erhebt die Wittwe nunmehr Ansprüche auf Grund folgenden Sachverhalts:

Die Beklagte hatte sich verpflichtet, dem Rechtsnachfolger eines Abonnenten, wenn dieser durch einen körperlichen Unfall unmittelbar oder spätestens innerhalb drei Monate mit dem Tode abgehen würde, eine Vergütung von 1000 Mark zu zahlen. Die Klägerin behauptet nun, dass ihr Ehemann in Folge eines körperlichen Unfalls, wie er hier gemeint sei, den Tod erlitten habe, und verlangt in Folge dessen die Zahlung von 1000 Mark nebst 4% Zinsen vom Tage der Klagezustellung an. Die Beklagte bestreitet nicht, dass der Verstorbene ihr Abonnement gewesen sei, wohl aber, dass nach Massgabe ihrer

Bedingungen die Voraussetzungen gegeben seien, unter denen ihre Versicherungspflicht Platz greift. Die Versicherung selbst wird nämlich von ihr gewährt für solche körperlichen Beschädigungen, „von welchen der Versicherte durch plötzliche, von Aussen her kommende Gewalteinwirkung unfreiwillig betroffen wird, einschliesslich der Blutvergiftung, welche durch einen, in die Versicherung eingeschlossenenen Unfall entstanden ist. Dahingegen werden von der Versicherungspflicht zu Gunsten der Beklagten ausgeschlossen u. a. Ansteckungen, auf welche Art sie auch herbeigeführt sein mögen. Als feststehend ist aber anzusehen, dass der verstorbene Ehemann der Klägerin am 20. November 1900 sich bei der Arbeit als Schauermann eine kleine Verletzung am rechten Unterarm durch Reissen an einem Kistennagel zugezogen hat, dass er, ohne sich weiter um die Verletzung zu kümmern, an den nächsten Tagen seine Arbeit fortgesetzt und dabei am 24. November Häute in einem Dampfer verstaut hat. Als er am Morgen des 25. November nach Hause kam, war der verletzte Arm plötzlich erheblich angeschwollen; es wurde deshalb am 25. November die Hülfe des Dr. med. D., am 26. November die des Dr. med. Z. in Anspruch genommen. Letzterer ordnet die Ueberführung des Kranken in das Neue Allgemeine Krankenhaus an, wo derselbe durch Dr. S. behandelt wurde, aber bereits am 26. November 1900 verstarb. Die Sektion ergab Milzbrand als Todesursache.

Nach dem vorliegenden ärztlichen Gutachten, insbesondere dem des Dr. S. ist erwiesen anzunehmen, dass der Verstorbene sich die Milzkrankheit dadurch zugezogen hat, dass beim Hantiren mit den Häuten Milzbrandkeime in die erwähnte kleine Wunde eingedrungen sind. Es handelte sich nunmehr für die Entscheidung darum, ob in diesem Thatbestande eine Ansteckung oder eine Blutvergiftung zu erblicken sei. Das Hanseatische Oberlandesgericht hat die Klage in seinem Erkenntnisse vom 22. April 1902 im letzteren Sinne beantwortet und demgemäss die Verurtheilung der Beklagten zur Zahlung der Versicherungssumme ausgesprochen in Bestätigung der Entscheidung, die schon der Vorderrichter gefällt hatte. Die Erkenntnissgründe gipfeln etwa in folgenden Sätzen:

Die Beklagte meint, dass die hier festgestellte Milzbrandinfektion als Ansteckung im Sinne des §. 1, Abs. 6 zu betrachten sei, und deshalb nicht unter die Versicherung falle. Die Klägerin vertritt dagegen den Standpunkt, dass es sich hier um eine Blutvergiftung handele, die durch einen in die Versicherung eingeschlossenen Unfall entstanden sei, und dass deshalb Abs. 5 des §. 1 anwendbar sei. Auf Grund der vorliegenden ärztlichen Gutachten schliesst auch das Berufungsgericht sich der Auffassung der Klägerin an. Wie in dem Gutachten des Dr. S. ausgeführt wird, versteht man unter Ansteckung gemeiniglich solche Uebertragung von Krankheiten, die, ohne dass eine äussere Eingangspforte vorhanden ist, sich auf den Menschen übertragen, wie Pocken, Scharlach, Typhus etc. Im vorliegenden Falle muss das Leiden jedoch als Bltutvergiftung bezeichnet werden, da das Gift durch eine von einem Unfall herrührende Wunde in den Körper gedrungen ist. Es kann dahingestellt bleiben, ob diese hier entwickelte Unterscheidung den auf dem Gebiete der Medizin herrschenden streng wissenschaftlichen Anschauungen entspricht. Jedenfalls ist sie der Auffassung des Laienpublikums geläufig und die Beklagte als Verfasserin der Bedingungen muss eine solche Auffassung gegen sich gelten lassen. Dadurch, dass im Abs. 5 die Blutvergiftungen,

welche durch einen in der Versicherung eingeschlossenen Unfall entstanden sind, ausdrücklich in die Versicherung eingeschlossen sind, wird auch für den vorliegenden Fall das Bedenken beseitigt, dass der Tod nicht unmittelbar durch die als Unfall im Sinne des Abs. 2 anzusehende körperliche Beschädigung (Verletzung des Armes durch Reissen an einem Nagel), sondern erst unter Hinzutritt einer Wundinfektion (Milzbrand) verursacht ist. Die Wundinfektion hätte ohne die auf dem Unfall beruhende Verletzung nicht eintreten können; sie ist deshalb als durch den Unfall verursacht anzusehen, und im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen ist der durch solche Blutvergiftungen verursachte Tod dem durch eine plötzliche, von aussen her kommende Gewalteinwirkung unmittelbar verursachten gleichgestellt.

Der deutsche Verein für Volkshygiene und der beamtete Arzt.

Von Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Neumann, Schriftführer des deutschen Vereins für Volkshygiene in Bromberg.

In Preussen hat das Kreisarztgesetz dem beamteten Arzt ein voll gerüttelt Mass von Arbeit gebracht; es hat aber seine Thätigkeit erweitert, seinen Einfluss vermehrt. Dies gilt vor allem auf hygienischem Gebiet. Soll sein Einfluss dort wachsen, so ist es nothwendig, dass auch das Verständniss der Bevölkerung, für deren gesundheitliche Unterweisung der Kreisarzt eingesetzt ist, wachse. Eine solche Möglichkeit ist gegeben im deutschen Verein für Volkshygiene. Ich will mich hier, da ich an anderen Stellen lebhaft für die Gründung von Zweigvereinen eingetreten bin, und dies in mannigfachen Fachblättern zum Ausdruck gebracht habe, nur auf einige Gesichtspunkte beschränken. Ich will auch davon absehen, dass der preuss. Medizinal-Minister die Veröffentlichungen des Vereins zur Verbreitung und Kenntnissnahme den Regierungspräsidenten empfohlen hat und dass an der Spitze des Vereins Männer, wie Rubner, Eulenburg, Schmidtmann, Becher, Schwalbe stehen, dass dem Zentralausschuss u. A. Loeffler, Fraenkel, Rapmund zugehören. Aber gerade der beamtete Arzt, (in erster Instanz Kreisarzt, Bezirksarzt u. s. w, in zweiter Instanz Regierungs- und Medizinalrath u. s. w.) ist geeignet, an der Spitze und in der Leitung solcher Zweigvereine des deutschen Vereins für Volkshygiene erspriesslich zu wirken. Einmal wird es gelingen, dass der Verein sich allmählich ein Publikum heranzieht, bei welchem die gegebenen Lehren auf einen günstigen Boden fallen. Zweitens kann man wohl ohne Uebertreibung sagen, dass die Thätigkeit keines Beamten so sehr der Verbindung mit dem Volke bedarf, als gerade die des beamteten Arztes. Ich gebe gern zu, dass dieser, wenn er Neigung zu belehrender Thätigkeit hat, innerhalb seiner amtlichen Sphäre dazu auch Gelegenheit hat. Er wird dies aber mehr oder weniger immer in amtlicher Eigenschaft

thun. In einem deutschen Verein für Volkshygiene, der sich des Schutzes und der Empfehlung der zuständigen Behörden erfreut, kann er ganz erspriesslicher wirken. Er wirkt erzieherisch. Dass der Arzt der hygienische Lehrer des Volkes sein und bleiben muss, steht doch ausser allem Zweifel.

Nach den Erfahrungen, die wir in kurzer Zeit bereits hier gesammelt haben — bei uns ist der Regierungs- und Medizinalrath Vorsitzender des Vereins — haben wir Erfolge zu verzeichnen. Der deutsche Verein für Volkshygiene hier hat Vorträge halten lassen und lässt solche halten über Themata, deren Zweckmässigkeit kaum bestritten werden dürfte; z. B. über Volkshygiene und Kurpfuscherei. Er schafft damit ein Bollwerk gegen die Naturheilvereine. Ein Thema über Impfung, Anfang März gehalten, wird sicher auf dankbare Zuhörer rechnen, ebenso ein Thema über Ohrenschutz, Augenschutz und Zahnpflege. Aber nicht nur der Arzt kommt zum Wort, auch der Gesundheitsingenieur, der hygienisch gebildete Schulmann. Wer sich für den deutschen Verein für Volkshygiene interessirt, den verweisen wir auf seine Zeitschrift: Blätter für Volksgesundheitspflege. Auskunft ertheilt Herr Dr. Beerwald, Berlin, Motzstrasse 77.

Da von massgebender Seite bereits darauf aufmerksam gemacht worden ist, dass in der Belehrung des Volkes unzweifelhaft ein sicherer Weg zur Anbahnung von hygienischen Reformen zu finden ist, und da die Stimmen allerhand sich mehren, dass dieser Weg für den Arzt der gegebene sei, sich das ihm und seiner Wissenschaft vielleicht verloren gegangene Vertrauen wieder zurückzuerobern, so kommt es lediglich darauf an, den Belehrungsdrang des Publikums, der sicher vorhanden ist, und den Belehrungsgang in die richtigen Bahnen zu lenken.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass behördliche Verfügungen und Wünsche beim Publikum weit besser in Gestalt eines Vortrages beizubringen sind, als in der Gestalt der Verfügung.

Der beamtete Arzt hat daher in einem solchen Verein für Volkshygiene Gelegenheit, selbst oder durch andere, dem Volk zum Sprachrohr hygienischer Verordnungen zu werden. Auch hier wird es an Stoff nicht mangeln; ein ergiebiges Thema ist z. B. die Auslegnng des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900 in Gestalt eines erläuternden Vortrags.

Wir erwarten in der Armee zweifellos Nutzen von der den Offizieren und Mannschaften gegebenen hygienischen Belehrung, z. B. über Geschlechtskrankheiten.

Wer freilich ohne Weiteres behauptet, die Belehrung nützt doch nichts, der soll den Erfolg doch erst abwarten, der natürlich nicht sofort in die Augen springen kann.

Bei der Gründung von Zweigvereinen möchte ich auf einige Punkte aufmerksam zu machen mir erlauben:

Der hiesige Regierungsbezirksverein der Aerzte ist Mitglied des deutschen Vereins für Volkshygiene. Somit fällt das Odium hier weg, dass etwa der einzelne Arzt der Reklame halber in

Verein Vorträge hält — der Geheimrath ist dazu ebenso berechtigt, wie der junge Kollege, der in die Praxis tritt.

Zweitens wird über Krankenbehandlung nicht gesprochen und dies offen ausgesprochen. Der Stoff ist so überreich, dass kein Arzt in die Gefahr kommt, über Therapie zu sprechen. Drittens: Der Vortrag ist lediglich belehrender und aufklärender Natur — es findet somit keine Debatte statt, im bewussten Gegensatz zu sogenannten Naturheilvereinen, wo die Laiendebatte ja den Hauptanziehungspunkt bildet; wir halten lediglich Lehrvorträge, die gut besucht sind. Selbst den „Fragekasten" haben wir hier mit Absicht weggelassen.

Giebt es einen Weg, die Hygiene volksthümlich zu machen, so ist er hier gegeben; ich glaube nicht zu viel gesagt zu haben, wenn ich behaupte, dass der beamtete Arzt sich ganz besonders zum Förderer der Bestrebungen des deutschen Vereins für Volkshygiene eignet.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Hildesheim in Göttingen am 25. Oktober 1902.

In Gemässheit des Min.-Erl. vom 10. Juli 1902 war vom Herrn Regierungspräsidenten eine Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks im Hörsaal des hygienischen Instituts der Universität Göttingen auf Sonnabend, den 25. Oktober, Nachmittags 1¼ Uhr anberaumt worden, zu welcher auch diejenigen Aerzte, welche die kreisärztliche Prüfung abgelegt hatten, die Landräthe und sonstige kommunale und Staatsbeamte Einladungen erhalten hatten. An der Versammlung nahmen theil, der Herr Regierungspräsident von Philipsborn, der Reg.- und Med.-Rath Dr. Arbeit, Prof. Dr. von Esmarch, Direktor des hygienischen Instituts, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Ebstein, Direktor der medizinischen Klinik, Prof. Dr. Damsch, Leiter der medizinischen Poliklinik, Dr. Reichenbach, Privatdozent für Hygiene, die Oberbürgermeister von Göttingen bezw. Hildesheim Calsow und Struckmann, sowie die Kreisärzte Dr. Dr. Richter-Peine, Riehn-Clausthal, Nieper-Goslar, Müller-Northein, Gerlach-Ilfeld, Schulte-Münden, Lotze-Osterode, Buchholtz-Einbeck, Lemmer-Alfeld, Schnelle-Marienburg und Becker-Hildesheim, ferner die Landräthe der Kreise Northeim, Münden, Zellerfeld, Einbeck, Göttingen, Alfeld und Ilfeld, die Polizeidirektoren von Göttingen und Hildesheim und mehrere kreisärztlich geprüfte Aerzte sowie mehrere Assistenten der Göttinger Universitätsinstitute.

Der Herr Regierungspräsident leitete mit einer Begrüssung die Versammlung ein und dankte den Gästen für ihr Erscheinen, in dem er eine Bethätigung des Interesses sieht, welches Verwaltungsbeamte und Universitätslehrer der Thätigkeit der Medizinalbeamten entgegen bringen. Ganz besonderer Dank gebühre dem Herrn Prof. von Esmarch, welcher in liebenswürdiger Weise sein Institut zur Verfügung gestellt habe. Sodann wurde in die Tagesordnung eingetreten.

I. **Ueber Untersuchung und Begutachtung von Trinkwasser mit besonderer Berücksichtigung der Typhusübertragung.**

Der Vortragende, Privatdozent Dr. Reichenbach-Göttingen, beschränkt sich im wesentlichen auf die Beurtheilung von Brunnen. Gesundheitsschädigungen sind denkbar durch Aufnahme einer geringen Anzahl schädlicher, ausschliesslich anorganischer Stoffe, insbesondere Erdalkalisalze. Die Ansichten, bezüglich der durch den Härtegrad hervorgerufenen Schädlichkeit sind verschieden; fest steht, dass sehr harte Wässer (etwa von 60 deutschen Härtegraden ab), wenn sie viel Magnesia und Schwefelsäure enthalten, Durchfälle machen können. Auch Wässer von 40—60 Graden sind wenig brauchbar für Haushaltszwecke. Gesundheitsschädigungen können ferner durch Beimischung industrieller Abwässer (Endlaugen der Kaliwerke) oder durch Aufnahme von

Blei (bei kohlensäurehaltigen weichen Wässern) aus den Leitungsröhren hervorgerufen werden. Aussehen, Geruch und Geschmack des Wassers leidet bei Eisen- und Kochsalzgehalt. Im Uebrigen ist eine quantitative chemische Wasseranalyse entgegen der in Laienkreisen immer noch herrschenden Ansicht nur in den seltensten Fällen von Nöthen.

Viel wichtiger ist die Frage, ob durch einen bestimmten Brunnen eine Infektionskrankheit (Typhus, Ruhr, Cholera) übertragen werden kann. Da es in der Mehrzahl der Fälle nicht möglich ist, denjenigen Typhusfall ausfindig zu machen, von dem die erste Infektion des Brunnens herstammt, so dürfen wir keineswegs, weil wir die Infektionsquelle nicht auffinden, deshalb ohne Weiteres den Verdacht gegen den Brunnen fallen lassen. Eines der besten Mittel zur Feststellung der Infektionsquelle ist Widal's Reaktion, welche durch Ermittelung zweifelhafter Fälle oft den Zusammenhang unter den verschiedenen, zeitlich sehr weit auseinanderliegenden Erkrankungen wiederherstellt. In der allergrössten Mehrzahl der Fälle gelangen die Typhusbazillen durch undichte Brunnenabdeckungen von oben, seltener durch die Seitenwände hindurch in das Brunnenwasser, fast ausnahmlos, indem Jauche aus undichten Abortgruben, Düngerstätten u. s. w. ausfliesst. Gärtner hat neuerdings bewiesen, dass auch auf weitere Entfernungen hin bei sehr lockeren, schlecht filtrierenden Bodenschichten eine Verseuchung stattfinden kann.

Folglich: ein Brunnen, der nicht so angelegt ist, dass jeder Zufluss von der Erdoberfläche oder aus den oberen Bodenschichten unmöglich ist, muss als gefährlich angesehen werden, denn er bietet die Möglichkeit, dass mit den anderen Zuflüssen auch Typhusbazillen in ihn hineingelangen. Ob das wirklich geschehen wird, oder gar wann das geschehen wird, hängt von Zufälligkeiten ab, die unüberblickbar sind. Ein solcher Brunnen kann jahrelang bestehen, ohne Schaden anzurichten, sobald es ein unglücklicher Zufall will, kann er der Ausgangspunkt einer schweren Epidemie werden.

Daher ist eine Besichtigung der Brunnen unbedingt erforderlich: Nicht Wasseruntersuchung, sondern Brunenuntersuchung ist unsere Aufgabe!

Der Nachweis der Typhusbazillen in Wasserproben ist gänzlich überflüssig, weil meistens die Bazillen, wenn das Wasser zur Untersuchung kommt, längst daraus verschwunden sind und überhaupt ihr Nachweis trotz der vielgerühmten Methode von v. Drigalski und Conradi in den meisten Fällen misslingt. Es ist geradezu ein hygienischer Kunstfehler, wenn man in Fällen, in denen epidemiologische Gründe für die Rolle eines Brunnens als Infektionsträger sprechen, seine Zeit mit dem Suchen nach Typhusbazillen verliert, und es wäre unverantwortlich, einen sonst stark verdächtigen Brunnen frei zu geben, weil keine Typhusbazillen in ihm nachgewiesen werden konnten. Die Frage lautet nicht: „Sind Typhusbazillen im Wasser drin, sondern können solche hineinkommen?"

Der Zählung der Keime ist nur ein sehr bedingter Werth beizumessen; ebenso wird neuerdings von Weissenfeld behauptet, dass die Colibakterien ubiquitär seien, so dass auch in ihrem Vorhandensein im Trinkwasser nicht der Schluss auf die Anwesenheit von Darminhalt zu ziehen sei. Die Frage bedarf noch der Aufklärung.

Anderseits kann auch die chemische Untersuchung bis zu einem gewissen Grade uns zwar über die Appetitlichkeit des Wasser unterrichten und kann uns über den Zustand des Bodens (Nitrifikation), aus dem es stammt, bedeutsame Aufschlüsse schaffen, aber sie kann auf die allerwichtigste Frage, ob der Brunnen einer Typhusinfektion ausgesetzt ist, keine Antwort geben. Nur in dem einen seltenen Falle, wenn nämlich von mehreren, auf demselben Terrain belegenen Brunnen einer die chemischen Merkmale der Verunreinigung zeigt, während die anderen rein sind, dann kann man annehmen, dass nicht der ganze Boden gleichmässig, sondern nur derjenige in der Nähe des Brunnens verseucht ist.

In der Praxis wird von Laien und oft auch Aerzten bei Typhusausbruch immer sofort „das schlechte Wasser" beschuldigt. Die Annahme einer Brunnenepidemie ist aber nur bei explosionsartigem Auftreten berechtigt; folgen die Erkrankungsfälle sich in wochenlangen Zwischenräumen, so ist Kontaktinfektion wahrscheinlich. Trotzdem ist eine Brunnenbesichtigung dringend erforderlich,

um festzustellen, ob eine Infektion desselben durch Zuflüsse vollkommen ausgeschlossen ist. Fast stets wird man dabei feststellen, dass sich der Brunnen in mangelhaftem Zustande befindet; man wird ihn also schliessen, oder an einwandfreier Stelle einen neuen bohren. Eine Wasseruntersuchung ist völlig überflüssig.

Trotz dieser bereits vor acht Jahren von Hygienikern und Medizinalbeamten mit aller Schärfe aufgestellten Sätze führen noch zahlreiche Apotheker, Nahrungsmittelchemiker u. A. ihre Wasseruntersuchungen getreu nach der alten Schablone aus. Ja sogar in der neuesten Auflage (1901) des Schlockow findet sich der Satz ausgesprochen: „Wo es auf eine schnelle Orientirung ankommt, prüfe man nach der bekannten Methode mit Nessler'schem Reagens auf Ammoniak und auf Nitrit mit Metaphenylendiamin; das Vorhandensein dieser Körper macht das Wasser verdächtig!“ Nicht nur bei Verwaltungsbeamten, sondern auch bei Aerzten, ja bei beamteten Aerzten ist die Meinung verbreitet, dass man, um ein Urtheil über die Brauchbarkeit eines Brunnens zu bekommen, nur eine Wasserprobe in eine beliebige Flasche zu füllen und an das nächste hygienische Institut zu senden brauchte. Oft genug kommt es vor, dass, wenn die Besichtigung des Brunnens durch den Kreisarzt seine Unbrauchbarkeit ergeben hat, dass dann dem hygienischen Institute, gewissermassen als oberster Instanz von der Verwaltungsbehörde, vom Magistrat, Landrath oder Gemeindevorstand eine Wasserprobe eingesandt wird zur Entscheidung, ob das Verlangen des Kreisarztes nach Beseitigung oder Verbesserung des Brunnens berechtigt sei! Vortragender belegt dieses aus den Akten des Institutes.

Zur Verbesserung der traurigen Brunnenverhältnisse dienen folgende Mittel: Zunächst Belehrung — nicht der Bevölkerung — sondern der Behörden und wenn nöthig, auch der Aerzte darüber, wie die Typhusbazillen in die Brunnen gelangen; sodann Verbesserung mangelhafter Brunnen, eventuell Anlage von Wasserleitungen, wobei eine eingehende örtliche Prüfung des Quellgebietes unter Hinzuziehung eines geologischen Sachverständigen vorauszugehen hat. Endlich ist die Anwendung von Zwangsmassregeln, eventuell auf Grund des §. 8 des Kreisarztgesetzes, welche in ausgiebigem Gebrauche zur Schliessung von Brunnen bestehen müssten, zu empfehlen.

Brunnenordnungen (Schröder, Finger und Wever) stehen mehr oder minder bislang nur auf dem Papier. In der Stadt Göttingen steht aber seit Juni 1901 eine Polizeiverordnung über die Brunnen in Kraft, die sich gut bewährt hat. Dieselbe ist entstanden in Folge einer im Jahre vorher aufgetretenen Brunnen-Typhus-Epidemie, welche der Ausgangspunkt einer eingehenden Untersuchung sämmtlicher 520 Brunnen in Göttingen abgab. Vortragender machte sodann eingehende Mittheilungen über die Ergebnisse dieser Untersuchungen, welche darin gipfelten, dass von 520 in Göttingen vorhandenen Brunnen 350 in nicht einwandsfreiem Zustande sich befanden und trotzdem im Gebrauche waren. Der häufig gemachte Einwand der Brunnenbesitzer, das Wasser diene nicht zum Trinken, sondern nur zu gewerblichen Zwecken, zum Viehtränken, Spülen der Wäsche, Begiessen der Gärten u. s. w., musste stets unberücksichtigt beiben, weil die Ueberwachung der Brunnen in dieser Hinsicht undurchführbar gewesen wäre. Die Polizei-Verordnung, welche übrigens lediglich für Göttinger Verhältnisse zugeschnitten ist, und nicht ohne Weiteres auf andere Städte übertragen werden darf, geht von dem Grundsatz aus, dass für eine Stadt, die reichlich mit gutem, nicht zu theurem Leitungswasser versorgt ist, ein Bedürfniss nach Brunnen nicht anerkannt werden kann, und dass deshalb Jemand, wenn er seinen Brunnen für unentbehrlich hält, dieser Ueberzeugung auch ein Opfer bringen kann. Die Göttinger Verordnung verlangt deshalb in zweifelhaften Fällen lieber zu viel, als zu wenig, selbst auf die Gefahr hin, dadurch eine nicht unbedingt nöthige Belastung der Brunnenbesitzer zu bewirken. Der wesentliche Inhalt der Polizei-Verordnung ist folgender:

§. 1. Wer einen neuen Brunnen anlegen oder einen bereits vorhandenen zur Benutzung beibehalten will, hat die Genehmigung der Polizeidirektion einzuholen, welche nur unter Vorbehalt des Widerrufes ertheilt wird.

§. 2. Schacht- oder Kesselbrunnen dürfen nicht neu angelegt werden; ein bereits vorhandener darf weiterhin benutzt werden, wenn er so hergestellt ist,

dass eine Verunreinigung desselben von der Erdoberfläche oder den obersten Bodenschichten mit Sicherheit vermieden wird.

§. 3. Brunnen, bei denen an Stelle des gemauerten Schachtes ein Rohr aus Thon, Eisen u. s. w. zur Aufnahme des Saugrohres vorhanden ist, gelten als Schachtbrunnen.

§. 4. Bestimmungen für Rammbrunnen, analog §. 2.

§. 5 regelt die Brunnenuntersuchung durch Sachverständige.

§. 6. Die Benutzung von Brunnen jeder Art ist verboten: in Gasthäusern, Wein- und Flaschenbierhandlungen, Selterswasserfabriken, Schlachtereien, Bäckereien, Molkereien, Handlungen mit Molkereiprodukten und überhaupt in allen Betrieben der Nahrungsmittelindustrie, bei denen zu befürchten ist, dass das Wasser in ungekochtem Zustande im Betriebe Verwendung findet.

§. 7. Vorhandene unvorschriftsmässige Brunnen in den im §. 6 erwähnten Wohnstätten müssen geschlossen oder gänzlich beseitigt werden.

§. 8 regelt Ausnahmefälle.

§. 9 behandelt die verantwortlichen Personen.

§. 10 enthält Strafbestimmungen.

In der hieran sich anschliessenden Diskussion wurde von Prof. Dr. von Esmarch die Frage aufgeworfen, ob es zweckdienlich sei, die Kreisärzte, abgesehen von der leicht ausführbaren qualitativen chemischen Orientirungsprobe, auch mit bakteriologischen Untersuchungen des Trinkwassers an Ort und Stelle zu betrauen (fliegende Laboratorien), oder ob es vorzuziehen sei, dass die von diesen in einwandfreier Weise entnommenen und verpackten Proben dem nächsten hygienischen Institute oder einem der geplanten am Sitze der Regierung zu errichtenden Untersuchungsämtern zwecks bakteriologischer Untersuchung zugesandt werden sollten. Reg.- und Med.-Rath Arbeit machte die Mittheilung, das in den Regierungsbezirken Potsdam und Coblenz die Kreisärzte derartige einfache bakteriologische Untersuchungen ausführten. Von anderer Seite wurden wegen mancherlei technischer Schwierigkeiten und der nicht unbedingten Zuverlässigkeit der kreisärztlichen Untersuchungsresultate die Bedenken des Prof. von Esmarch getheilt insbesondere mit Rücksicht darauf, dass alle bakteriologischen Arbeiten sehr viel Zeit und Musse und andauernde theoretische und praktische Fortbildung auf diesem schwierigen Spezialgebiete erheischten, der Kreisarzt aber durch mancherlei amtliche und Berufsgeschäfte vielfach von der Verfolgung dieser Ziele abgelenkt werde. Sodann wurden Mittheilungen über die Oberflächenwasserleitung in Clausthal gemacht und ferner der Wunsch ausgesprochen, es möge auf Apotheker, Drogisten u. a. im Sinne der Reichenbach'schen Ausführungen eingewirkt werden, dass künftig Wasseranalysen, welche ausnahmslos das Publikum irre zu leiten geeignet wären, besser unterbleiben möchten. Endlich sagte der Herr Regierungspräsident eine Vervielfältigung des Reichenbach'schen Vortrages und Versendung an die Behörden zu.

II. Die Gefahren des freien und unbeaufsichtigten Verkehrs von Lungenkranken in den Gasthöfen und Privathäusern der Harzkurorte für die öffentliche Gesundheit. Vorschläge zur Abwehr dieser Gefahren. Kreisarzt Med.-Rath Dr. Riehn-Clausthal, Landrath v. Doetinchem-Ilfeld und Kreisarzt Dr. Gerlach-Niedersachswerfen (Kreis Ilfeld).

A. Med.-Rath Dr. Riehn: Der Bau vieler Lungenheilstätten im Harz hat zur Folge gehabt, dass die dortigen Sommerfrischen in den Ruf von Lungenkurorten gekommen sind. Eine Unmenge Schwindsüchtiger hat diese Orte überschwemmt und die Gefahr der Tuberkuloseverseuchung nach sich gezogen. Begünstigend für die Ausbreitung der Tuberkulose wirken folgende Umstände:

1. Gesundheitliche Missstände der betr. Orte: vielfach ungenügende Wasserversorgung, Abwässerbeseitigung, Fäkalien- und Mistentleerung, ungenügende Wege und Strassen, mangelhafte Beaufsichtigung des Nahrungsmittelverkehrs (Milch, Fleisch, Befingern der Marktwaare), ungünstige klimatische Verhältnisse. Empfohlen wird: Errichtung von Schlachthäusern, Markthallen, Strassenreinigung u. s. w. Ob der Harz überhaupt für Lungenkranke zu empfehlen, ist sehr zweifelhaft, da in den letzten 15 Jahren durchschnittlich 9 % der Gestorbenen der Tuberkulose erlagen. In den Prospekten der Kurorte könnten Warnungen aufgenommen werden.

2. Mangelhafte Wohnungsverhältnisse (bereits betont von Fränkel, Rubner, Knopf, Wernicke, Koch u. a.) begünstigen die Tuberkulosesterblichkeit; Besserung derselben verringern sie (Görbersdorf, Kopenhagen). Im Kreise Zellerfeld findet sich in den Schlafräumen der Arbeiter vielfach nur ein Luftraum von 5 cbm (!), in den Pensionaten für Lungenkranke in St. Andreasberg bis zu 9 cbm (!) herab. Empfohlen wird: Wohnungsgesetz, Aenderung der Bauordnungen, event. polizeiliche Schliessung ungeeigneter Pensionate.

3. Ungenügende Erwerbs- und Ernährungsverhältnisse der Bevölkerung: An manchen Orten sind in Folge des Niederganges des Bergbaues die Erwerbsverhältnisse sehr zurückgegangen; durch Vermiethen ihrer „besten Stuben" an Lungenkranke erhalten die Arbeiter während einiger Sommermonate bequemen und lohnenden Verdienst. Unterernährung der Eingesessenen durch Nahrungssorgen und Alkoholismus. Empfohlen wird: Aufbesserung der Erwerbsverhältnisse, Begünstigung bei der Einrichtung von Speisehäusern und Kochschulen, Bekämpfung des Alkoholismus.

4. Unbeaufsichtigtes Umherlaufen vieler nicht erkannter, Verheimlichen erkannter Krankheitsfälle. Empfohlen wird: Anzeigepflicht auch für verdächtige Fälle von Tuberkulose, Wiederholung der Anzeige bei Wohnungs- und Ortswechsel. Anzeigepflichtig sind zu machen: Heilpersonal, Hausbesitzer, Haushaltungsvorstände, Gasthausbesitzer, Besitzer von Logirhäusern, Internaten, Pensionaten, Vorstände von Waisen-, Siechen-, Armen- und Krankenhäusern, Leiter von gewerblichen Betrieben, wenn möglich die Kranken selbst. Erleichterung der Diagnose durch unentgeltliche Sputumuntersuchung, unentgeltliche Sprechstunden, Polikliniken für Unbemittelte.

5. Freier Verkehr zwischen Gesunden und Kranken: Benutzung derselben Wohnung, Schlafräume, Lagerstellen, Geschlechtsverkehr, gemeinsamer Verkehr in Wirthshäusern, gewerblichen Betrieben, Waisenhäusern, Kindergärten u. s. w. Empfohlen wird, da Isolirung weder durchführbar, noch nothwendig: volkstümliche Belehrungen über die Gefahr dieses Verkehrs, vorübergehende Unterbringung Erkrankter in Heilstätten und Krankenhäusern zwecks Erlernung zweckmässigen Verhaltens. Pensionate sind polizeilich zu überwachen und konzessionspflichtig zu machen im Sinne der Privatkrankenanstalten (vielleicht mit Erleichterungen von der Polizei-Verordnung von November 1895). Vieh (Haushunde, Katzen) soll in ihnen nicht gehalten werden. Tuberkulöse sollen keinen Handel mit Nahrungsmitteln treiben. Für den Gasthausverkehr besondere Vorschriften betr. Reinigung und Desinfektion der Wohn- und Schlafräume, Bettwäsche, Tischwäsche, Ess- und Trinkgeräthe. Private Vereinigungen von Gasthausbesitzern, welche sich gegen Zahlung von Strafgeldern verpflichten, keine Tuberkulöse bei sich aufzunehmen, sind anzuregen.

6. Unzweckmässiges Verhalten Gesunder und Kranker: Mangelhafte Reinlichkeit des Körpers, der Kleidung, Leibwäsche; Gleichgültigkeit in Bezug auf Verbleib der Entleerungen; Küssen, Anhusten, gemeinschaftliche Ess- und Trinkgeräthe, Ausstäuben von Gebrauchsgegenständen aus den Fenstern u. s. w. Empfohlen wird: polizeiliches Spuckverbot, Aufstellung von Spuckeimern auf Strassen und in öffentlichen Gebäuden, Führen von Speiflaschen, Beaufsichtigung und Beseitigung der Abfallstoffe und Abwässer, Verbot des Ausstäubens von Gegenständen aus den Fenstern. Besondere Vorschriften für Pensionate. Im übrigen Belehrung durch Wort und Schrift, Belehrung in Schulen und Vereinen durch Aerzte, Erziehung in Heilstätten und Krankenhäusern, gedruckte Schutzmassregeln, Tuberkulosemerkblatt, öffentliche Bekanntmachungen.

Zu diesen Ausführungen wurden vorgelegt: 1. ein Entwurf einer Polizei-Verordnung über Anzeigepflicht, 2. ein gleicher betr. Verkehr in Gasthäusern und Pensionaten und 3. eine volksthümlich gehaltene Belehrung über den Gegenstand der Berathung.

B. Landrath von Doetinchem: Heilstättenkranke gehen, überzeugt von der Heilkraft der Harzluft, aus Geldrücksichten häufig in Privatbehandlung bezw. in Pensionate über; Sterbende werden aus den Anstalten in andere Wohnhäuser verlegt, bezw. in Nachbarorte abgeschoben, um die Statistik nicht zu verschlechtern. Die Hauptgefahr droht von den unheilbaren, viel Sputum

auswerfenden, für Heilstättenbehandlung ungeeigneten Tuberkulösen. Die Pensionshalter sind an sich schon nicht rosig gebettet und haben nur während weniger Sommermonate aus dem Vermiethen ihrer Zimmer einen kleinen Nebenverdienst. Falls die vorgeschlagenen Abwehrmassregeln nicht sicher durchführbar sind, sollen sie lieber gar nicht erlassen werden, um nicht die an sich schon ungünstigen Erwerbsverhältnisse der Harzbewohner noch mehr zu drücken.

In Betracht kommt die Beaufsichtigung: I. der Hotels mit Durchgangsverkehr, II. der Kurorte und Sommerfrischen und III. der Lungenkurorte. In jedem dieser Fälle ist zu erwägen, ob sich ermöglichen bezw. durchführen lässt: a. Beseitigung grober hygienischer Missstände, b. Anzeigepflicht, c. Desinfektion.

Zu I. Hotels dürfen nicht ungünstiger, als diejenigen an anderen Orten behandelt werden. Uebrigens halten die Hotelbesitzer schon im Interesse ihres Hauses darauf, dass Schwindsüchtige bei ihnen nicht untergebracht werden. Zu bekämpfen ist der Missbrauch, dass die Tischwäsche (Servietten) vielfach nicht gewaschen, sondern nur leicht angefeuchtet und gebügelt wieder in Gebrauch gegeben wird. Aufstellung von Spucknäpfen. Einfluss der Gesundheitskommissionen ist zu erhoffen. Anzeigepflicht ist höchstens bei Todesfällen zu erreichen, wegen der Fluktuation der Hotelbewohner. Aus demselben Grunde ist in der Regel auch eine Desinfektion der Wohnräume undurchführbar, höchstens bei Todesfällen (die so gut wie nie vorkommen werden) und nach Ablauf der Saison.

Zu II. Kurorte und Sommerfrischen machen lebhafte Reklame, können daher auch verpflichtet werden, saubere Wohnräume zur Verfügung zu stellen und Missstände zu beseitigen. Errichtung von Gesundheitskommissionen nöthigenfalls dringend erwünscht. Anzeigepflicht ist unbedingt erforderlich, weil sie Vorbedingung ist für die Desinfektion. Letztere ist vorzuschreiben für Todesfall, Wohnungswechsel und Saisonschluss.

Zu III. Lungenkurorte: Insassen der Heilanstalten sind ungefährlich, ebenso wie die Anstalten selbst, welche ärztlich geleitet werden. Am bedenklichsten sind die Pensionate. Spucknäpfe- und Flaschen werden empfohlen; Spuckverbot aber für undurchführbar gehalten. Die Pensionate haben Konzession nachzusuchen, welche ertheilt wird, sobald die Bedingungen (event. mit Erleichterungen) für Privatkrankenhäuser erfüllt sind.

C. Kreisarzt Dr. Gerlach bespricht die Desinfektion der Auswurfstoffe, Gebrauchsgegenstände und Wohnungen nach den bekannten hygienischen Grundsätzen und Methoden in einer für die anwesenden Nichtärzte berechneten Form.

In der sich anschliessenden Diskussion wurden Bedenken gegen die Durchführbarkeit der gemachten Vorschläge erhoben und widerlegt. Prof. Dr. v. Esmarch hält das Spuckverbot für wirkungsvoll und erwünscht, wenn es in der Form erlassen würde, wie kürzlich die Hinweise auf den Staatsbahnhöfen. Anzeigepflicht und Desinfektionszwang müssen, wenn sie Erfolg haben sollen, streng gehandhabt werden. Von anderer Seite wurde die Durchführbarkeit der Anzeigepflicht bezweifelt; wenn es sich z. B. um zweifelhafte und noch nicht weit vorgeschrittene Fälle handele, werde der Hausbesitzer dieselben als solche nicht erkennen und also die Anzeige unterlassen, da ärztliche Behandlung vielfach nicht stattfinde. Dem wurde entgegen gehalten, dass die wirklich gefährlichen und ansteckungsfähigen Fälle doch auch für den Laien am äusseren Habitus erkennbar seien. Den Landesversicherungsanstalten wurde u. A. der Vorwurf gemacht, dass sie aus Sparsamkeitsrücksichten mehrfach Kranke in Bürgerquartieren untergebracht hätten, die eigentlich in die Heilstätten gehörten; wogegen von anderer Seite wieder darauf hingewiesen wurde, dass die von diesen Anstalten überhaupt in Krankenfürsorge genommenen Individuen relativ harmlos seien, weil eine viel zu strenge Auswahl getroffen und Phthisiker nur im Anfangsstadium in Behandlung genommen würden. Endlich wurde von einer Seite sogar der Vermuthung Raum gegeben, dass alle Verwaltungsmassregeln nicht so wirksam sein würden, wie eine Belehrung der breiteren Schichten der Bevölkerung dahin gehend, dass der Harz überhaupt zur Heilung der Lungentuberkulose ein völlig ungeeignetes Klima besitze. Der Harz sei ein geeigneter Platz für Nervöse und Erholungsbedürftige, aber nicht für Lungenkranke jeglicher Art. Im Grossen und Ganzen war als das Ergebnis

der sehr anregenden und lebhaften Besprechungen festzustellen, dass die von den drei Berichterstattern vorgeschlagenen Massnahmen nahezu alle als durchführbar und dringend erforderlich anerkannt wurden.

III. Ueber eine in Göttingen ins Leben gerufen **Desinfektorenschule** berichtet schliesslich Reg.- und Med.-Rath Dr. Arbeit: Personen, welche ein ortspolizeiliches Führungsattest und ein kreisärztliches Zeugniss über ihre körperliche und geistige Befähigung zum Berufe eines Desinfektors vorlegen, werden zu einem sechstägigen Unterrichtskurse im Göttinger hygienischen Institut, verbunden mit praktischen Uebungen in der städtischen Desinfektionsanstalt, einberufen. Der Kurs ist unentgeltlich, die Prüfungsgebühr beträgt zehn Mark. In jedem Quartal wird ein Kurs abgehalten.[1])

Aus der Versammlung heraus wurden sodann noch mancherlei Anregungen bezüglich der Auswahl der Desinfektoren, deren Gebühren, etwaige Gefahr der Selbstinfektion und die Nothwendigkeit der Einführung eines Desinfektionszwanges im Wege der Polizeiverordnung bezw. auf Grund des zu erwartenden preussischen Seuchengesetzes gegeben.

Nachdem sodann wegen zu weit vorgeschrittener Zeit die letzten beiden Punkte von der Tagesordnung abgesetzt waren, wurde die Versammlung geschlossen, worauf im Hotel „Zur Krone" ein gemeinsames Essen fast sämmtliche Theilnehmer noch einige Stunden in angeregter Unterhaltung zusammenhielt. Dr. Becker-Hildesheim.

Kleinere Mittheilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.

Untersuchungen über den forensisch-praktischen Werth der serumdiagnostischen Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut. Von Dr. Yanamatsu Okamoto aus Tokio, z. Z. in Graz. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. F., XXIV. Bd., 2. Heft, Seite 207.

Verfasser hat unter Kratter's Leitung die biologische Methode zur Differenzirung von Menschen- und Thierblut einer Nachprüfung unterzogen. Er fand Trübungen zuweilen auch in den nicht mit Aktivserum versetzten Kontrolproben; charakteristisch für den Eintritt der Reaktion ist nur der flockige Niederschlag. Das Menschenblut-Aktivserum wirkte zuweilen auch auf Thierblut, das Rinderblut-Aktivserum manchmal auf Menschenblut und auf das Blut anderer Thierspezis präzipitirend, was sich dadurch erklärt, dass Verfasser noch nicht quantitativ und mit Serum von bekanntem Titer gearbeitet hat. In sehr altem und stark gefaultem Blut versagte die Reaktion, was Verfasser auf grössere Mengen freiem Ammoniak schiebt. Nach einstündigem Erhitzen von angetrocknetem Blut auf 150° C. war die Probe stets negetiv. Die Färbungsintensität der untersuchten Blutlösungen stand mit der Menge der entstehenden Niederschläge in keinem bestimmten Verhältniss. Zur Konservirung des Serums erwies sich Chloroformal unzuverlässig, da nach 2 bis 3 Monaten die Wirksamkeit des Serums verschwunden war. Zur Extraktion des Blutfarbstoffes empfiehlt Verfasser neben der physiologischen Kochsalzlösung 0,1% Natriumbikarbonatlösung. Dr. Ziemke-Halle.

Untersuchungen über den osmotischen Druck und die spezifische elektrische Leitfähigkeit des Blutes bei der gerichtsärztlichen Diagnose des Ertrinkungstodes und bei der Fäulniss. Von Dr. M. Carrara in Cagliari. Ibidem; Seite 236.

Verfasser suchte mit Hülfe der Kryoskopie (Bestimmung der Molekularkonzentration nach dem Gefrierpunkt des Blutes) und der elektrischen Leitfähigkeit zu beweisen, dass beim Ertrinkungstode erhebliche Quantitäten Ertränkungsflüssigkeit in das Blut übertreten. Die Abnahme der Dichte, die Verminderung des Hämoglobingehaltes und das bedeutende Sinken des Gefrierpunktes beim kryoskopischen Versuch sprechen einstimmig für eine Blutverdünnung. Beim einfachen Untertauchen eines Leichnams unter Wasser findet

[1]) Beilage zur heutigen Nummer, s. S. 323.

dagegen keine Blutverdünnung, keine Herabsetzung der Molekularkonzentration des Blutes statt. Hierdurch ist die Möglichkeit gegeben mittelst der Kryoskopie die Differentialdiagnose zwischen Ertrinkungstod und Submersion von Leichen in einfacher Weise zu stellen. Auch die Bestimmung der Ertränkungsflüssigkeit, ob Süsswasser, ob Meerwasser, ist durch diese Methode möglich; in ersterem ist der kryoskopische Werth des Blutes vermindert, in letzterem stark vermehrt. Dies kann wichtig sein für die Feststellung des Ortes, wo die Ertränkung stattgefunden hat. Aehnlich verhält sich die elektrische Leitfähigkeit des Blutes beim Ertrinkungstode. Bei der Fäulniss finden in ziemlich regelmässigen Intervallen sprungartig Variationen statt sowohl in der elektrischen Leitfähigkeit, wie im osmotischen Druck, welche durch die verschiedenen nach einander bei der Fäulniss vorherrschenden Mikroorganismenarten bedingt werden.

Dr. Ziemke-Halle.

Gehirnblutung bei einem Erhängten. Von Dr. K. Reuter, Oberarzt am Institute für gerichtliche Medizin in Wien. Ibidem; S. 300.

Verfasser theilt einen interessanten und seltenen Befund beim Erhängungstod mit. Es handelt sich um einen atypischen Fall von Erhängen, d. h. um asymmetrische Lage der Strangmarke, Im rechten Linsenkern lag ein frischer Blutungsherd von 3 cm Länge und 2,5 cm Breite. Dieser war auf dem Boden einer alten Blutung entstanden, was durch reichliches intrazellulär gelagertes Pigment bewiesen wurde. Die Folge der alten Blutung konnte nur eine Hemiplegie vorübergehender Art gewesen sein; jedenfalls war sie nicht im Stande, den Mann an der Ausübung des Selbstmordes zu hindern. Eben deshalb kann die frische Blutung auch erst nach dem Umlegen des Strickes eingetreten sein; sie ist als agonale Veränderung, die während des Erhängungstodes unter dem Einflusse der im vorliegenden Falle besonders starken Stauung (infolge der asymmetrischen Lage der Marke) entstanden ist, zu denken. Der Fall ist auch nach einer anderen Richtung von besonderem Interesse, insofern sich eine ambulatorische Pneumonie fand. Wir haben also hier eine Bestätigung der Heller'schen Beobachtungen von dem häufigen Zusammenhang einer fieberhaften Erkrankung mit einem Selbstmord, den dieser Forscher für einen ursächlichen hält.

Dr. Ziemke-Halle.

Ueber plötzlichen Tod durch Verblutung sub coitu. Von Dr. O. Mennicke in Grimmen. Ibidem; S. 268.

Die Frau eines wegen seiner Brutalität bekannten Gastwirthes starb plötzlich durch Verblutung aus einem 7,5 cm langen Riss im hinteren Scheidegewölbe, der nach Angabe des Ehemannes durch den Beischlaf zu Stande gekommen sein sollte. Auf Ersuchen des Gerichts, dass diese Darstellung für unglaubwürdig hielt, wurden von mehreren Sachverständigen Gutachten eingeholt, welche sich übereinstimmend dahin aussprachen, dass die Verletzung durch den Beischlaf entstanden sein, dass aber andere gewaltsame Ursachen, Einführen der Finger oder fremder Werkzeuge, nicht ausgeschlossen werden könnten. In der Litteratur sind ähnliche Verletzungen durch brutales Eindringen des Penis in die Scheide bekannt. In allen handelte es sich um Fälle aus der Privatpraxis, in denen ein Grund zur Verdunkelung des Sachverhalts nicht vorlag. Auf das Zustandekommen der Verletzung wirkte im vorliegenden Falle günstig die Trunkenheit des Mannes, die Stellung der Frau in Knie-Ellenbogenlage, die durch das Klimaterium bedingte Involution ihrer Genitalien.

Dr. Ziemke-Halle.

Ueber Verletzungen des Kindes durch Spontangeburt. Von Dr. Dörner, Bezirksarzt in Adelsheim (Baden). Ibidem; S. 277.

Verfasser beschäftigt sich mit den durch die Spontangeburt bisweilen gesetzten Verletzungen, deren genaue Kenntniss zur Unterscheidung von kriminell gesetzten für den Gerichtsarzt unerlässlich ist, um ihn vor Irrthümern zu bewahren. Ein selbst beobachteter Fall einer Spontangeburt bot eine ganze Reihe solcher Verletzungen, die wohl den Verdacht eines Verbrechens hätten erwecken können. Am rechten Seitenwandbein fand sich ein 1,4 cm breiter Hautdefekt mit subperiostaler Blutung, unter ihr eine Impression des Seitenwandbeins; eine bläulich-rothe Anschwellung reichte von ihm bis zum rechten

Ohr. Ein ähnlicher Bluterguss war auf der rechten Wange und auf der linken Stirnseite. Hinter dem rechten Ohrläppchen lag eine nagelgrosse bläuliche Hautverfärbung, an der rechten Seite des Halses drei übereinander liegende Hautabschürfungen mit dunkelrothen Schorfen bedeckt und an der Vorderfläche des Sternums und der rechten Brustseite eine bläuliche Blutunterlaufung. Zwischen Dura und Gehirn und in den Hirnkammern ein Bluterguss, der sich in den Wirbelkanal fortsetzte und das Rückenmark von allen Seiten fest umgab. Verfasser giebt die Erklärung dieser Verletzungen aus dem Geburtsverlauf. Zu falschen Deutungen konnten namentlich die Halsverletzungen Anlass geben, da eine Verwechslung derselben mit Würgspuren nahe lag.

Prof. Ziemke-Halle.

Ueber die neue Lungenprobe. Aus dem gerichtsärztl. Institutt der Universität Krakau. Von Prof. Dr. Wachholz. Münchener mediz. Wochenschrift; Nr. 39. 1902.

Nach verschiedenen rein theoretischen Auseinandersetzungen über die neue Lungenprobe Placzek's[1]) und nach Vergleichen mit der alten Schreyer'schen Lungenschwimmprobe bespricht und vergleicht Verfasser noch die Technik der beiden Lebensproben, führt dann die an Leichen Neugeborener vorgenommenen Versuche nach der neuen Lungenprobe des Weiteren an und spricht sich auf Grund der bis jetzt von ihm angestellten Versuche dahin aus, dass

1. der von Placzek angeregten Lungenprobe, welche sich auf unerschütterliche physiologische Thatsachen stützt, wirklicher Werth nicht abgesprochen werden kann; dass
2. aber dieselbe weit umständlicher als die Lungenschwimmprobe ist und nicht frei von den gegen die letztere erhobenen Einwände gehalten werden kann; endlich
3. sie nur von erfahrener Hand und bei gleichzeitiger Vornahme der Lungenschwimmprobe, am besten mit Hilfe eines zweiteiligen Troikarts, dessen seitliches Rohr mit dem Wassermanometer konstant verbunden wird, ausgeführt werden sollte.

Ungeachtet dieser Einwände lässt Verfasser Placzek das Verdienst, auf die noch zu gerichtsärztlichen Zwecken nicht verwerthete physiologische Thatsache der Entstehung des negativen Druckes im Brustraum bei lufthaltigen Lungen und auf die darauf gestützte neue Lungenprobe hingewiesen zu haben.

Dr. Waibel-Kempten.

Zur akuten Formalinvergiftung. Von Dr. Gerlach, Stadtarzt in Lauchheim. Münchener med. Wochenschrift; 1902, Nr. 36.

Im Anschluss an zwei (in dieser Zeitschrift 1902, S. 723 und 798 referirte) Fälle von akuter Formalinvergiftung theilt Verfasser einen weiteren von ihm beobachteten Fall mit. Verfasser wurde am 15. Oktober, Abends 8 Uhr, zu der Dienstmagd v. R. gerufen und fand sie schwerathmend zu Bett, 25 Athemzüge pro Minute, Puls 90, aber kräftig und regelmässig, den ganzen Körper leicht mit Schweiss bedeckt, Temperatur 37,8, Hornhautreflex gut. Durch lautes Anrufen, Schütteln und Kneifen erwachte sie, blieb aber liegen, den Verfasser gläsern anstarrend. Ein Versuch, sie an der Hand zum Aufsitzen zu bringen, hatte plötzlich ein wenig Erbrechen zur Folge; das Erbrochene zeigte einen scharf stechenden Geruch (den charakteristischen Formaldehydgeruch). Patientin war hierauf wieder völlig bewusstlos und athmete angestrengt weiter.

Die nähere Untersuchung der Verhältnisse ergab, dass Patientin statt der innerlich verordneten Lösung von Kal. jodat. einen Schluck von dem wegen starken Fluor albus zu Spülungen verordneten Formalin (Schering) genommen hatte.

Verfasser improvisirte mit einem Weinschlauch einen Magenschlauch und spülte den Magen aus, welcher viel Schleim und Speisereste, kein Blut, alles nach Formaldehyd riechend, enthielt. Erbrechen folgte keines mehr.

Am folgenden Morgen war im Wesentlichen der gleiche Zustand vorhanden: Puls 80, Athmung 30. Auf Anrufen öffnete die Kranke ein wenig die Augen und stiess lallende Laute aus, wie im Rausch; zum Bewusstsein kam sie

---

[1]) Siehe Referat in Nr. 10, 1902, S. 352 dieser Zeitschrift.

nicht. Mittels Katheter wurden 3—4 Tropfen dunklen Urins entleert und bis Nachmittags ebensoviel ohne Katheter. Bis dahin war drei Mal Stuhlgang erfolgt, der letzte war diarrhöisch und stark übelriechend, viel Schleim dabei, kein Blut; im ersten Stuhl sollen angeblich Blutklümpchen gewesen sein (?).

Seit dem ersten Stuhle war Patientin bei leidlichem Bewusstsein, konnte jedoch nicht stehen. Puls und Athmung wie Morgens, Temperatur 36,9. Sie klagte noch über starken Schwindel und Brennen im Hals; die Mundschleimhaut sah normal aus. Sie erzählte jetzt auch über den Hergang der Vergiftung; darnach hatte sie ungefähr nach Berechnung 60—70 ccm Formalin geschluckt (von dem 35%Schering'schen Formaldehydum solutum).

Erbrechen war nicht mehr eingetreten. Urin konnte sie erst Abends lassen (dunkelgelb, etwas trüb, Spuren von Eiweiss, keinen Zucker, kein Blut, keine Formalinbestandtheile, jedoch deutlich Ameisensäure enthaltend).

Am dritten Tage war Puls und Athmung annähernd normal; die Kranke hatte ziemlich gut geschlafen und nur etwas leichte Kopfschmerzen. Sie konnte gut im Zimmer umhergehen; Nahrung wurde gut vertragen. In der Nacht erfolgte zwei Mal Stuhl, weich, aber ohne Schleim. Urin 1/2 Liter dunkel, ohne Eiweiss.

Am vierten Tage war Patientin ganz wohl.

Die wesentlichen Symptome dieser unzweifelhaft akuten Formalinvergiftung waren also: 15stündige, starke Bewusstlosigkeit (Rauschzustand), starker Schwindel, etwa 12stündige Anurie, leicht beschleunigte Herzthätigkeit, leichte Nierenreizung, leichter Darmkatarrh, beschleunigte Athmung, also ähnliche Symptome, wie bei den beiden früher veröffentlichen Fällen.

Dr. Waibel-Kempten.

Beitrag zur Aetiologie der periodischen Psychosen. Von Dr Clemens Neisser, Direktor der Provinzial-, Heil- und Pflegeanstalt zu Lublinitz. Archiv f. Psychiatrie; 36. Bd., 1. H. 1902.

Verfasser bringt eine Reihe Beobachtungen, welche die zuerst von Pilcz berichtete Thatsache zu unterstützen geeignet sind, dass nicht selten im Gefolge von organischen Gehirnkrankheiten periodische Geistesstörungen auftreten. Nach Pilcz sind es in erster Linie Gehirnaffektionen, die zu einer „Narbenbildung" im Gehirn führen, bei denen sich später Psychosen mit ausgeprägt. periodischem Charakter einstellen. Derartige Störungen, deren Auftreten man bisher meist auf hereditäre Veranlagung, nicht selten auch auf Kopfverletzungen zurückführte, sind in einer Reihe Fälle nach Apoplexien im höheren Alter beobachtet worden; sie zeigen eine ausgeprägte Tendenz zur Verblödung.

Dr. Pollitz-Münster i. W.

Zur Lehre von den akuten halluzinatorischen Psychosen. Von Dr. A. Pobiedin. Vortrag gehalten in der medizinischen Gesellschaft an der Warschauer Universität. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 59. Bd., 4. H., 1902.

Der Verfasser weist auf die Wichtigkeit hin, welche die Selbstschilderung eines durchlebten akuten halluzinatorischen Zustandes für das Verständniss dieser Krankheitsbilder bietet. Die vielfach eigenartigen, scheinbar inkohärenten Handlungen bei halluzinatorischem Stupor finden später nach der Genesung seitens intelligenter Kranker eine vollkommene Erklärung. Aus den eingehend beobachteten und analysirten Fällen des Verfassers geht hervor, dass das Bewusstsein solcher verwirrter Halluzinanten sehr verschiedenartig verändert sein kann. Einzelne dieser Kranken erkennen ihre Umgebung wohl, können jedoch die so gewonnenen Vorstellungen mit der Masse der halluzinatorisch gewonnenen nicht in Einklang bringen: es besteht eine Art von Verdoppelung des Bewusstseins. In höheren Graden dagegen fehlt jeder Zusammenhang innerhalb der halluzinatorisch gehaltenen Vorstellungen, die in fortgesetztem Wechsel auf den Kranken einwirken, so dass jede Orientirung aufhört. Hier ist auch die Erinnerung an das Durchlebte überaus gering, während in den leichteren Fällen die Erinnerung meist recht gut ist. Dies ist besonders der Fall, wenn der Inhalt der Halluzinationen einen gewissen Zusammenhang zeigt, die den Kranken eine vielleicht sehr phantastische, jedoch in sich zusammenhängende Episode durcherleben lässt (z. B. Krieg, Seeschlachten u. a. m.). Die letztere,

der Paranoia nahestehende Form der halluzinatorischen Verwirrtheit, ist nach Verfasser's allerdings kleiner Zahl von Beobachtungen prognostisch ungünstiger zu beurtheilen, als die mit tieferer Bewusstseinstrübung verlaufende.

Dr. Pollitz-Münster i. W.

Zur Kenntniss der polyneuritischen Psychose. Von Dr. F. Chotzen-Breslau (städtische Irrenanstalt). Ibidem,

Das zuerst von Korsakow dargestellte Krankheitsbild wird durch vier Kardinalsymptome charakterisirt: Desorientirtheit, Verlust der Merkfähigkeit, retroaktive Amnesie und Konfabulation; manche Fälle haben jedoch mehr Verwandtschaft mit der sog. asthenischen Verwirrtheit oder entsprechen nach Bonhöffer's ausgezeichneten neueren Untersuchungen einem „chronischen Delirium". Letzterer theilt die verschiedenen Formen dieser meist auf alkoholistischer Basis entstehenden Psychose ein in solche mit delirantem, stuporösem, epileptiformem und chronischem Beginn; doch ist eine scharfe Trennung nicht immer durchführbar. Bei hochgradiger assoziativer Hemmung kann es zu alkoholistischem Stupor kommen, bei dem die Symptome der zu Grunde liegenden Krankheit nicht hervortreten, während gewisse Herderscheinungen und Störungen im Gebiete der Hirnerven leicht zur Annahme eines paralytischen Prozesses verleiten können. Ch. theilt vier interessante eigene Beobachtungen mit und zeigt die Schwierigkeiten, die der Diagnose solcher Fälle besonders im Anfangsstadium entgegenstehen. Bei der Analyse der Symptome der Krankheit weist der Verfasser darauf hin, dass die eigenartige Desorientirtheit der Kranken und ihre dauernde Unfähigkeit, sich in ihrer Umgebung richtig zu orientiren, einerseits in einem Mangel an Aufmerksamkeit besteht, so dass die Eindrücke im Bewusstsein nicht verarbeitet werden, und anderseits in der Unfähigkeit, neue Erfahrungen mit dem alten Bewusstseinsinhalt zu assoziiren. Dieser Defekt bildet das Charakteristische des ganzen Prozesses. Bei der Rekonvalescenz stellen sich nicht selten in Folge plötzlich aufbrausender Erinnerung an frühere Erlebnisse systematisirte Wahnideen ein. Verfasser bringt für diese Wahnbildung einige bemerkenswerthe Beispiele. Eine Frau vermisst z. B. nach längerem Anstalts-Aufenthalt plötzlich die ihr bei der Aufnahme asservirten Werthgegenstände und folgert, dass sie ihr in der letzten Nacht gestohlen worden seien. Im Uebrigen bleibt auch bei den in Besserung übergehenden Fällen stets ein bemerkenswerther Defekt zurück, der sich in Schädigung der Merkfähigkeit, Stumpfheit und Interesselosigkeit äussert.

Dr. Pollitz-Münster i. W.

Ueber Hypochondrie. Von Dr. Raecke, Assistenzarzt an der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel. (Nach einem auf der Jahresversammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte am 14. April 1902 gehaltenen Vortrage bearbeitet. Ibidem.

Gegenüber der älteren Auffassung, die in der Hypochondrie eine Krankheit sui generis erkannte, hat man in neuerer Zeit dem Krankheitsbegriffe bald die Rolle eines verschiedenartigen Zuständen zukommenden Symptoms (Tuczek), bald die eines Sammelbegriffs zugewiesen. Während z. B. Ziehen eine hypochondrische Melancholie, Paranoia, Neurasthenie unterschied, sah Kraepelin in der Hypochondrie nur eine Theilerscheinung des neurasthenischen Irreseins. Immerhin hat ein Theil der Autoren wie Hitzig, Jolly, Binswanger an der Selbstständigkeit des Krankeitsbegriffs stets festgehalten. Verfasser konnte aus dem Materiale der Tübinger Klinik, nach Abzug aller zweifelhaften Fälle 18 Beobachtungen zusammenstellen, in denen „eine veränderte Selbstempfindung in wahnhafter, der Kritik unzugänglichen Weise mit Konsequenz" verarbeitet wurde. Die Krankheit beginnt schleichend und erscheint prognostisch ungünstig, wenn auch während der Anstaltsbehandlung weitgehende Remissionen erzielt werden, die jedoch in der alten Umgebung meist wieder verschwinden. Eine Schwächung der Intelligenz tritt auch bei längerem Bestehen der Krankheit nicht ein. Von der Melancholie ist das Krankheitsbild leicht und scharf durch das Fehlen der Selbstbeschuldigungen, der psychischen Hemmung und des Angstgefühls abzugrenzen. Viel näher steht die Psychose der Paranoia, während ein Zusammenhang zwischen Hypochondrie und Neurasthenie von Raecke entschieden abgelehnt wird. Der Verfasser legt demnach Werth darauf, zu konstatiren,

dass es eine wohl charakterisirte Hypochondrie giebt, die in ihrem Verlaufe unverändert bleibt und niemals in Psychosen andersartigen Verlaufes übergeht. Dagegen können hyposchondrische Symptome — verschiedenen Zuständen beigemischt — episodisch auch bei anderen Psychosen auftreten.

Dr. Pollitz-Münster i. W.

B. Sachverständigenthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Zur Kasuistik der traumatischen Pneumonie. Von Dr. Schild. Münchener med. Wochenschrift; 1902, Nr. 38.

Die Entstehung genuiner Pneumonien durch Traumen wird noch nicht allgemein anerkannt, doch macht sich in neuester Zeit, besonders seit einer grösseren statistischen Arbeit von Dr. Stern, ein Umschwung zu Gunsten der traumatischen Pneumonie geltend.

Verfasser führt einen im Louisenhospital in Dortmund beobachteten einschlägigen Fall an.

H. Tr., Zugführer, 64 Jahre alt. noch aktiv, wurde am 12. Februar 1902 Abends eingeliefert. Patient will vor zwei Tagen plötzlich erkrankt sein, nachdem er am Vormittage dieses Tages, also am 10. Februar 1902 in Folge Glatteis auf der Strasse auf die rechte Seite hinfiel. Er konnte sich nicht ohne fremde Hülfe erheben und musste in seine Wohnung gebracht werden.

Vor dem Unfall war Patient angeblich vollkommen gesund und hatte keinerlei Beschwerden (Husten, Auswurf etc.).

Allmählich erholte er sich im Bette von dem Unfall, welcher keine schlimmen Folgen zu haben schien; doch trat am Spätabend desselben Tages plötzlich heftiger Frost ein. Auch am folgenden Tage stellten sich Schüttelfröste ein mit Fieber, so dass Patient am zweiten Tage nach dem Unfalle die Hülfe des Spitals aufsuchte, wobei er über heftige rechtsseitige Brustschmerzen beim Athmen, Schmerzen in beiden Beinen, Kopfschmerzen, Kurzathmigkeit und geringen Auswurf klagte.

Status praesens: Mittlere Statur, relativ kräftiger Knochenbau, gut entwickelte Muskulatur, geringes Fettpolster, normale Hautfarbe, bläulich rothe Gesichtsfarbe. Auf Brust und Abdomen vereinzelt kleine Angiome. Temperatur 39,5, Puls 112, regelmässig, Art. radialis geschlängelt, ihre Wand sklerotisch, Pupillen normal. Zeichen von Verletzungen (Rippenfraktur, Infraktion, Blutaustritt etc.) nicht nachweisbar.

Rechte Thoraxhälfte bleibt bei der Athmung erheblich hinter der linken zurück. Athmung dabei stark dyspnoisch. Die untere Lungengrenze war in der Mammillarlinie am oberen Rande der VII. Rippe, in der Axillarlinie am unteren Rand der VII., neben der Wirbelsäule in Höhe des XI. Proc. spin. der Brustwirbel. Untere Grenze schlecht verschieblich.

Die oberen Grenzen normal verschieblich. Rechts hinten oben in der Höhe des II. bis V. Brustwirbels Dämpfung und Bronchialathmen. Pektoralfremitus verstärkt. Rechts vorn oben in einem kleinen Bezirk Dämpfung, Bronchialathmen und Knisterrasseln. Rechts Mittel- und Unterlappen, sowie links die ganze Lunge frei. Sonst nichts Bemerkenswerthes ausser schwachen Spitzenstoss des Herzens, leisen Herztönen und Eiweiss im Urin. Krankheits-Diagnose: Rechtsseitige Oberlappenpneumonie.

Am 5. Tage nach dem Spitaleintritt, also am 16. Februar 1902 erfolgte Exitus letalis.

Die Sektion ergab: Pneumonia lob. sup. dextr., Emphysema pulm. dextr. et sin. (Unterlappen), Hypertrophia ventriculi sinistr., Stauungsleber, Stauungsniere, Arteriosklerose. Keine Zeichen einer mechanischen Verletzung des Brustkorbes oder sonst eines Organes oder Körpertheiles.

In dem Safte, der von der Schnittfläche des infiltrirten Lungenlappens gewonnen wurde, wurden massenhafte typische Pneumokokken nachgewiesen.

Das Trauma und die Entzündung des Lungengewebes folgen hier so auffallend aufeinander, dass der kausale Zusammenhang der Pneumonie mit dem erlittenen Unfalle zum mindesten wahrscheinlich ist. Entweder hat die heftige Erschütterung des Thorax und des ganzen Körpers eine momentane starke Beeinflussung der Zirkulation, besonders der rechten Brusthälfte oder eine mechanische Läsion des Lungenparenchyms zur unmittelbaren Folge gehabt

und dadurch Aussäung und Ansiedelung von Pneumokokken aus den oberen Luftwegen oder einem in der Nähe gelegenen latenten Pneumokokkenherde herbeigeführt. Die Prädisposition zu der gesetzten Läsion des Lungengewebes würde in dem Verlust der Elastizität, dem „Volumen auctum", der emphysematösen Lunge zu suchen sein. Eine mechanische Aetiologie scheint dem Verfasser das Näherliegende zu sein. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber traumatische Nephritis. Von Dr. H. Curschmann jun. Heidelberger med. Klinik. Münchener med. Wochenschrift; 1902, Nr. 38.

Eines der am wenigsten bearbeiteten Kapitels der traumatischen Entstehung von Krankheiten ist das der traumatischen Nephritis.

In neuester Zeit hat Dr. Stern die Frage der traumatischen Nephritis in allgemein pathologischer und klinischer Hinsicht eingehend behandelt und kommt zur Auffassung verschiedener Gruppen der Krankheit, unter denen Verfasser als in ihrer traumatischen Eigenart am besten begründet und massgebend nur die eine hervorheben möchte: nämlich die Gruppe jener lange Zeit, über Jahresfrist, dauernden Eiweiss- und Zylinderausscheidungen nach Nierenläsionen traumatischer Art, bei denen es nie zur Ausbildung sonstiger nephritischer Symptome kommt und deren anatomische Unterlage höchst wahrscheinlich ein zirkumskripter entzündlicher Prozess (Nephritis interstitialis circumscripta) bildet.

Zu diesen Fällen rechnet Verfasser einen am 3. Dezember 1901 zur Erstattung eines Gutachtens überwiesenen Patienten, wobei die Frage der event. traumatischen Entstehung einer seit längerer Zeit beobachteten Albuminurie entschieden werden sollte.

Der betr. Patient verunglückte am 3. Juli 1899, während er gerade die Kurbel zur Oeffnung eines Schleussenthores bediente, als ein Schiff mit grosser Gewalt gegen dieses Schleusenthor getrieben wurde. Hierdurch gerieth die Kurbel in wirbelnde Bewegung; Patient wurde gepackt und mehrere Male in die Höhe und dann auf den Boden geschleudert, wobei er besonders an der rechten Seite von Brust und Bauch getroffen wurde, aber auch der linke Unterschenkel und Fuss erhebliche Quetschungen erlitten.

Nach dem Unfall war Patient etwa 1/4 Stunde lang schwer benommen, nicht ganz bewusstlos.

An äusseren Verletzungen bestanden leichte Quetschungen des Hinterkopfes, des rechten Beines und Armes, erhebliche Verrenkung des linken Fusses und eine starke Quetschung der rechten unteren Thoraxhälfte und der rechten Bauchseite, auf der sich eine grössere Hautschürfung fand.

Patient litt an Uebelsein und Erbrechen. Leib war in toto ziemlich aufgetrieben und druckempfindlich. In der rechten Bauchseite, in der Nierengegend, war eine kopfgrosse Geschwulst durch Palpation deutlich abzugrenzen. Die Urinentleerung war Anfangs stark behindert. Zuerst bestand Anurie. Dann wurden mit Anstrengung und Schmerzen nur geringe Mengen Urin auf ein Mal entleert. Patient war ca. 4—6 Wochen bettlägerig krank und Anfangs August noch war die oben beschriebene Resistenz resp. Geschwulst in der rechten Nierengegend in verkleinertem Umfange palpabel. Von anderen Erscheinungen ist noch das Auftreten eines pleuritischen Exsudates (l. h. u.) bemerkenswerth.

Ueber den späteren Verlauf der Erkrankung ist nicht viel zu erfahren. Die lokalen Beschwerden sowohl, wie eine allgemeine körperliche und nervöse Depression verliessen den Kranken nicht, sondern scheinen sich im Sommer 1900 eher gesteigert zu haben. Im Herbst 1900 fand ein Kassenarzt zum ersten Male geringe Mengen von Albumen im Urin des Patienten. Die Beschaffenheit des Urins war im Uebrigen völlig normal, ebenso dessen Entleerung. Ausser dieser geringen Eiweissausscheidung ergab auch der Status praesens vom 3. Dezember 1901 nichts besonderes Bemerkenswerthes. Beide Nieren waren nicht palpabel, auf Druck weder die linke, noch die rechte Nierengegend besonders empfindlich. Von einer Vergrösserung der rechten Niere oder einer abnormen Resistenz in ihrer Gegend war nichts zu fühlen. Spezifisches Gewicht des Urins betrug zwischen 1015 und 1025. Die Eiweissmenge betrug stets 1/2 ‰ Esbach. Das zentrifugirte Urinsediment enthielt in spärlicher Anzahl hyaline und granu-

lirte Zylinder, die ersteren seltener, wie die letzteren, bisweilen zylindroide, wenig Epithelien und einige Leukozyten. Ausserdem ziemlich viel Urate (Wetzsteinformen und amorphe).

Die beantragte Unfallsrente war eine ziemlich beträchtliche, da die Form der Erkrankung in prognostischer Hinsicht nicht ganz klar war.

In der darauf folgenden Epikrise behandelt Verfasser verschiedene Fragen, als erste, ob nicht schon vor dem Unfall eine latent verlaufende interstitielle Nephritis bestanden habe? Da der Urin des Patienten früher nicht untersucht wurde, kann man es nicht unbedingt verneinen. Patient war aber vor dem Unfalle völlig gesund und arbeitsfähig; er hatte keine Erkrankung durchgemacht, aus der sich eine solche schleichende Nephritis entwickeln konnte.

Die zweite Frage, ob sich diese Nephritis wohl nach dem Unfall, aber nicht auf Grund des Unfalles entwickelt haben konnte, lässt sich leichter beantworten. Es würde spitzfindig sein, wenn man bei dem absoluten Mangel anderer ätiologischen Momente (akute Infektionskrankheiten, Blei, Gicht, Arteriosklerose, Alkohol und Lues) ein zweifellos starkes Trauma der Niere als Ursache einer späteren Erkrankung ausschliessen will.

Die Frage, ob der geschilderte Unfall geeignet war, eine Nierenverletzung hervorzurufen, kann unbedingt bejaht werden. Nachdem Patient mit grösster Gewalt von der Windenkurbel gegen die untere Brusthälfte und die rechte Bauchseite getroffen und dann auf den Boden geschleudert wurde, kann man wählen zwischen direkter und indirekter Gewalteinwirkung. Ferner hat man, abgesehen von verschiedenen Symptomen, wie sie bei Nierenverletzungen vorkommen (schwerer Shock, Erbrechen, Harnbeschwerden, starker Meteorismus), als wesentlichsten Befund eine grosse palpable Geschwulstbildung in der rechten Nierengegend, die länger bestand und später völlig zurückging. Ob Haematurie bestanden hat, lässt sich nicht feststellen, jedenfalls scheint dieselbe nicht bedeutend gewesen zu sein.

Wenn man sich nun nach dem ätiologischen Zusammenhang zwischen Trauma und Nephritis umsieht, so muss man mit der zunächst auffallenden Thatsache rechnen, dass zwischen dem Unfall und der Entdeckung der Albuminurie ein relativ langer Zeitraum liegt. Zur Erklärung diene, dass die Eiweissmenge stets eine derartig geringe war, dass sie bei einer Untersuchung, die sich ausschliesslich auf die Folgen äusserer Verletzung richtete, dem Untersucher wohl entgehen konnte, um so mehr, als der Urin zeitweise bei keiner Probe, als der mit Essigsäure-Ferrocyankalium, eine Eiweissreaktion in Form einer minimalen Trübung gab, mikroskopisch jedoch stets Zylinder enthielt. Auch scheint die Eiweissausscheidung nicht ganz konstant, sondern mehr intermittirend gewesen zu sein. Demgemäss kann man sehr wohl annehmen, dass die Albuminurie längere Zeit bevor sie entdeckt wurde, schon bestanden hat, sich aber wahrscheinlich, wie bei anderen analogen Fällen, direkt an den Unfall anschloss.

Das klinische Krankheitsbild stimmt mit der traumatischen cirkumskripten, interstitiellen Nephritis überein, bei welcher länger, selbst über Jahre dauernde Albuminurie und Zylinderausscheidung beobachtet wird, während sonst alle anderen Erscheinungen von Nephritis (sekundären Kreislaufstörungen, Blutdrucksteigerung, abnorme Spannung und Rigidität des Pulses etc.) fehlen. Meist wird ferner nur eine Niere betroffen.

Verfasser meint zum Schlusse: Wenn man die auffallend leichte Lädirbarkeit des Nierenparenchyms in's Auge fasst, die Thatsache z. B., dass man nach Menge's Vorgang schon durch blosse Palpation einer Wanderniere relativ beträchtliche Albuminurie hervorrufen kann, ferner, dass man auch nach leichten Unfällen (Erschütterungen etc.) länger dauernde Albuminurie auftreten sieht, so liegt es vielleicht nicht fern, gerade unter jenen leichten, latent und gutartig verlaufenden Formen von Schrumpfniere, wie sie v. Ziemsen beschrieb, sich nach einem Unfall in der Anamnese umzusehen.

Dr. Waibel-Kempten.

Geisteskrankheit und Unfall. Die Beweispflicht, dass die bestehende Beschränkung der Erwerbsfähigkeit mit einem Betriebsunfall in ursächlichem Zusammenhange steht, liegt nicht der Berufsgenossen-

schaft, sondern dem Kläger ob. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 16. September 1902.

Der Vertreter des geisteskranken Klägers befindet sich in völligem Irrthum über die Sach- und Rechtslage, wenn er annimmt, die Beklagte habe den Beweis zu erbringen, dass die geistige Erkrankung des Klägers nicht auf einen Betriebsunfall, sondern auf eine Gewerbekrankheit zurückzuführen sei. Vielmehr hat der Kläger zu beweisen, dass die bestehende Beschränkung der Erwerbsfähigkeit mit einem Betriebsunfall in ursächlichem Zusammenhange steht, und zu diesem Zwecke diesen Betriebsunfall mindestens zu bezeichnen. Es ist aber kein plötzliches Ereigniss angegeben, welches die geistige Erkrankung des Klägers herbeigeführt haben könnte oder sollte. Ebensowenig ergeben die sämmtlichen von dem R.-V.-A. von Amtswegen zur Aufklärung des Sachverhalts eingeforderten Akten irgend einen Anhalt für das Vorliegen eines Betriebsunfalls. Selbstredend ist auch der fehlende Beweis für die Thatsache des Unfalls nicht durch ein von dem Kläger gewünschtes Obergutachten zu erbringen.

Es kann hiernach ganz dahingestellt bleiben, ob das Gehirnleiden des Klägers ein organisches ist oder sich als Gewerbekrankheit darstellt. Wenn übrigens der Vertreter des Klägers sich mit besonderer Entschiedenheit gegen das Vorliegen einer Gewerbekrankheit verwahrt, so übersieht er dabei, dass er in der ersten Instanz selbst das Leiden seines Mündels auf eine solche Krankheit zurückgeführt hat, indem er behauptete, dass es durch andauerndes Arbeiten am übermässig heissen Ofen verursacht sei.

Tod an tuberkulöser Gehirnhautentzündung und ursächlicher Zusammenhang mit Unfall (Quetschung des Unterschenkels mit nachfolgender Knochentuberkulose). Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 19. September 1902.

Auf Grund des vom Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Fürbringer-Berlin erstatteten Obergutachtens muss der ursächliche Zusammenhang des Todes mit dem Unfall vom 13. Oktober 1900 bejaht werden. Danach ist Sch. 10 Monate nach dem Unfall an tuberkulöser Hirnhautentzündung gestorben. Einige Zeit vorher war Lungentuberkulose aufgetreten. Diese aber ist auf den Unfall zurückzuführen. Denn der Unfall hatte eine Knochenhautentzündung und einen Fussgelenkerguss im Gefolge, und diese Prozesse waren von ungebührlich langer Dauer. Die später eintretende Verdickung des Unterschenkels deutet auf eine bereits erfolgte tuberkulöse Umwandlung des chronischen Entzündungsprozesses im Bereiche von Gelenk und Knochen. Solche Knochentuberkulose folgt sehr oft derartigen Unfällen. Diese Knochentuberkulose führte sodann zur Infektion der Lunge, und es wurden dann von hier aus die Keime der Krankheit in das Gehirn verschleppt. Dass die Lungentuberkulose bereits zur Zeit des Unfalls latent vorhanden war, ist nach dem Obergutachten nicht anzunehmen. Aber auch wenn dies der Fall gewesen ist, so hat der Unfall jedenfalls die latente Lungentuberkulose erst ausgelöst.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

Zur Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen durch Credéisirung. Aus der Königl. Frauenklinik in Dresden. Von Geh. Med.-Rath Prof. G. Leopold. (Nach einem Vortrag, gehalten am 20. März 1902 in der gynäkolog. Gesellschaft zu Dresden); Berliner Klin. Wochenschrift; 1902, Nr. 33.

Obwohl die Augenentzündung Neugeborener nach Einführung des Credé'schen Verfahrens aus den Entbindungsanstalten so gut wie verschwunden war, ist dasselbe noch nicht der Gesammtbevölkerung zu Gute gekommen. Nach den Veröffentlichungen von Prof. Hermann Cohn in Breslau waren im Jahre 1901 unter den Blinden in Deutschland und in Oesterreich 20 %, in der Schweiz 28 %, in Holland 10 % Blennorrhoeblinde; von den noch nicht 10 Jahre alten Schülern der Blindenanstalten fanden sich in Deutschland noch 31 %, in der Schweiz und in Oesterreich je 27 % blennorrhoeblind. Diese 31 % blennorrhoischen Kinder hätten mit aller Sicherheit vor der Erblindung bewahrt

werden können, wenn an ihnen gleich nach der Geburt das Credé'sche Verfahren angewendet worden wäre. Cramer hat bei einer grossen Anzahl der 300 mit 2 % Argentumlösung im Jahre 1898 von ihm behandelten Neugeborenen schwere Erscheinungen von Silberkatarrh beobachtet, seine Technik wich von den Credé'schen Vorschriften wesentlich ab.

Credé schreibt genau vor, „dass man nach dem Baden des Kindes entweder durch einen Gehülfen oder selbst mit 2 Fingern der linken Hand, zunächst das Auge öffnen, dann einen einzigen Tropfen einer 2 %igen Höllensteinlösung mit einem Glasstäbchen so auf die Hornhaut fallen lassen soll, dass der untere Bogen des Tropfens die Hornhaut berührt und dass man nun jedes Auge sich von selbst schliessen lassen und nicht das Geringste weiter vornehmen soll." Verfasser weist die Schilderungen Cramer's über den Argentumkatarrh als Folge des Credé'schen Verfahrens zurück, ebenso die Behauptung von L. Hirsch, dass das Credé'sche Verfahren kein absolut sicheres Mittel zur Verhütung der Blennorrhoe sei. Vielmehr sieht Verfasser dasselbe nach seinen Beobachtungen und deren Anderer als ein ebenso einfaches wie sicheres und zuverlässiges an. Wenn einzelne Fälle von Infektionen in der Entbindungsanstalt vorkamen, so liessen sich diese stets auf nicht genügende Uebung im Einträufeln seitens der Hebammenschülerinnen und eine mangelhafte Ausführung zurückführen. Um aber jedweden Reiz auszuschliessen, tritt auch Verfasser nach dem vorzüglichen Erfolgen Runge's und Gusserow's mit 1 % Höllensteinlösung für diese schwächere Lösung ein, die sich auch in seiner Anstalt bewährt hat, und wünscht, dass das Verfahren wie in Preussen überall obligatorisch eingeführt werde.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Die Erfolge der Credéisirung Neugeborener. Aus der Königl. Univ.-Frauenklinik zu Göttingen. (Direktor, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. M. Runge.) Von Dr. Ernst Runge, Assistent der Klinik. Berl. klin. Wochenschrift; 1902, Nr. 20.

Verfasser tritt der Behauptung von Hirsch (Klin. Jahrb., Bd. VIII), dass in vielen öffentlichen Gebäranstalten trotz sorgfältiger Credéisirung die Erkrankungen an Blennorrhoe, wenn auch in Zahl vermindert, doch nicht geschwunden sind, entgegen.

In der Universitätsfrauenklinik zu Göttingen erkrankten von 1000 credéisirten Kindern (1897—1902) keins an Frühinfektion, nur 1 an Spätinfektion; die Krankheitserscheinungen bei letzterem waren äusserst leichte (nur 2 Tage anhaltend). Bei Mitberücksichtigung der Jahre 1888—1896 kommen auf 1917 Fälle von Credéisirung 0 % Frühinfektionen und 0,156 % (d. h. 3) Spätinfektionen. Unter den Schwangeren befanden sich etwa 20—25 %, die gonorrhoisch erkrankt waren und bei denen Gonokokken nachgewiesen wurden. In neuerer Zeit wurde statt der mitunter reizenden 2 % Höllensteinlösung 1 %ige Lösung angewendet. Auch diese 1 %ige Lösung hat sich als absolut sicher bewährt; nur müssen die Vorschriften Credé's genau beachtet werden. Die Einträufelung muss möglichst früh, spätestens eine Stunde nach der Entbindung geschehen.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Zur Biologie der Gonokokken. Von Dr. Thalmann, Stabs- und Bataillonsarzt im Kgl. sächs. 7. Infanterie-Regiment „Prinz Georg" Nr. 106. Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten. I. Abth. 1902, Bd. 31, Nr. 13.

Im Anschluss an die im Zentralbl. f. Bakt., Bd. XXXI, H. 4. unter obigem Titel erschienene vorläufige Mittheilung von Widbolz (in Nr. 10 dieser Zeitschrift referirt) weist Thalmann auf seine bereits im 27. Bande des Zentralblattes erschienene Abhandlung über den gleichen Gegenstand hin, in welcher er ausführte, dass es ihm gelungen sei, Gonokokken auf serumfreien Nährboden zu züchten. Der einzige Kunstgriff liegt hierbei in der Einhaltung einer bestimmten Alkalescenz des Nährbodens. Um diese herzustellen, titrirt Thalmann in einer kleinen Menge des Nährbodens mittelst Phenolpthalein aus, wieviel Natronlösung zur Neutralisation nöthig ist. Er berechnet nun die erhaltene Menge auf das ganze Quantum des Nährbodens. Zu letzterem setzt er dann $^1/_3$—$^3/_4$ der zur Neutralisation nothwendigen Natronlösung hinzu und

erlangt hierdurch einen Alkalescenzgrad, bei dem Gonokokken immer gut wachsen. Da Widbolz auf Lakmus neutralisirte, erklären sich aus dieser ungenauen Neutralisationsmethode seine theils positiven, theils negativen Resultate.

Die Thalmann'sche Methode ist bereits im Grossen von Ströhmberg bei der Untersuchung der Prostituirten in Dorpat praktisch mit dem besten Erfolge erprobt worden. Es gelang Ströhmberg, (dessen Bericht in russischer Sprache erschien) mit Hilfe dieser Methode bei 93 von 95 auf Grund der bisherigen Untersuchungen als gesund betrachteten Prostituirten Gonokokken nachzuweisen. Bei 27 von diesen waren bis dahin überhaupt noch nicht Gonokokken gefunden worden, während die andern 66 zwar früher Gonokokken gehabt hatten, zur Zeit aber für geheilt galten. Von diesen letzteren waren mehrere untersucht worden, weil immer wieder polizeiliche Meldungen einliefen, welche besagten, dass sich bei ihnen Männer infizirt hätten.

Ströhmberg empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen die Thalmann'sche Methode als das sicherste Hilfsmittel zur Erkennung der Gonorrhoe, das auch in den bescheidensten Laboratoriumsverhältnissen Anwendung finden kann. Als Temperaturoptimum für die auf schrägem Agar angelegten Kulturen fand er 36° C. Man muss sich vorsehen, Kondenswasser über die geimpfte Agarfläche laufen zu lassen. Auch empfiehlt es sich, die geimpften Röhrchen möglichst schnell in den Brütofen zu bringen, um sie sobald als möglich der Belichtung zu entziehen. Dr. Lentz-Berlin.

Ist die Gonnorrhoe der Prostituirten heilbar. Einige Bemerkungen zur Prophylaxe des Trippers. Von Dr. Thomas von Marschalkó, Vorstand der Königlichen ungarischen dermatologischen Universitätsklinik zu Kolozsvár (Klausenburg). Berliner klin. Wochenschrift; 1902, Nr. 15.

Die in der Prostituirtenkrankenabtheilung der Klinik in Kolozsvár ausgeführten Behandlungen der Gonorrhoe haben vollkommene Heilung (Verschwinden der Gonokokken aus den Sekreten) herbeigeführt. Die Urethralgonnorrhoe wurde mit 2 Mal täglichen Einspritzungen von 1% Argentamin oder 1—2% Lapis oder 1—5% Protargol, in hartnäckigen Fällen mit 20% Protargolglyzerin in jedem Falle geheilt, die Bartholinitiden mit 2% Lapie oder 5% Protargol, in hartnäckigen Fällen mit 5—10% Lapislösung, die Uteringonorrhoeen mit 2 Mal wöchigen intrauterinen Injektionen von 10% Argentamin, 5—10% Protargol, hauptsächlich mit 5% Lösung von Natrium lygosinatum zur Heilung gebracht, und zwar war die Heilung eine definitive, wie spätere Untersuchungen nachwiesen, bei denen sowohl die Gonokokken, als auch die klinischen Erscheinungen geschwunden waren. Erneute Infektionen sind natürlich möglich.

Verfasser verlangt regelmässige mikroskopische Untersuchungen der Genitalsekrete als integrirenden Bestandtheil der Kontrole und möglichst frühzeitige intensive Hospitalbehandlung. Für die Prophylaxe reicht die Belehrung der Jugend über die Gefahren des ausserehelichen Beischlafs nicht aus; dagegen haben sich die nach dem Beischlaf vorzunehmenden prophylaktischen Einträufelungen in die Urethra nach Credé (2% Lapis oder 20% Protargolglyzerin) durchaus bewährt. Diese persönliche Prophylaxe ist im Stande, die ungeheuer und stets anwachsende Zahl der gonorrhoischen Infektionen herabzusetzen.

Dr. Räuber-Düsseldorf.

Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe. Von Dr. A. Blaschko. Nach einem am 24. April 1902 in der Berliner Medizinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage. Berliner klinische Wochenschrift; 1902, Nr. 19.

Für die Abortivbehandlung eignet sich nur ein kleiner Bruchtheil der in Behandlung kommenden Fälle, nämlich solche, in denen wenige Tage nach dem infektiösen Coitus Morgens ein Kitzeln oder ein leichter Schmerz in der Harnröhre empfunden wird, wobei nur etwas serösmolkiges oder schleimiges, jedenfalls aber noch kein eitriges Sekret sich auspressen lässt. Statt der Behandlung mit 2% Argentum nitricum hat Verfasser tägliche Einspritzungen 4% Protargol oder 1—2% Albargin angewandt und zwar in einer Menge von 10—20 g, wobei die Lösung 3—5 Minuten in der Harnröhre verblieb. Am zweiten und den folgenden Tagen kann man dieselben oder nur 1% Protargol

bezw. $^1/_2$% Albarginlösung anwenden. Nach 4—5 Tagen trat etwa in 40 bis 50% der so behandelten Fälle Heilung ein. Eine fortgesetzte Kontrole mit dem Mikroskop ist jedoch nothwendig. In anderen Fällen misslang die Behandlung. Dr. Räuber-Düsseldorf.

Beitrag zur Lehre von den Syphilisbazillen. Von Dr. Joseph und Dr. Piorkowski. Aus der Poliklinik für Hautkrankheiten von Dr. Max Joseph und dem bakteriologischen Institute von Dr. Piorkowski. Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten. I. Abth., 31. Bd., 1902, Nr. 10.

Den Verfassern gelang es, aus dem Sperma und dem Blute von Syphilitikern auf steril gewonnenen Placenta-Stü ken neben Staphylokokken Bazillen zu züchten, welche morphologisch den Diphtheriebazillen nahestehen, und ein wenig grösser als letztere erscheinen. Die Babes-Ernst'schen Körperchen zeigten dieselben sehr deutlich. Im hängenden Tropfen zeigten sie nur oszillirende Bewegung und agglutinirten schnell. Sie bildeten tautropfenartige Kolonien. Auch auf Harnagar und Blutserum wuchsen dieselben bei der ersten Uebertragung charakteristisch, während sie auf den gewöhnlichen Nährboden schnell Involutionsformen bildeten. Am besten gediehen sie bei Körpertemperatur; bei Zimmertemperatur lies ihr Wachsthum nach.

Auf syphilitischen Placenten war das Wachsthum kümmerlich; die so gewachsenen Bazillen zeigten im gefärbten Präparat keine Polkörner. Thierversuche gaben keine verwerthbaren Resultate. Die Verfasser hoffen, dass Nachprüfungen ihre Befunde bestätigen, und so gewissermassen der statistische Nachweis die nicht ausführbare Verimpfung der Bazillen auf den Menschen ersetzen wird.

Die Placenta erwies sich ausserdem als ein vorzüglicher Nährboden für fast alle pathogenen Mikroorganismen, besonders für Gonokokken, Influenzabazillen und Pneumokokken.

Für die Färbung des Babes-Ernst'chen Körperchen erwies sich den Verfassern folgende Modifikation der Neisser'schen Färbung als sehr geeignet: die Deckglasaufstriche werden mit Löffler'schen Methylenblau übergossen, über der starken Bunsenflamme unter fortwährender Bewegung bis zum Kochen erhitzt, dann 1 Minute lang abgekühlt, 5 Sekunden lang mit 3%igem Salzsäurealkohol entfärbt, mit Wasser abgespült und 10 Sekunden lang mit stark verdünntem Karbolfuchsin nachgefärbt. Dr. Lentz-Berlin.

Zur Frage der Händedesinfektion. Von Dr. Karl Lauenstein, Oberarzt zu Hamburg. Münchener med. Wochenschrift; 1902, Nr. 30.

Verfasser präzisirt ganz zutreffend, ohne viel Neues zu bringen, den jetzigen Stand der Frage der chirurgischen Händedesinfektion in einer grösseren, interessanten Arbeit, aus welcher nur die Hauptpunkte hervorgehoben werden sollen.

1. Mit der Asepsis allein, also mit Wasser und Seife, unter Zuhülfenahme mechanischer Reinigungsmittel (Bürste, Pflanzenfaser, Bimstein, Sand, Marmor etc.) lässt sich eine genügende Händereinigung nicht erzielen. Die Hinzufügung eines Desinfiziens zu den Massnahmen der Asepsis und der mechanischen Reinigung erscheint nach den bisherigen Erfahrungen unerlässlich.

2. Aber auch bei Anwendung eines oder mehrerer nachfolgenden Desinfizientien ist es bisher nicht gelungen, regelmässig die Hände im bakteriologischen Sinne keimfrei zu machen.

3. Gewissenhafte prophylaktische Asepsis, d. h. die Vermeidung einer Verunreinigung der Hände mit infektiösem Material und eine sofortige gründliche Desinfektion der Hände nach geschehener Verunreinigung, Uebung, Intelligenz und das Gefühl der Verantwortlichkeit spielen bei der Händedesinfektion eine wichtige Rolle und begünstigen die Herabsetzung des Keimgehaltes unserer Hände.

4. Die „Handschuhfrage" ist bisher zu einem definitiven Abschlusse nicht gelangt. Während die einen Autoren Handschuhe aus Leder und Gummi, andere Autoren Handschuhe aus Zwirn und Seide empfehlen, räth Köcher, der Chirurg solle nach Möglichkeit immer Handschuhe tragen und sich derselben nur zum Zwecke der Operation entledigen.

5. Sehr beherzigenswerth erscheint der Standpunkt und Rath, nicht unnöthig die Wunde mit Hand und Finger zu berühren und statt ihrer, wo es irgend geht, die sicher zu sterilisirenden Instrumente zu verwenden.

Verfasser ist persönlich nach der Aera der Karbolsäure um das Jahr 1888 zu Fürbringer's Heisswasser-Alkohol-Sublimatdesinfektionsmethode übergegangen und ihr bis zum Jahre 1896 treu geblieben.

Dann ging Verfasser zu der Ahlfeld'schen Heisswasser-Alkoholdesinfektion über, hält dieselbe als äusserst brauchbar für chirurgische Zwecke und auf Grund seiner eigenen Erfahrungen und der eingehenden Untersuchungen und Prüfungen Ahlfeld's für berechtigt, so lange an dem Verfahren bis auf Weiteres festzuhalten, bis vielleicht im Laufe der Weiterentwickelung der Wissenschaft neue Gesichtspunkte auftreten, die noch Wirksameres an seine Stelle setzen lassen.

Zum Schlusse streift Verfasser die noch offene Frage der Einwirkung des Alkohols — ob bakterienentwickelungshemmend, gewebserhärtend, fettlösend, eiweisslösend etc. — und glaubt, dass bei der Alkoholfrage die Empirie der wissenschaftlich exakten Forschung vorausgeeilt ist. Als eine kleine Modifikation der Ahlfeld'schen Vorschrift empfiehlt er grundsätzlich die Bürste erst ganz zuletzt, wenn das Wasser überhaupt nicht mehr schmutzig wird, anzuwenden und legt das Hauptgewicht der Vorbereitung für die nachfolgende Alkoholbehandlung auf das voraufgehende Seifen und Einweichen der Hände ohne mechanisch angreifende Einwirkung, mit häufiger Erneuerung des warmen Wassers oder unter fliessendem Wasser.

Stillschweigende Voraussetzung bei der Händedesinfektion ist selbstverständlich entsprechende Berücksichtigung des ganzen übrigen Körpers nebst Kleidung bei der Vorbereitung zur Operation. So empfiehlt Verfasser regelmässiges Seifen des Kopfes vor allen grösseren und wichtigen Operationen, bei Schweisstriefen Tragen von sterilen Operationsmützen, unter Umständen, z. B. beim Schnupfen, vielen Reden, eine Mundbinde. Auch warnt Verfasser, wie Koenig, durch Einführung des Fingers den Zustand eines eröffneten Gelenkes zu ergründen und räth, lieber das Gelenk durch weite Eröffnung dem Auge freizulegen. Dr. Waibel-Kempten.

Untersuchungen über die Wirkung des Sublamins (Quecksilber-Aethylendiamin) als Desinfektionsmittel. Von Dr. Blumberg, Spezialarzt für Frauenkrankheiten und Chirurgie in Berlin. Münchener medizinische Wochenschrift; Nr. 37, 1902.

Verfasser sieht gegenwärtig den Beweis erbracht, dass es bisher, einschliesslich der rein mechanischen oder der Ahlfeld'schen Heisswasser-Alkohol-Desinfektionsmethode, keine Desinfektionsmethode giebt, welche eine völlige Sterilisirung der Hände und Haut gewährleistet und hebt weiter hervor, dass ihm und seinen Mituntersuchern die Kombination der mechanischen Desinfektion mit der Imprägnation der Haut mit einer Quecksilbersalzlösung das bei weitem günstigste Resultat ergeben hat.

Es lässt sich jedoch nicht läugnen, dass der zur Zeit am meisten angewendete Sublimat wegen seiner ätzenden Wirkung von einem Theile der Aerzte überhaupt nicht angewendet werden kann, weil er bei intensiver Anwendung nicht nur häufig Ekzem, sondern bei fast allen Händen eine gewisse Rauhigkeit und Sprödigkeit erzeugt.

Diese Thatsache liess den Verfasser und andere nach einem Quecksilbersalz suchen, welches von solcher Reizlosigkeit wäre, dass man es in beliebig hohen Konzentration anwenden kann, ohne dem Sublimat bezüglich der desinfizirenden Eigenschaften nachzustehen und selbst in höchsten Konzentrationen (2proz.) eine Spur von Reizerscheinungen auf der Haut der Hände zurückzulassen, dabei aber noch eine grössere Tiefenwirkung zu haben.

Nachdem zuerst mit Quecksilberzitrat-Aethyldiamin erfolgreiche Versuche gemacht wurden, wurde später das Quecksilber-Aethyldiamin verwendet, welches sich als festes Präparat herstellen lässt und sich momentan bis zu höchsten Konzentrationen im Wasser löst.

Aus den zahlreichen Versuchen glaubt Verfasser folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

Das Quecksilbersulfat-Aethyldiamin (Sublamin) ist ein Desinfektionsmittel, welches folgende Eigenschaften hat:

1. Es steht dem besten der bekannten Desinfektionsmittel, dem Sublimat, an Desinfektionskraft nicht nach.
2. Es hat vor dem Sublimat den Vorzug voraus, dass es selbst in höchsten Konzentrationen die Haut nicht reizt.
3. Es gewährt in Folge seiner Reizlosigkeit die Möglichkeit, in Fällen, wo unsere Hände mit einem hochvirulenten Infektionsstoff in Berührung gekommen sind, durch beliebig hohe Steigerung der Konzentration der Lösung eine grössere Desinfektionswirkung zu erzielen, als mit Sublimat.
4. Es übt voraussichtlich eine viel grössere Tiefenwirkung aus, als Sublimat.
5. Sublamin ist ein Salz, dass sich momentan selbst in hoher Konzentration im Wasser löst, während Sublimat bezw. Sublimatpastillen einer bedeutend längeren Zeit zu ihrer Lösung bedürfen; ein Moment, welcher bei der Anwendung des Desinfektionsmittels in der Praxis von einer gewissen Annehmlichkeit ist.
6. Sublamin lässt sich in Form von Pastillen (Schering'sche Fabrik) herstellen, die sich bedeutend schneller als Sublimatpastillen lösen.

Dr. Waibel-Kempten.

Versuche über die Wohnungsdesinfektion nach dem Verfahren von Krell-Elb. Von Dr. Ludwig Lange. Aus dem Königl. hygienischen Institut in Posen. Hygienische Rundschau; 1902, Nr. 15.

Im Gegensatz zu den von Enoch, Dieudonné und Eike erzielten Resultaten mit dem Krell-Elb'schen Verfahren ist Verfasser ähnlich wie Reischauer zu wesentlich ungünstigeren Versuchsergebnissen gelangt, wenn er die Methode genau so ausführte, wie in der jedem Glühblock beigefügten Anweisung vorgeschrieben ist.

Als Testobjekte dienten in seinen Versuchen Choleravibrionen, Staphylococcus pyogenes aureus, Diphtheriebazillen und Milzbrandsporen. Während nach Kr.-E, ein Glühblock mit 50 g Paraformaldehyd zur Desinfektion von 25—35 cbm Raum ausreichen, also 1,45—2,0 g Paraform für den cbm, hatte Verfasser z. B. mit 1,93 g bei 7stündiger Einwirkungsdauer und relativer Feuchtigkeit von 95% bei Beginn des Versuches einen Misserfolg (in Prozent der ausgelegten Proben) von 70%. Eine Abtödtung der Milzbrandsporen blieb dabei gänzlich aus. Eine solche mit einem Erfolg von 33,3 bezw. 20% der ausgelegten Proben gelang nur in 2 Versuchen mit 3,86 g Paraform pro cbm und 5stündiger Einwirkung bezw. 2,51 g Paraform und 7stündiger Einwirkung Auch bei Verdampfung von weit mehr Wasser, als verlangt wird, bei verschiedener Lufttemperatur gelang es Verfasser nicht, diejenigen Ergebnisse zu erzielen, welche mit anderen Verfahren vorliegen, so dass sein Urtheil dahin lautet, dass eine sichere Desinfektion in der von der Fabrik angegebenen Weise und mit den als ausreichend hingestellten Formalinmengen nicht zu erreichen ist.

Dr. Wolff-Stralsund.

Ueber die Grenze der praktischen Wirksamkeit der Desinfektion der Räume und über zwei besondere Apparate zu ihrer Ausführung. Experimental-Untersuchungen. Von Dr. C. Tonzig, Assistenten am Institut. Aus dem Hygiene-Institut der Königl. Universität Padua unter Leitung des Prof. A. Serafini. Ibidem.

Die Ueberschrift der Arbeit lässt etwas anderes und mehr vermuthen, als der Verfasser bringt. Er beschreibt in sehr eingehender Weise zwei zur Verstäubung von desinfizirenden Flüssigkeiten geeignete Apparate, die er auf ihre Brauchbarkeit zur Desinfektion von Räumen untersuchte. Aus seinen Experimenten folgert Verfasser, dass die Apparate sich zum Verstäuben von desinfizirenden Flüssigkeiten gut eignen, dass sie auf die Oberfläche der Wände kein Uebermass von Flüssigkeit abgeben, so dass die Farbe von Tapeten u. s. w. kaum geschädigt wird, dass aber bei diesen wie bei allen ähnlichen Apparaten die Gewissheit mangelt, mit der desinfizirenden Flüssigkeit die ganze infizirte Oberfläche zu nässen, und dass häufig Gebiete verbleiben, die, wenn auch klein, immerhin bequeme Zuflucht für infizirende Material bieten. Wenn daher auch

in solche Desinfektion kein absolutes Vertrauen gesetzt werden kann, so verdient sie doch die Beachtung des Hygienikers.

Referent möchte dazu bemerken, dass er selbst in der Lage war, mit einem ganz ähnlichen Apparat, wie ihn Tonzig beschreibt, Desinfektionsversuche anzustellen. Das Resultat derselben war aber durchaus kein irgend wie ermuthigendes; einstweilen wird man daher gut daran thun, an bewährten älteren Desinfektionsmethoden festzuhalten. Dr. Wolff-Stralsund.

Ueber die Verfahren und Apparate zur Entwicklung von Formaldehyd für die Zwecke der Wohnungsdesinfektion. Von Dr. Eugen Mayer, Stabsarzt, früher Assistent am Institut, und Dr. Heinrich Wolpert, Privatdozent, Oberassistent am Institut. Aus dem hygienischen Institut der Universität Berlin. Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten.

Nach einer kurzen Besprechung der bisher gebräuchlichen Verfahren der Formaldehyddesinfektion beschreiben die Verfasser einen von ihnen konstruirten, einfachen Apparat, der bei grosser Billigkeit seinen Zweck vollkommen erfüllt. Er besteht aus einem emaillirten oder aus reinem Kupferblech hergestellten Kochtopf von 16—17 cm oberer Weite und $8^1/_2$ cm Tiefe, welcher einen gut aufgepassten Aufsatz trägt, der einen 5 cm hohen Zylinder darstellt, an den sich ein 8 cm hoher konischer Theil anschliesst; letzterer geht wiederum in einen $4^1/_2$ cm hohen Zylinder von $6^1/_2$ cm Durchmesser über. In dem Topf wird die wässerige Formalinlösung zum Verdampfen gebracht. 4 solcher Töpfe im Gesammtwerthe von 10 M. ersetzen einen Flügge'schen Formalinentwickler, der 70 M. kostet. Nach Beendigung der Desinfektion werden zunächst die Fenster des desinfizirten Zimmers für $^1/_2$ Stunde geöffnet. Während dieser Zeit werden die Kochtöpfe mit der zur Desodorirung nothwendigen Menge Ammoniumkarbonatlösung, und zwar auf 100 g Formaldehyd 250 g Ammoniumkarbonat, gefüllt, der 10—20 ccm Lavendelöl hinzugefügt werden. Die Fenster werden geschlossen und nun $^1/_2$ Stunde lang die Ammoniak-Lavendeldämpfe durch Kochen entwickelt. Danach werden die Fenster wiederum geöffnet. Die Räume können alsbald wieder in Gebrauch genommen werden, da der zurückbleibende Geruch in Folge des Zusatzes von Lavendelöl zu dem Ammoniumkarbonat durchaus nicht unangenehm ist. Dr. Lentz-Berlin.

---

a. Ueber die Verstärkung der Desinfektionswirkung des Formaldehyds durch allseitigen künstlichen Innenwind.

b. Ueber den Einfluss der Lufttemperatur auf die Desinfektionswirkung des Formaldehyds. Von Dr. Eugen Mayer, Stabsarzt, früher Assistent am Institut, und Dr. Heinrich Wolpert, Privatdozent, Oberassistent am Institut. Aus dem hygienischen Institut der Universität Berlin. Archiv für Hygiene, Bd. XLII, Heft 3 u. 4.

Bei den bisher üblichen Desinfektionsverfahren mit Formaldehyd ging der Formaldehydstrom nach oben gegen die Decke des Zimmers; die Desinfektion war daher in den oberen Theilen des Zimmers eine wesentlich intensivere als auf dem Fussboden, während es gerade hier auf eine recht gründliche Einwirkung des Desinfektionsmittels ank mmt.

Um diesem Uebelstande abzuhelfen, versetzten die Verfasser die Luft des zu den Versuchen dienenden Zimmers durch einen grossen Flügelventilator in dauernde Bewegung. Besonders intensiv wurde die Durchmischung der Luft in dem Raume dadurch, dass sie den vertikal rotirenden Ventilator auf eine horizontal rotirende Unterlage stellten. Sie erreichten dadurch eine gleichmässig intensive Desinfektionswirkung des Gases in allen Theilen des Zimmers. Dabei bedurfte es zu einer gleich starken Desinfektionswirkung zu diesem Verfahren etwa nur $^2/_3$ der Menge Formaldehydlösung, welche zur Desinfektion ohne Mitwirkung des Ventilators nöthig ist.

Weiterhin wiesen die Verfasser zahlenmässig den hohen Werth nach, welchen eine Erhöhung der Luftemperatur in dem zu desinfizirenden Raume auf den Erfolg der Desinfektion hat. Sie fanden, dass der Effekt der Desinfektion bei 0° gleich 0 wird, ferner, dass bei mittlerer Temperatur jede Erhöhung der Temperatur auch nur um 1° eine bedeutende Steigerung der Desinfektionswirkung im Gefolge hat, dergestallt, dass bei höherer Temperatur

eine bedeutend geringere Menge Formaldehyd zur Erreichung des gleichen Desinfektionseffektes nöthig ist, als bei niedriger Temperatur, und schliesslich, dass bei Erhöhung der Temperatur auf 20—30° sogar ein Mangel des Gehaltes der Luft an relativer Feuchtigkeit aufgewogen wird. Die Verfasser wollen deshalb unter keinen Umständen auf die Heizung des zu desinfizirenden Raumes verzichten, selbst auf die Gefahr hin, dass dadurch bei niederer Aussentemperatur ein Verlust an Formalin durch die stärkere Ventilation nach aussen entsteht. Anderseits halten sie bei einer Innentemperatur von 20—30° einen relativen Feuchtigkeitsgehalt der Zimmerluft von 40—80%, bei niedriger Temperatur von 80%, für völlig hinreichend zu einer gründlichen Desinfektion. Dieser geringere Feuchtigkeitsgehalt der Luft hat gegenüber der Sättigung derselben mit Wasserdampf den Vortheil, dass sich letzterer nicht an Möbeln und anderen Gegenständen kondensirt und dieselben eventuell schädigt.

Dr. Lentz-Berlin.

Besprechungen.

Dr. Ludwig Knapp, Privatdozent für Geburtshülfe und Gynäkologie in Prag: **Geburtshülfliche Diätetik und Therapie für Aerzte und Studirende.** Mit 147 in den Text gedruckten Abbildungen. Prag 1902. Verlag von F. Tempsky.

Das Buch führt den Studirenden in die praktische Geburtshülfe ein und dient dem Praktiker als rasch orientirendes Nachschlagebuch. Ferner ist die Indikationsstellung, sowie der technische Theil der geburtshülflichen Operationen eingehend dargestellt. Der Text ist durch viele ausgezeichnete Abbildungen ergänzt, welche theils nach der Natur, theils nach photographischen Aufnahmen in $^1/_3$ natürlicher Grösse angefertigt sind, und zwecks besserer Uebersicht Physiologie, Pathologie und Therapie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes in je einem Abschnitte abgehandelt. Dadurch ist dem logischen Zusammenhange besser Rechnung getragen, als mit der gesonderten Besprechung, zunächst der Physiologie, von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, und danach der Pathologie und Therapie jeder dieser Phasen wieder für sich — Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche.

Dr. Rump-Recklinghausen.

Dr. Paul Meissner-Berlin: **Mikroskopische Technik der ärztlichen Sprechstunde.** Zweite bedeutend vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 32 theils farbigen Abbildungen. Leipzig 1902. Verlag von Georg Thieme. Preis: 2,20 Mark.

Dem Buche, welches in engem Rahmen eine verständliche Darstellung der für den Arzt und Studirenden nöthigen mikroskopischen Technik nebst einer wohl geprüften Auswahl bewährter Färbemethoden giebt, ist grosses Interesse entgegengebracht worden, so dass bald die zweite Auflage erforderlich wurde, welche eine wesentliche Erweiterung und Verbesserung der ersten Auflage ist. Der erste Theil dient der Erlernung der echnik im Allgemeinen; in besonderen Kapiteln sind die beim Mikroskopiren in Frage kommende Technik, sowie das Mikroskop einer eingehenden Besprechung unterzogen. Zahlreiche Abbildungen sind eingefügt. Der zweite Theil dient zum Nachschlagen der Färberezepte; die Färbemethoden sind durch einige bewährte ergänzt. Das kleine Werk bietet alles Nöthige und erleichtert ausserordentlich die Wahl unter den zahlreichen Präparations- und Färbemethoden. Dr. Rump-Recklinghausen.

Kurt von Rohrscheidt, Regierungsrath: **Das Fleischbeschaugesetz vom 3. Juni 1900.** Mit sämmtlichen Ausführungsbestimmungen für das Deutsche Reich und dem Preussischen Ausführungsgesetze vom 28. Juni 1902. Zweite, sehr vermehrte Auflage, Leipzig 1902. Verlag von C. L. Hirschfeld. Kl. 8°; 291 Seiten. Preis: 4 M.

Der im Herbst erschienenen ersten Auflage ist die zweite bald gefolgt, wesentlich erweitert durch die inzwischen erlassenen Reichsausführungsbestimmungen und das preussische Ausführungsgesetz. Es sind neu aufgenommen: Die Verordnungen über die Inkraftsetzung des Gesetzes betr. die Schlachtvieh- und Fleischbeschau, vom 3. Juni 1900, vom 16. Februar und 7. Juli 1902,

(R.-G.-Bl., S. 47, 241), die Bekanntmachungen, betr. das Gesetz über die Schlachtvieh- und Fleischbeschau u. s. w. vom 10. Juli 1902 (R.-G.-Bl., S. 242), betr. gesundheitsschädliche und täuschende Zusätze zu Fleisch und dessen Zubereitungen, vom 18. Februar 1902 (R.-G.-Bl., S. 48), betr. die Ausführung des Schlachtvieh- und Fleischbeschaugesetzes u. s. w., vom 30. Mai 1902 (Zentralblatt f. d. D. R.; Beilage zu Nr. 22 1902), betr. die Einlass- und Ueberführungsstellen für das in das Zollinland eingehende Fleisch, vom 30. Mai 1902 (Zentralblatt f. d. D. R.; Beilage zu Nr. 22 1902), das Preussische Gesetz, betr. Ausführung des Schlachtvieh- und Fleischbeschaugesetzes, vom 28. Juni 1902 (Gesetz-Samml., S. 229) und die Bekanntmachung, betr. die Gebührenordnung für die Untersuchung des in das Zollinland eingehenden Fleisches, vom 12. Juli 1902 (Zentralblat für d. D. R., S. 238).

Das am Schlusse angefügte Sachregister erleichtert die Benutzung. Die Ausgabe empfiehlt sich durch die umfassende Zusammenstellung aller bisher in Betracht kommender Bestimmungen, ferner dadurch, dass trotz des wesentlich vermehrten Inhalts die Form der handlichen Taschenausgabe gewahrt ist.

Dr. Dietrich-Berlin.

Tagesnachrichten.

Zu Mitgliedern der **Kommission für die Prüfung des Staatsdienstes in Baden** sind ernannt: Geh. Ob.-Reg.-Rath Dr. Glockner als Vorsitzender, Ministerialdirektor Geh. Rath Hübsch, Ob.-Med.-Rath Dr. Hauser und Ob.-Med.-Rath Dr. Greiff.

Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hatte dem Reichskanzler Graf Bülow ihre Konstituirung angezeigt Darauf hat dieser unterm 17. d. M. folgende Antwort ertheilt:

„Dem Vorstande spreche ich für das gefällige Schreiben vom 27. Oktober d. J. meinen ergebensten Dank aus. Bei der grossen Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in allen Schichten den Bevölkerung, bei der Vielseitigkeit ihrer nachtheiligen Folgen für die Gesundheit des Einzelnen und dem unheilvollen Einfluss, welchen sie auf das Lebensglück der Familie und die Entwickelung des heranwachsenden Geschlechtes ausüben, ist ihre Bekämpfung eine der ernstesten und wichtigsten Aufgaben der Gegenwart. Wie es ungetheilte Anerkennung verdient, dass gegen die Tuberkulose und den Alkoholmissbrauch sich warme Freunde des Volkes aus allen Kreisen zusammengeschlossen haben, so ist auch die Begründung einer besonderen Vereinigung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit vollster Zustimmung zu begrüssen. Was staatlicherseits zur Förderung dieser guten Sache, sei es im Wege der Gesetzgebung, sei es auf dem Gebiete der Verwaltung, wie insbesondere des medizinischen Unterrichts auf den Universitäten geschehen kann, daran soll es nicht fehlen. Vor allem aber kommt es darauf an, dass die Bevölkerung selbst unter Führung ihrer sittlichen und ärztlichen Berather sich der drohenden Gefahren voll bewusst wird und derselben aus eigener Kraft und entschlossen und unbeirrt durch falsche Scheu entgegentritt. Wenn die neugebildete Gesellschaft in diesem Sinne an ihr Werk geht und dasselbe mit zäher Ausdauer weiter verfolgt, so wird Segen und Erfolg nicht ausbleiben. Das ist der Wunsch, mit welchem ich das Inslebentreten der Gesellschaft dankbar begrüsse.“

In Frankreich beabsichtigt die Regierung dem Parlament einen Gesetzentwurf über die energische **Bekämpfung des Alkoholismus** zu unterbreiten. Zu diesem Zwecke hat der Ministerpräsident Combes die Akademie der Medizin veranlasst, eine Liste aller gesundheitsschädlichen Essenzen vorzulegen, die zur Herstellung von alkoholhaltigen Getränken verwendet werden.

Das Beschwerderecht der preussischen Apotheker. Die strittig Frage, bei wem ein preussischer Apotheker sich gegen Verfügungen einer Verwaltungsbehörde event. zu beschweren hat, ist vor Kurzem Gegenstand einer Streitsache vor dem Oberverwaltungsgericht gewesen. Ein Apotheker hatte sich gegen eine Verfügung des Regierungspräsidenten beim Oberpräsidenten beschwert und dieser die Beschwerde an den Minister der Medizinalangelegenheiten abgegeben, der die Beschwerde als unbegründet abwies. Der Apotheker

erhob hierauf Klage beim Oberverwaltungsgericht mit der Begründung, dass nicht der Minister zuständig gewesen wäre, sondern der Oberpräsident. Das Oberverwaltungsgericht wies die Klage gleichfalls ab, weil die formellen Voraussetzungen einer Klage, ein Beschwerdebescheid des Oberpräsidenten überhaupt nicht vorliege. Darauf hat der Apotheker den Oberpräsidenten um eine Entscheidung gebeten, die dieser unter dem 1. d. Mts. wie folgt getroffen hat:

„Zwar findet nach §. 130 des Landesverwaltungsgesetzes gegen polizeiliche Verfügungen des Regierungspräsidenten die Beschwerde an den Oberpräsidenten mit nachfolgender Klage an das Oberverwaltungsgericht statt. Es gilt indess nach der Rechtsprechung der Oberverwaltungsgerichtes für den §. 130 auch die im §. 127 ausdrücklich hinzugefügte Massgabe: „Soweit das Gesetz nicht ausdrücklich Anderes bestimmt.“ Dieses trifft bezüglich der Apotheken zu, denn die Aufsicht über die Apotheken steht dem Regierungspräsidenten, die Oberaufsicht nicht dem Oberpräsidenten, sondern nach der revid. Apothekerordnung vom 11. Oktober 1801 dem „Obercollegium-Medicum et Sanitas“, d. i. jetzt die Zentralinstanz, zu.“

Voraussichtlich wird der Apotheker nun nochmals bei dem Oberverwaltungsgericht klagbar werden und dieses dann zu entscheiden haben, ob die Ansicht des Oberpräsidenten, dass die Ministerialinstanz die einzige Beschwerdeinstanz bildet gegen die vom Regierungspräsidenten als Aufsichtsinstanz über das Apothekenwesen erlassenen Verfügungen, zutreffend ist oder nicht.

Sprechsaal.

Kreisarzt Dr. S. in T.: Ueber „Schweinefresspulver“ ist seit dem Urtheil vom Oberlandesgericht in Naumburg vom 7. September 1896 (s. Beilage zu Nr. 4 der Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jahrg. 1897, S. 27) ein Urtheil vom preussischen Kammergericht unter dem 10. April 1899 getroffen, das in der Beilage zu Nr. 15 der Zeitschrift, Jahrg. 1899, S. 121 abgedruckt ist. Das Fresspulver ist hier ebenfalls als „Heilmittel“ gegen „Fressmangel“ anerkannt, zum Unterschiede von „Mastpulver“, das nur dazu dienen soll, den Appetit der Thiere über das normale Mass zu steigern und demgemäss kein Heilmittel ist.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Die Versendung des **offiziellen Berichtes über die diesjährige Hauptversammlung** wird gleichzeitig mit dem offiziellen Bericht über die diesjährige Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins Anfang nächster Woche erfolgen. Die Mitglieder werden gebeten, den Vereinsbeitrag für 1903 unter Benutzung der dem Berichte beigefügten **Postanweisung** an den Schriftführer, H. Kreisarzt Med.-Rath Dr. Fielitz-Halle a./S. einzusenden und diesem auch künftighin alle **Veränderungen ihrer Adressen** rechtzeitig mitzutheilen.

Minden, den 12. Dezember 1902. Im Auftrage:
Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

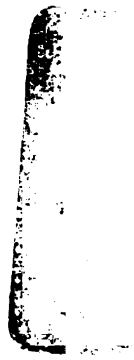
Deutscher Medizinalbeamten-Verein.

Die Versendung des **offiziellen Berichtes über die diesjährige Hauptversammlung** wird Anfang nächster Woche erfolgen. Die Mitglieder werden gebeten, den Vereinsbeitrag für 1903 unter Benutzung der dem Berichte begefügten **Postanweisung** an den Schriftführer, H. Bezirksarzt Dr. Flinzer in Plauen i./Voigtland einzusenden und diesem auch künftighin alle **Veränderungen ihrer Adressen** rechtzeitig mitzutheilen.

Minden, den 12. Dezember 1902. Im Auftrage:
Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden.

Mittheilung: Die Absendung des **Inhaltsverzeichnisses und Sachregisters** für den **Jahrgang 1902** wird mit Nr. 1 oder 2 der Zeitschrift (1903) erfolgen.

Verantwortl. Redakteur: Dr. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med.-Rath in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, H. S. u. F. Sch.-L. Hof-Buchdruckerei, Minden.



3 2044 103 011 987