

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Preis vierteljährlich zwei Thaler. Beiträge werden franco unter der Adresse der Verlagshandlung erbeten.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*.

Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Inhalt: Das peritonäale Reibungsgeräusch. Von Dr. Mühlig. (Schluss.) — Die Krankheiten der Neuseeländer. Von Dr. Meyer-Ahrens. (Fortsetzung.) — Mittheilungen aus der medicinischen Poliklinik des Prof. Dr. Seitz in München. Von Dr. A. v. Franque. (Zwei Fälle von Ileus.) — Miscellen: Sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin vom 18. October 1858. — Vorträge im physiologischen Vereine zu Greifswald. (4. Dr. Heinicke über Richardson's Werk: die Ursachen der Blutgerinnung.) — Literatur-Blatt. (Gerichtliche Medicin von Dr. H. Wald.) — Personalien. — Feuilleton: Die pathologische Anatomie und die gerichtliche Medicin. Von Rudolf Virchow.

Das peritonäale Reibungsgeräusch.

Von

Dr. Mühlig in Constantinopel.

(Schluss aus No. 1.)

Es ist offenbar, dass in frischen Fällen von Peritonitis das Bauchfell seine Glätte ebenso einbüsst, wie diess bei anderen serösen Häuten der Fall ist; somit wäre also bei der Peritonitis die eine Bedingung des Reibungsgeräusches so lange vorhanden, als nicht die seröse Ausschwitzung überhand genommen hat oder Verwachsung eingetreten ist. Man sollte glauben, dass die seröse Ausschwitzung schon ziemlich beträchtlich sein müsse, ehe sie sich zwischen den Darm und die Bauchwand drängt, weil ersterer als specifisch leichter immer die Tendenz haben wird, den höchsten Punkt einzunehmen; wenn nicht andererseits wegen der geringen Ausgiebigkeit der Bewegung und rhythmischen Verschiebung der einander zugewendeten Flächen sehr bald Verklebung der Gedärme unter einander und mit den nachbarlichen Theilen einträte, was zur Folge hat, dass sie sehr häufig zu einem Knäuel vereinigt an den tieferen Stellen der Bauchhöhle zurückgehalten werden; aber auch in jenem Falle, wo sie dicht unter den Bauchdecken gelagert bleiben, wird aus eben demselben Grunde sehr bald Verklebung mit letzteren eintreten müssen, wodurch jede Reibung unmöglich wird. Die grosse Nachgiebigkeit und die lose Anheftung des Darmkanals sind dem Entstehen eines Reibungsgeräusches ebenso wenig günstig; in Bezug auf die Leber gestalten sich die Verhältnisse schon besser, da diese einen widerstandsfähigen Körper bildet, der bei vorhandenen Rauigkeiten und ausgiebiger Bewegung schon leichter die Bedingungen eines Reibungsgeräusches bieten könnte.

Was endlich das Verschieben der einander zugekehrten Flächen der Unterleibsorgane betrifft, so hat man dasselbe auf drei Ursachen zurückgeführt:

1) Die peristaltische Bewegung des Darmes; schon im normalen Zustande des Darmrohres wenig ausgiebig und eher auf tonischer Zusammenziehung beruhend, wird dieselbe bei peritonitischer Ausschwitzung noch beträchtlich durch die seröse Durchtränkung und die Lähmung der Muskelschichte des Darmrohres herabgesetzt, so dass sie nicht einmal im Stande ist, die durch das Exsudat bedingte Verklebung der sich berührenden Flächen zu verhindern, geschweige denn im Falle sein wird, ein kräftiges und ruckweises Verschieben derselben, ohne welches ein Geräusch nicht leicht denkbar ist, zu bedingen. Ich muss deshalb in diesem Punkte Bamberger ganz beistimmen, da es mir a priori nicht leicht denkbar ist, wie die peristaltische Darmbewegung bei Peritonitis zur Entstehung eines Reibungsgeräusches Veranlassung geben könnte, und ich kann mich auch durch die mir aus der Literatur zugängigen, zum Beweise des Vorkommens eines peristaltischen Reibungsgeräusches aufgeführten Fälle durchaus nicht für überzeugt halten, glaube aber gegen-theils, dass denselben häufig falsche Deutung anders begründeter Erscheinungen zu Grunde liegen möchte; sollte z. B. nicht manchmal das Kollern von Gasen den Grund zu jenem Geräusche von Schwirren abgegeben haben, das man beim Auflegen der Hände vernommen haben will? (Spittal's 1. Fall)

2) Die respiratorische Bewegung der Bauchmuskeln; schon die gewöhnliche dabei stattfindende geringe Verschiebung der Bauchfellblätter scheint mir durchaus unzureichend, um unter günstigen Bedingungen ein Reibungsgeräusch zu erzeugen, dazu kommt aber noch, dass eben bei Peritonitis wegen der grossen Schmerzhaftigkeit die respiratorische Bewegung der Bauchmuskeln fast auf Null reducirt ist, sie daher, wenigstens in frischen Fällen, gar nicht als Bedingung eines Reibungsgeräusches in Betracht kommen kann, wie diess bereits Andry (l. c.) angedeutet hat; dass aber im späteren Verlaufe einerseits die Ansammlung von Flüssigkeit, andererseits die bald eintretende Verklebung und Verwachsung ein weiteres Hinderniss abgeben, wurde bereits erwähnt.

Feuilleton.

Die pathologische Anatomie und die gerichtliche Medicin.

Von

Rudolf Virchow.

Es hat zum Erstaunen der Welt sehr lange gedauert, bis man sich in Preussen entschloss, die pathologische Anatomie officiell anzuerkennen, und noch jetzt giebt es nur einen ordentlichen Lehrstuhl für dieselbe, während in Oesterreich jede kleinste Universität einer entfernten und vielleicht halbbarbarischen Provinz damit bedacht ist. Man ist immer sehr geneigt gewesen, diese Eigenthümlichkeit nicht sowohl aus der höheren Einsicht, welche in dem „Staate der Intelligenz“ alle Kreise durchdringe, als vielmehr aus einer unvollständigen Kenntniss von dem Wesen und den Ergebnissen der pathologischen Anatomie abzuleiten. Eine solche schien allerdings sehr begreiflich, wenn man sich erinnert, dass die pathologische Anatomie in Preussen nur beiläufig und stückweise von Anatomen, Klinikern und Gerichtsärzten getrieben worden war, sich aber nie zu einer wirklich methodischen, umfassenden und geordneten Wissenschaft erhoben hatte. Der pathologisch-anatomische Unterricht bildet noch jetzt keinen durch Instructionen, Verordnungen, Examinationseinrichtungen oder sonstigen officiellen Druck empfohlenen oder gar gebotenen Theil des medicinischen Studiums; bis

vor wenigen Jahren gab es Gelegenheit zu practischer Erlernung der für eine ordentliche Section erforderlichen Handgriffe und Anschauungen nur in der allerbeschränktesten Weise. Woher hätte denn auch ein wirkliches Interesse, ein rechtes Verständniss, ein gegenseitiges Vertrauen kommen sollen?

Zu Betrachtungen dieser Art bietet sich häufig genug Gelegenheit, indess schien es mir immer, dass man mit Geduld und Eifer auch ohne specifische Mittel zu einem gedeihlichen Ziele müsse gelangen können. In diesem Augenblicke liegt aber eine so wichtige Veranlassung vor, dass ich es für meine Pflicht erachte, wenigstens in der medicinischen Presse auf die Kluff hinzuweisen, die immer noch zwischen der officiellen und der wissenschaftlichen Stellung der pathologischen Anatomie besteht, und die in diesem Falle so eben zu den bedenklichsten practischen Folgen geführt hat.

Das jüngste Heft der Vierteljahrsschrift für gerichtliche und öffentliche Medicin (Bd. XV. Heft 1.) bringt das neue, unter dem 15. Novbr. 1858 von der obersten wissenschaftlichen Medicinalbehörde Preussens an den vorgesezten Minister überreichte Regulativ für das Verfahren der preussischen Gerichtsärzte bei den medicinisch-gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichname, dessen endgültige Publication bald zu erwarten steht. Der §. 20 dieses Regulativs lautet:

„Beim Erheben der Leichenbefunde müssen die Obducenten überall den richterlichen Zweck der Leichenuntersuchung und deren Unterschied von einer pathologisch-anatomischen Section im Auge behalten, und Alles, was jenem Zwecke dient, mit Genauigkeit und Vollständig-

3) Das Herabsteigen des Zwerchfells bei der Inspiration; dasselbe hat insofern einen Einfluss auf die Bewegung der Baucheingeweide, als die an dasselbe unmittelbar angehefteten Organe, nämlich die Leber und die Milz, bei jeder Inspiration damit tiefer in der Bauchhöhle herabsinken, um beim Aufhören derselben mit der Expiration wieder in ihre ursprüngliche Lage zurückzukehren; hingegen ist die Bewegung des Zwerchfells ohne merklichen Einfluss auf die Lage der übrigen Baucheingeweide, wovon man sich leicht bei abnormen Zuständen, besonders Geschwülsten derselben überzeugen kann; es ist diess bekanntlich auch ein für die differentielle Diagnostik zwischen Leber- und Milzkrankheiten einerseits, und den Geschwülsten anderer Unterleibsorgane andererseits, sehr wichtiger Umstand. Es folgt daraus, dass a priori nicht leicht anzunehmen ist, dass das Herabrücken des Zwerchfells bei der Inspiration eine zur Erzeugung eines Reibegeräusches hinreichende Lageveränderung des Darmkanals mit sich bringe. Was die Milz betrifft, so verändert sie zwar mit dem Zwerchfelle ihren Platz, doch macht sowohl ihre geringe Grösse und ihre verborgene Lage als der Umstand, dass sie bei den Bewegungen des Zwerchfells die Grenzen desselben nicht überschreitet und dabei mit keinem Nachbarorgane in innigere Berührung kommt, die Entstehung eines Reibegeräusches durch ihre Lageveränderung nicht leicht möglich; bei sehr bedeutender Vergrößerung derselben sinkt sie aber mehr oder weniger tief herab und kommt häufig ganz ausser Berührung mit dem Zwerchfelle, welches somit jeden Einfluss auf ihre Lagerung verliert; also nur bei mässiger Vergrößerung, wo man sie bei der Inspiration unter dem Rippenrande deutlich herabtreten fühlt, entsteht eine Reibung ihrer äusseren convexen Fläche gegen den peritonäalen Ueberzug der Bauchdecke, und es wäre allerdings a priori nicht in Abrede zu stellen, dass bei einer gewissen Kraft und Schnelligkeit dieses Herabrückens ein Geräusch entstehen könne, wenn anders die dazu nöthigen Bedingungen gegeben sein sollten; doch hat die Erfahrung am Krankenbette, meines Wissens, noch nichts darüber aufzuweisen.

In Bezug auf die Leber sind in dieser Hinsicht die Umstände dem Entstehen eines Reibungsgeräusches jedenfalls viel günstiger; ein Theil der convexen Oberfläche der Leber streift beim Einathmen jedesmal an dem parietalen Bauchfellblatte hinab, und diess in um so grösseren Berührungsflächen, je bedeutender die Grösse der Leber ist; am linken Lappen sind diese Verhältnisse noch deutlicher als am rechten. Sind nun die Flächen rauh, ohne gegenseitig verwachsen zu sein, so kann es dadurch zur Entstehung eines tast- und hörbaren respiratorischen Reibungsgeräusches kommen; bei alten, organisirten Exsudaten ist die Verwachsung ein Hinderniss gegen die Entstehung spontaner Geräusche, indess wird man in solchen Fällen manchmal, wie Bamberger beobachtet hat, durch Hinüberstreichen mit der Hand über die Leberoberfläche und durch Verschieben der Bauchdecken ein künstliches Reibungsgeräusch zur Wahrnehmung bringen können. „Das spontane respiratorische Reibungsgeräusch wird demnach nur bei frischen plastischen Exsudaten entstehen können, und auch diess nur unter besonders begünstigenden Umständen, d. h. bei einigermaßen bedeutender Vergrößerung der Leber, wobei die sich berührenden Flächen ausgedehnter sind und die Reibung derselben durch stärkeres Andrängen der Leber eine kräftigere ist; ein weiterer begünstigender Umstand ist vermehrte Kraft der Bewegung, wie sie bei stärkerer Athemnoth gegeben ist.“

Von der Richtigkeit dieser Sätze liefert folgender Fall den Beweis: James Francis, aus New-York, Matrose eines amerikanischen Handelsschiffes, 41 Jahre alt, wurde den 2. Nov. 1858 in's Hospital des deutschen evangelischen Wohlthätigkeit-Vereins aufgenommen; ich sah ihn folgenden Tags gegen Mittag.

Er ist von hoher Statur und kräftigem Körperbau, angeblich früher nie krank gewesen, mit Ausnahme einer Diarrhöe, an der er vor mehreren Jahren gelitten haben will; er giebt an, vor 5 Wochen mit Schmerzen im Epigastrium ohne Frostgefühl erkrankt zu sein, seit 3 Wochen sei er geschwollen; obgleich die intellectuellen Fähigkeiten des Kranken ungestört sind, so ist derselbe doch seinem Ende bereits so nahe, dass es schwer hält, über den Beginn und den Verlauf seiner Krankheit genauere Auskunft zu erhalten. Die Haut ist kühl, besonders an den Extremitäten; hoher Grad von Cyanose, Anasarca und Ascites; heftige Athemnoth; der Kranke liegt mit erhöhtem Kopfe und halbsitzend; leicht gelblicher Anflug der *Conjunctivae oculi*; Puls nicht zu fühlen; Zunge rein; Stuhlausleerungen regelmässig; Urin klar, nicht eiweisshaltig.

Die physicalische Untersuchung ergab Folgendes:

Der Percussionsschall ist unterhalb des linken Schlüsselbeins tympanitisch; von der zweiten Rippe an nach abwärts wird er vollkommen leer in einer Fläche, welche begrenzt ist, links von einer an dem zweiten linken Rippenknorpel beginnenden und etwas links von der Brustwarze abwärts verlaufenden Linie, rechterseits von einer ähnlichen längs des rechten Brustbeinrandes etwas schief gegen den rechten Leberlappen gedachten Linie; unten endlich geht die Dämpfung in die durch die Leber veranlasste über. Sonst ist der Percussionsschall am Thorax überall sonor; die Leberdämpfung beginnt vorn zwei Finger breit unterhalb der rechten Brustwarze, hinten hingegen in der Höhe der vierten Rippe; an letzterer Stelle sind die Athemgeräusche etwas schwächer, sonst überall deutlich, rauh und von zahlreichen kleinblasigen Rasselgeräuschen und hic und da von etwas Pfeifen begleitet. Die Herzöne sind nirgends weder hör- noch tastbar; ebensowenig ist der Anschlag des Herzens zu entdecken. Das rechte Hypochondrium und das Epigastrium sind fühlbar aufgetrieben, resistent und, besonders letzteres, sehr schmerzhaft; die Leberdämpfung reicht nach abwärts bis drei Finger breit oberhalb des Nabels; „die auf den linken Leberlappen fast aufgelegte Hand fühlt deutlich ein doppeltes mit dem Ein- und Ausathmen isochrones Reibungsgeräusch; es verschwindet bei starkem Aufdrücken der Hand; durch das Stethoskop hört man es ganz ebenso, wie bei frischen pleuritischen Exsudaten.“ Die Milz ist von normaler Grösse.

Die Diagnose lautete auf: Pericardial-Exsudat mit passiver Leberhyperämie und secundärem Hydrops; nebstdem Pseudomembranbildung auf der convexen Oberfläche der Leber.

Der Kranke starb noch denselben Tag um 7 Uhr Abends. Die nächsten Tages im Beisein von den HH. DD. Sarell, Hübsch und Razès vorgenommene Leichenöffnung ergab folgenden Befund.

Leiche hydropisch. Die Bauchhöhle mit klarem Serum angefüllt. Der beträchtlich ausgedehnte Herzbeutel enthält ungefähr 2 Pfund blutig seröser Flüssigkeit, das Herz ist in eine fast fingerdicke, zottige, mit Blutroth durchtränkte, dem Herzen fest adhärirende, faserstoffige Schichte eingehüllt, das Herzfleisch erbleicht, gelblich und leicht zerreiblich,

keit untersuchen, dagegen Ausführlichkeit über diese Grenze hinaus vermeiden. Alle erheblichen Befunde müssen, bevor sie in das Protocoll aufgenommen, dem Richter von den Obducenten vorgezeigt werden.“

Die beigelegten Motive sagen dazu:

„Die Verstärkung, betreffend den richterlichen Zweck der forensischen Obduction durch Bezeichnung des Unterschiedes von einer pathologisch-anatomischen im §. 20, hat die Erfahrung als gewiss zweckmässig bestätigt, da fortwährend Fälle vorkommen, in denen theils die Obducenten sich in pathologische Details, die nicht zur Sache gehören und das Protocoll nur unnütz verlängern und verwirren, ergehen, theils andererseits derartige unbegründete Ansprüche an die Gerichtsärzte erhoben und nicht gerechtfertigte Rügen gemacht werden.“

Obwohl ich selbst Professor der pathologischen Anatomie bin, so weiss ich doch bis jetzt nicht, was das Eigenthümliche einer pathologisch-anatomischen Section ist. Jede Section ist eine anatomische, wie ja schon die nur aus zwei verschiedenen Sprachen abgeleiteten Ausdrücke besagen. Die Section oder mit anderen Worten die anatomische Untersuchung kann sich auf einen mehr physiologischen oder mehr pathologischen Körper beziehen, und im letzteren Falle wird sie stets eine pathologische Section sein, gleichviel ob sie im gerichtlichen, klinischen oder rein wissenschaftlichen Interesse geschieht. Wo in aller Welt kann hier der Unterschied zwischen der pathologisch-anatomischen Untersuchung und der gerichtlichen liegen?

Sowohl der Text als die Motive suchen den Unterschied darin, dass gewisse Theile des Sectionsbefundes „nicht zur Sache gehören, nicht dem richterlichen Zwecke dienen“. Der Obducent soll also schon während der Section darüber entscheiden, was zur Sache gehört, was dem richterlichen Zwecke dient, und was nicht. Zu dem Ende ist im §. 7 den Gerichtsärzten die Berechtigung beigelegt, über die Umstände des Todes des Verstorbenen sich Aufschluss von der Gerichtsdeputation zu erbitten. Gewiss ist diess eine nothwendige und wesentliche Bestimmung, und es wird sicherlich der Gang der Section, die Aufmerksamkeit auf dieses oder jenes Organ, auf diese oder jene Veränderung dadurch wesentlich beeinflusst werden können. Aber folgt daraus, dass die gerichtliche Section von einer pathologischen unterschieden sein müsse?

Erinnere man sich doch nur, wie die heutige pathologische Anatomie entstanden ist. Noch die lebende Generation kannte die letztere nur als einen Anhang der Klinik. Der Kliniker stellte in der Regel schon bei Lebzeiten fest, welches Organ Gegenstand der Untersuchung sein sollte, und die Autopsie beschränkte sich ebenfalls in der Regel auf dieses Organ, oder behandelte wenigstens alle anderen nur nebenher. Die klinische Anamnese entschied also über die anatomische Untersuchung. Was dabei herausgekommen ist, wissen wir Alle. Der wesentlichste Fortschritt des medicinischen Wissens beruht gerade darauf, dass man sich daran gewöhnte, auch die übrigen Organe genauer zu untersuchen. So lange man darüber stritt, ob der Typhus eine Gehirnentzündung sei oder nicht, stellte man sehr nutzlose Unter-

besonders gegen die Spitze der rechten Herzkammer hin fast ganz geschwunden und durch eine Lage gelben Fettgewebes ersetzt; das Parietalblatt des Herzbeutels mit einer glatten, leicht abstreifbaren Pseudomembran überzogen, darunter intensiv geröthet; an seiner Anheftungsstelle am Zwerchfelle ist dieselbe zu einer dicken, zottigen, faserstoffigen Schichte aufgelagert. Das Endocardium getrübt, die Mitralklappe etwas geschrumpft und verdickt; beide Lungen ödematös, die linke etwas nach hinten gedrängt; die mit dem Zwerchfelle an mehreren Punkten durch alte Zellgewebsadhäsionen verwachsene rechte Lunge ist nach oben gedrängt, in ihrem unteren Lappen comprimirt und wenig lufthaltig. Die Leber ist hedeutend vergrössert, aber weniger als es im Leben der Fall gewesen war; ausgezeichnete Muscatnussleber; „der Peritonäalüberzug des linken Lappens mit frischen, fest haftenden, aber abziehbaren, zerfetzten, liniendicken Pseudomembranen bedeckt“; der Rest des Peritonäalsackes zeigt keine Entzündungsspuren. Milz mit dem Zwerchfelle fest verwachsen, ihr Ueberzug getrübt, sie selbst nicht vergrössert. Die Nieren bieten nichts Krankhaftes; ebensowenig der Verdauungskanal.

Der Fall bedarf keines weiteren Commentars. Die Entzündung des Peritonäalüberzugs der Leber war auf den linken Leberlappen beschränkt, und entsprach ziemlich genau der Anheftungsstelle des Herzbeutels an dem Zwerchfelle von der Seite der Brusthöhle, sie scheint somit durch Fortpflanzung der Pericarditis durch das Zwerchfell entstanden zu sein; ich habe leider versäumt, das Zwerchfell selbst an dieser Stelle einer genaueren Untersuchung zu unterwerfen.

Ich will nun meine Ansicht über das peritonäale Reibungsgeräusch in Kürze in folgenden Sätzen zusammenfassen:

- 1) Die Peritonitis bedingt in der Regel keine Reibungsgeräusche.
- 2) In sehr seltenen Fällen und unter ganz besonders begünstigenden Umständen kommen jedoch auch am Peritonäalsacke Reibungsgeräusche zur Wahrnehmung.
- 3) Sie erscheinen als spontane und mit den Athembewegungen zusammenfallende in manchen Fällen von frischer Peritonitis des Leberüberzugs.
- 4) Künstlich durch Hinüberfahren mit den Fingern entstehen sie bei organisirten Exsudationen auf der Leberoberfläche.

Die Krankheiten der Neuseeländer.

Von

Dr. Meyer-Ahrens, Arzt in Zürich.

(Fortsetzung aus No. 54 v. J.)

Malariaseuchen.

Wir haben oben schon bemerkt, dass Wechselfieber fast unbekannt sind, wenigstens ist dieses in Auckland und Wellington der Fall; das Klima scheint ihnen nicht günstig zu sein; dass sie aber unter günstigen Umständen auch auf Neuseeland auftreten können, das beweisen die paar Fälle, die nach Thomson 1849 bei Soldaten vorkamen, welche in den Wäldern verwundet wurden.

Dysenterien milder Art kommen im Sommer und Herbst in Auckland vor, Johnson glaubt, sie seien die Folge nächtlicher Verkühlungen und wohl auch von Diätfehlern.

Von Typhen erfährt man gar nichts.

Atmosphärische Seuchen.

Bei den heftigen Temperaturwechseln, denen sich die Eingeborenen wenigstens früher auszusetzen pflegten, indem sie z. B., nachdem sie sich in ihren dicht geschlossenen Häusern bei einer Temperatur von 100° F. (37,77 C.) erhitzt hatten, ganz nackt in die kalte, feuchte Luft hinausprangen, war es nicht zu verwundern, dass sie häufig von heftigen Rheumatismen und Katarrhen befallen wurden. Wir werden später zeigen, wie die Civilisation in ihrem Uebergangsstadium dazu beitrug, diese Anlage zu Erkältungen bei den Eingeborenen wesentlich zu steigern. Schon Kendall beobachtete (1815), wie schon früher bemerkt wurde, dass Folgen von Erkältungen bei den Eingeborenen sehr häufig waren. Um das Jahr 1820 gehörten nach Cruise heftige Rheumatismen nebst Augenleiden und Phthisen zu den herrschenden Krankheiten auf Neuseeland. Unter den Truppen, die auf Neuseeland stationirten, machten die Rheumatismen im Jahre 1849 etwa den zehnten Theil der Krankheiten aus, sonst scheinen die Europäer weniger von Erkrankungen zu leiden, als die Eingeborenen, denn Dieffenbach sagt, wenn man sich nicht Sorge trage, so könne man von Rheumatismen befallen werden, sonst aber gehen jedenfalls Schädlichkeiten, die in England heftige Erkältungen und andere nachtheilige Folgen hervorrufen würden, auf Neuseeland selbst an Colonisten von zarter Gesundheit ohne alle schlimme Wirkung vorüber. Der Grund, dass die Europäer durch Erkältungen weniger litten, lag in ihrer Bekleidung.

Was die Katarrhe betrifft, so berichtet schon Kendall (1815) von heftigen Brustkatarrhen. Um das Jahr 1824 berichtet Lesson, an der Inselhai seien zu allen Jahreszeiten chronische Katarrhe häufig. Dieffenbach bezeichnet die chronischen Katarrhe als die gemeinsten Krankheiten auf Neuseeland, und sie gingen nach ihm häufig in Phthisis über. Die Ursache dieser Katarrhe sucht er eben in den oben erwähnten heftigen Temperaturwechseln. Da die Uebergangsperiode zur Civilisation, wie wir später sehen werden, die Nachtheile dieser Temperaturwechsel verstärkte, so mussten diese chronischen Katarrhe immer häufiger und verderblicher werden, wie denn auch Despard berichtet, dass „Lungenkrankheiten“ unter den Eingeborenen immer häufiger werden und gewöhnlich tödtlich endigen.

Unter den 112 Fällen von Krankheiten der Respirationsorgane, die im Jahre 1848/49 unter den Truppen vorkamen, waren 44 Fälle von acutem und 35 von chronischem Katarrh, zusammen 79; von diesen wurden 71 geheilt und blieben 8 in Behandlung. Hieraus geht am besten hervor, in welch günstigem Verhältniss sich die Truppen zu den Eingeborenen (wenigstens nach den Bedingungen, unter welchen sich letztere noch im Anfang der vierziger Jahre befanden) standen.

Zahnweh schien Blossville auf Neuseeland unbekannt zu sein.

Besonders hervorzuheben sind die Influenzen, die auch auf Neuseeland zuweilen auftreten.

Die Influenzen bestehen in einem fieberhaften, hösartigen Bronchial-

suchungen über das Gehirn an; als man das Erysipelas wie eine mit Leberleiden complicirte Krankheit betrachtete, besah man mit grossem Ernste die schieferige Leichenfärbung der Leber; bei der Pyämie fand man sowohl makro- als mikroskopisch Eiter im Blute, so lange man ihn daselbst finden wollte. Das ist nun überwunden, oder, wo es noch nicht überwunden ist, da wird es überwunden werden. Denn man sieht ein, dass man bei der anatomischen Untersuchung nicht weniger thun kann, als bei der klinischen. Man diagnostizirt die Pneumonien nicht mehr aus dem Pulse; man ist nicht mehr so kühn, alle möglichen Uterusleiden durch Antihysterica zu kuriren; man weiss, dass man es einem „Fungus“ nicht ohne Weiteres ansehen kann, ob er ein Krebs, ein Sarcom oder eine einfache Papillargeschwulst ist. Ueberall verlangt man Vollständigkeit der Untersuchung und Genauigkeit in der Methode sowohl der Forschung als auch der Protocollirung. Ueberall entscheidet man hinterher, aber nicht zum Voraus, darüber, ob etwas zur Sache gehört und als wesentlich angesehen werden muss, oder ob es zufällig und nebensächlich ist.

Ist denn die gerichtliche Section etwas so ganz und gar Eigenthümliches? Aus eigener Erfahrung kann ich das bestreiten. Auch zeigt die vorliegende Instruction selbst, dass diess nicht der Fall sein soll. Denn der §. 18 lautet:

„Im Allgemeinen wird den Obducenten zur Pflicht gemacht, auch alle in dem Regulativ nicht namentlich aufgeführten Organe, falls sie an denselben Verletzungen oder sonstige Regelwidrigkeiten finden, zu untersuchen und den Befund in das Obductions-Protocoll aufzunehmen.“

Siehe da, die ganze pathologische Section! Aber nein, es ist hier allerdings ein wichtiger Unterschied. Der Gerichtsarzt soll die Organe nur untersuchen, falls er an ihnen Regelwidrigkeiten findet, während der pathologische Anatom erst durch die Untersuchung der Organe die Regelwidrigkeiten an ihnen entdeckt. Sollte hier wirklich mehr als ein Lapsus calami zu erkennen, sollte jenes *ὑστερον πρότερον* des Regulativs ernstlich gemeint sein? Wenn nicht, so wäre es wünschenswerth, dass in Regulativen keine Lapsus calami sanctionirt oder keine unmöglichen Forderungen gestellt würden.

Nehmen wir den Lapsus calami an, so würde der Gerichtsarzt wie der pathologische Anatom die ganze Section in aller Vollständigkeit machen und seine Befunde zu Protocoll dictiren. Aber wo bleibt dann der Unterschied der gerichtlichen und der pathologischen Section? Will man nicht den pathologischen Anatomen wie eine mythische Person behandeln und sich anstellen, als sei noch jetzt der Standpunkt desselben, wie zu den Zeiten von Schenk von Grafenberg oder von Joh. Fr. Meckel, der der Curiosität oder der Monstrosität, so bleibt nur noch eine Erklärung übrig, nämlich die, dass auch der §. 20 eine ungenaue Fassung hat, dass auch hier ein Lapsus calami vorliegt, und dass man nicht den Unterschied einer gerichtlichen und einer pathologischen Section, sondern den eines gerichtlichen und eines pathologischen Sectionsprotocoll im Sinne gehabt hat. Diess wird dadurch wahrscheinlich, dass der §. 20 zu dem Abschnitt III. gehört und dass dieser die Ueberschrift trägt: „Abfassung des Obductions-Protocoll und des Obductions-Berichtes“; ferner dadurch, dass in den Motiven besonders hervorgehoben wird, wie die Obducenten sich in

Katarrh, der zuweilen in Pneumonie überzugehen scheint, mit Affection des Herzens verbunden und von grosser Prostration der Kräfte begleitet ist, so dass in allen Fällen frühe schon stärkende Mittel angewendet werden müssen. In vielen Fällen endigt die Krankheit trotz aller Sorgfalt in Phthisis. Nach Lang ist der epidemische Katarrh jungen Leuten selten gefährlich, aber alte Leute und Kinder erliegen ihnen oft.

Im Jahre 1828 herrschte eine Epidemie auf Neuseeland, die unter den Eingeborenen an der Inselbai fürchterliche Verheerungen anrichtete, indem sie Alle wie Junge wegraffte. Berichterstatler, Kemp, bezeichnet sie als „Coqueluche“. Es war ohne Frage eine böartige Influenza. Die Eingeborenen schrieben sie dem Zorne des Gottes der Christen zu.

In Auckland herrscht der epidemische Katarrh nach lange anhaltendem kaltem Südwinde oder nach lange anhaltendem feuchtem Wetter.

Der Keuchhusten scheint erst im Jahre 1847 auf Neuseeland eingeschleppt worden zu sein. Croup trat schon zu Dieffenbach's Zeit zuweilen epidemisch auf.

Alle diese Epidemien herrschten nach Dieffenbach gewöhnlich nur unter den Eingeborenen und ergriffen die Europäer selten.

Toxicosen.

Vergiftungen durch verdorbene Nahrungsmittel sind, wie wir oben gesehen haben, wenigstens früher, zuweilen vorgekommen, und haben dann eine Art von Epidemie hervorgerufen.

Auch giftige Thiere giebt es auf Neuseeland. Forster fand in der Duskybai schwarze Landfliegen, die er als „Tipula alis incumbentibus“ bezeichnete. Sie waren sehr zahlreich und ihr Stich verursachte unerträgliches Jucken; Stephenson erwähnt einer fleischfressenden, in den Ritzen alter Baumstämme wohnenden Orthoptere „Deinachrida White“, deren Biss sehr giftig sein soll.

Chronische Seuchen.

Syphilis.

Die Syphilis ist offenbar von den Europäern auf Neuseeland eingeschleppt worden. Kendall klagt schon um das Jahr 1815, dass die Insulaner ihren jungen Frauen den Besuch der europäischen Schiffe gestatten, in Folge dessen Viele von ihnen „schreckliche Krankheiten“ von den Seelenten bekommen, an denen Manche wegen Mangel an ärztlicher Hülfe zu Grunde gehen. Es waren namentlich die Wallfischfabrer, welche dieses Gift nach Neuseeland brachten, und zwar direct von Port Jackson. Cruise sah um das Jahr 1820 einige bedauernde Beispiele von den traurigen Verwüstungen, welche die Syphilis auf den Inseln anrichtete. Zu Lesson's Zeit (1824) griff diese Seuche unaufhörlich um sich — wenigstens in der Inselbai.

Unter der Mannschaft der Coquille kamen während des Aufenthalts an der Inselbai 1 Bubo, 1 Schanker und 8 Tripper zur Behandlung, und nach der Abfahrt von der Inselbai kamen noch andere Fälle von Tripper zum Vorschein. Die hier acquirirten venerischen Leiden begleiteten die Betroffenen bis zu den Mulgrave-Inseln und Carolinen, wichen aber einer geeigneten Behandlung leicht. Die Eingeborenen waren jedoch behutsamer geworden; sie widersetzten sich jetzt dem Verkehr ihrer Frauen mit den Europäern so viel wie möglich, um die

weitere Ausbreitung der Krankheit unter ihnen zu verhüten, und sandten an Bord der Schiffe statt ihrer Frauen eine grosse Zahl junger Sklavinnen, indem sie den Verkehr mit diesen Dirnen als gemein und ehrlos betrachteten.

Nach Laplace war die Syphilis sehr schwer zu heilen.

Es ist sehr interessant, dass ungeachtet wenigstens früher die Syphilis unter den Eingeborenen so verbreitet war, im Jahre 1849 auf 1000 Mann europäische Truppen nur 24 Fälle von Syphilis kamen, während man in England auf 1000 Mann 181 Erkrankungen an Syphilis zählte, also ungefähr das Neunfache.

Die Verbreitung der Syphilis auf Neuseeland hat wahrscheinlich durch Verschlechterung der Constitutionen auch das Ihre zur Verbreitung der Scrophulosis beigetragen.

Lepra.

Während auf den tropischen Inseln der Südsee und auf den Inseln des indischen Archipels, wie überhaupt in den Tropengegenden, die Lepraformen so sehr verbreitet sind, so scheinen sie auf Neuseeland unbekannt zu sein. Zwar erwähnt Blossville, der auch auf der Coquille war, der Elephantiasis und Pians als auf Neuseeland vorkommender Krankheiten, und bezeichnet sie mit Augenleiden und Scropheln als die hauptsächlichsten Krankheiten der Neuseeländer. Da aber weder Lesson noch Dieffenbach und auch kein neuerer Schriftsteller dieser Uebel gedenken, so dürfte Blossville wohl etwa Zerstörungen, die durch Syphilis verursacht worden waren, für Folgen von Elephantiasis und Pians gehalten haben.

Er will Wilde gesehen haben, die ihrer Hände und Füsse beraubt waren und deren Körper sich in einem schrecklichen Zustande von Abnagerung befand. Die Extremitäten faulten, wie Blossville sagt, solchen Unglücklichen ab. Diese Leute mussten somit an *Lepra mutilans* gelitten haben.

Von constitutionellen Dyscrasien, wie Scorbut, Gicht, erfahren wir gar nichts.

Von Localkrankheiten haben wir nur des Kropfes, der Verstopfung und Hautkrankheiten zu erwähnen.

Der Kropf soll ganz unbekannt sein.

Verstopfungen sollen bei den Eingeborenen als Folgen des Genusses gerösteter Farnwurzeln nicht selten vorkommen.

Was die Hautkrankheiten betrifft, so waren sie in früheren Zeiten jedenfalls sehr selten. Bei dem Aufenthalte Cook's auf Neuseeland will man, wie wir oben gesehen haben, keine Spur von Hautkrankheiten beobachtet haben. Allein schon um das Jahr 1815 fand Kendall die Neuseeländer Hautkrankheiten unterworfen, die, wie er meinte, von Mangel an Reinlichkeit herrührten. Nach Dieffenbach litten zu seiner Zeit die Eingeborenen häufig an Carbunkeln, die Europäer blieben hiervon frei, wenn sie einmal akklimatisirt waren; dagegen bekamen die europäischen Ankömmlinge im Anfange Abscesse und Geschwüre (boits) und andere Hautkrankheiten, die jedoch keinen böartigen Charakter annahmen und ohne ärztliche Hülfe wieder verschwan-

pathologischen Details ergehen, die nicht zur Sache gehören und das Protocol nur unnütz verlängern und verwirren. Aber sicherlich wäre es dann besser gewesen, den Gerichtsärzten deutlich vorzuschreiben, dass es nicht auf den Unterschied einer pathologischen Section, sondern nur auf den des Protocols ankomme. Regulative, wie Gesetze, sollten so klar gefasst sein, dass man sich an den Wortlaut halten kann.

Gerade hier wäre diess doppelt wünschenswerth, da die ganze Fassung für den unbefangenen Leser den Eindruck macht, als handle es sich darum, die Bedeutung der pathologischen Anatomie für die gerichtliche Medicin zurückzudrängen, als wäre das pathologisch-anatomische Interesse bei unseren Gerichtsärzten grösser, als das forensische. Diess wäre vielleicht in Oesterreich zu fürchten, wo bekanntlich die forensischen Sectionen vielfach in die Hände der pathologischen Anatomen gelegt sind, eine Aenderung, die man bis jetzt für eine sehr segensreiche gehalten hat. Aber bei uns ist ja die pathologische Anatomie eine *Ecclesia pressa*, und wie wenig unsere Gerichtsärzte pathologische Anatomen sein müssen, dafür haben wir ein sehr competentes Zeugnis. Hr. Casper hat vor Kurzem einen Atlas zu seinem Handbuche der gerichtlichen Medicin veröffentlicht, der doch wahrlich nicht für pathologisch-anatomisch unterrichtete Männer bestimmt sein kann, der vielmehr überall voraussetzt, dass selbst die Kenntniss der Leichenerscheinungen den Gerichtsärzten erst zugänglich gemacht werden müsse. Ein solcher Atlas würde ganz überflüssig sein, wenn der practische pathologisch-anatomische Unterricht früher nicht so sehr vernachlässigt worden und wenn die gerichtliche Medicin bis in die letzte Zeit nicht so ganz theilnahmlos neben der wissenschaftlichen Medicin einhergegangen wäre. Findet sich

das Bedürfniss endlich ein, diese Isolirung aufzuheben, so sollte man doch nicht sowohl vor der Methode der pathologischen Anatomie warnen, sondern man sollte sie vielmehr officiell empfehlen.

Diess ist nicht bloss eine Forderung der Wissenschaft, sondern noch viel mehr ein Gebot der Rechtspflege. Themis soll vor allen Dingen unbefangen sein. Aber das Regulativ ist eher geeignet, das Gegentheil davon herbeizuführen, und gerade wenn man die Methode der pathologischen Anatomie proscibirt, so ist das der entscheidende Schritt auf der abhängigen Bahn des Vorurtheils. Darum erhebe ich den Warnungsruf; darum trage ich kein Bedenken, persönlich in einer Angelegenheit zu sprechen, in der es vielleicht persönlich besser gewesen wäre, zu schweigen.

Was man jetzt von gerichtsarztlicher Seite her gegen die pathologische Anatomie vorbringt, das hat man, wie schon angedeutet, früher haben das Recht, zu verlangen, dass die anatomische Untersuchung gewisse Punkte oder Theile mit besonderer Sorgfalt in's Auge fasse, aber sie haben Unrecht, wenn sie Alles für unwesentlich oder nicht zur Sache gehörig erklären, was ausserhalb dieser Punkte oder Theile liegt. Die Erfahrung hat gelehrt, dass sowohl der Richter als der Richter Theile lehrte das wirkliche Sachverhältniss kennen. Weder der Anatom und Gerichtsarzt, noch der Kliniker und Richter können in jedem Falle von vornherein übersehen, was zur Sache gehört und was nicht. Ist die ganze Section mit aller Vollständigkeit und Unbefangenheit ge-

den. ¹⁾ Dieffenbach schreibt diese Hautleiden bei den Ankömmlingen dem Einflusse der grossen Feuchtigkeit der Luft zu, die, wie wir gesehen haben, auch die Heilung der Wunden bei Ankömmlingen sehr verzögerte. Lesson sah auch bei vielen Eingeborenen «eiternde Pusteln oder Wunden» (Geschwüre), die schwer heilten.

Die Eingeborenen litten überhaupt zu Dieffenbach's Zeit (1840) häufig an Hautkrankheiten; zu diesen gehörte unter anderen auch eine »pustulöse Krätze, die sie «Wai-ake-ake» nannten. Sie war sehr gemein, aber sehr schwer zu heilen, wenn die Kranken ihre Lebensweise nicht änderten, und namentlich nicht ihre Woldecke beseitigten. Ebenfalls häufig war auch Herpes Serpigo (ringworm der Engländer).

Es versteht sich wohl von selbst, dass diese Zunahme der Hautkrankheiten unter den Eingeborenen mit der Verbreitung der Syphilis und der Scropheln in nahem Verhältnisse stand.

Dass das neuseeländische Klima an sich — insofern man einmal akklimatisirt ist — Hautkrankheiten nicht besonders günstig ist, beweist die verhältnissmässig geringe Zahl von Hautkrankheiten, die im Jahre 1849 unter den Truppen vorkamen. Auf 1000 Mann fielen 8 Fälle von eigentlichen Hautkrankheiten (in England 23) und 81 Fälle von Abscessen und Geschwüren (in England 133).

Die Eingeborenen besitzen in ihren heissen Heilquellen ein treffliches Mittel gegen ihre Hautkrankheiten, wie gegen Scrophelformen, wie wir dieses schon oben gesehen haben. Solche heisse Quellen, die 15 Meilen westlich von der Inselbai, bei Wai-mate, dicht am See Kohuta-kino, liegen, beschreibt Dieffenbach etwas näher. Die erste, welche er untersuchte, war stark alcahnaltig und hatte eine Temperatur von 62° F. (16°,66 C.). Wenige Fuss von ihr entfernt entsprang eine lauwarme Quelle von milchweisser Farbe, alkalischem Geschmack und einer Temperatur von 154° F. (67°,77 C.). In einer andern Quelle, aus der Schwefelwasserstoffgas emporstieg, zeigte das Thermometer am 4. Decbr. 1840 133° F. (56°,11 C.) bei 80° F. Lufttemperatur (26°,66). In den See mündete ein kleines Flösschen, mit dem verschiedene andere benachbarte Quellen ihr Wasser vermischten, wodurch die Temperatur seines Wassers erhöht ward. Diese Quellen werden oft von den Eingeborenen besucht, um theils Hautkrankheiten, theils scrophulöse Leiden zu heilen. —

¹⁾ In Auckland bekommen nach Johnson alle jungen Einwanderer eine Art „Beule“.

(Schluss folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus der medicinischen Poliklinik des Prof. Dr. Seitz in München.

Von

Dr. A. v. Franque.

Zwei Fälle von Ilcus.

Apolonia Maier, Tagelöhnerin, 43 Jahre alt, war immer gesund und regelmässig menstruirte bis vor drei Jahren, wo sie eine knotige Anschwellung der linken Brustdrüse bemerkte, die ziemlich rasch an Umfang zunahm, sehr schmerzhaft wurde, sich an einer kleinen Stelle öffnete, von wo aus die Verschwärung und Verjauchung der umliegenden Theile rasch um sich griff, und weshalb sie sich im Juni 1857 zur poliklinischen Behandlung meldete. Die Diagnose wurde auf *Carcinoma mammae* gestellt und deshalb die Amputation der Brustdrüse alsbald vorgenommen; die Operation verlief gut; die Wunde verheilte rasch und leicht. Im October desselben Jahres zeigten sich die Erscheinungen eines eingeklemmten Bruches (Schenkelbruch der rechten Seite). Der Bruchschnitt wurde gemacht; auch diese Operation verlief günstig, obgleich das Aussehen der eingeklemmten Darmsstücke nur wenig Erfolg hoffen liess.

Im Februar dieses Jahres litt sie an einer heftigen Peritonitis, während deren Verlaufe es auch einmal zu Kothbrechen kam.

Nachdem sie seit 2 Tagen an Stuhlverstopfung gelitten hatte, stellten sich am 28. Juni die Erscheinungen des Kothbrechens ein, gegen die 10 Tage lang alle Mittel erfolglos angewendet wurden.

Als ich die Kranke am 4. Juli Abends zur Behandlung übernahm, fand ich folgendes Verhalten: Gesicht, Arme und Beine ungemein abgemagert, hohl aussehend, Extremitäten kühl und trocken, die ungemein ausgedehnten Bauchdecken erschienen so dünne, dass man die stark aufgeblähten Därme ganz deutlich unterscheiden konnte und deutlich die peristaltischen Bewegungen derselben sehen und verfolgen konnte. Der Kopf war warm, die Augen matt, tief zurückliegend; Lippen und Zunge blass, trocken, heiss; Stimme rau, matt; Respiration kurz, Athmungsgeräusch mässig verschärft; Herztöne normal; Puls sehr schnell, unendlich klein, leicht zu unterdrücken. Ueber den ganzen Unterleib hin bekam man hellen, tympanitischen Percussionsschall; bei der Auscultation hörte man überall die Bewegung von Flüssigkeit in den durch Luft ausgedehnten Eingeweiden. Die Harnsecretion war spärlich, aber normal; der Stuhl war seit 10 Tagen angehalten. Die Massen, die die Kranke $\frac{1}{2}$ Stunde vor meinem Kommen erbrochen hatte, rochen deutlich nach Koth, bestanden hauptsächlich aus einer hellgelben Flüssigkeit, in der sich einzelne Kothbröckel fanden.

Die Prognose war unter diesen Umständen entschieden ungünstig.

Von der Ansicht ausgehend, dass alle Erscheinungen ihren Grund in einer durch die früheren Erkrankungen bedingten Stenose des Darms

macht, dann lässt sich übersehen, was dem klinischen oder richterlichen Zwecke dient, was zur Sache gehört, und was nur eine beiläufige, wissenschaftliche Bedeutung hat. Jeder Fortschritt in der Wissenschaft, jede Sicherheit in der Praxis ist an diese Art des Verfahrens, an diese Methode der pathologischen Anatomie gebunden. Das Regulativ hätte also vorschreiben sollen:

- 1) Jede gerichtliche Section muss vollständig gemacht werden, sich über alle wichtigen Organe erstrecken (§. 18).
- 2) Bei jeder Section muss auf die Untersuchung derjenigen Theile oder Organe, auf welche die schon ermittelten richterlichen Thatsachen hinweisen (§. 7), eine besondere Aufmerksamkeit verwendet werden (§. 20).
- 3) Das Protocoll muss vollständig und bestimmt, aber zugleich so kurz und allgemein-verständlich als möglich abgefasst werden (§. 21).
- 4) Pathologische Veränderungen wichtiger, innerer Organe müssen so deutlich und technisch genau beschrieben werden, dass nachträglich kein Zweifel über die in dem vorläufigen Gutachten und im Obductionsberichte zu gehende Deutung derselben obwalten kann (§. 21, 22).

Das wären, natürlich ohne präjudicirliche Formulirung, vor Missverständnissen geschützte und den Anforderungen einer unparteiischen Rechtspflege entsprechende Bestimmungen. Lasse man doch immerhin ein oder das andere Protocoll zu lang werden, wenn es nur vollständig ist. Malo habere, quid amputem, sagt Cicero, und der Obductionsbericht ist ja dazu da, um das Unwesentliche des Protocolls zu amputiren. Die

Richter, die Geschwornen und die Gerichtsärzte sollen und müssen Zeit haben, um auch das Unwesentliche zu sehen oder zu hören; die deutsche Rechtspflege soll nicht, wie die französische Sitte es mit sich gebracht hat, Alles mundrecht vorfinden, um sich die Mühe des eigenen Urtheils zu ersparen. Es ist alten Herkommens in deutschen Landen, das Recht zu finden. Insbesondere aber soll sich der Gerichtsarzt hüten, seine Stellung zu überschreiten. Er hat das Recht, ein Gutachten zu geben, aber nicht, das Urtheil zu sprechen; er soll sagen, was er für wesentlich und zur Sache gehörig hält, aber er soll nicht das Bereich des Thatsächlichen, des Befundes nach seinem Dafürhalten verkleinern. Er soll nicht in das Protocoll Gesichtspunkte hereintragen, die in das Gutachten oder den Bericht gehören; er soll daher die pathologisch-anatomische Methode annehmen und die so oft beklagte Verwirrung zwischen dem Untersucher und dem Kritiker vor Gericht beendigen.

Einen Punkt giebt es, wo die gerichtliche Medicin diesen Anforderungen seit langer Zeit ziemlich vollständig zu entsprechen sucht; das ist die Section Neugeborner. Aber sonderbarerweise scheint sich alle Kraft und aller Eifer auf diesem einen Punkte erschöpft zu haben, und man scheut sich, dieselbe Mühe auch auf alle anderen anatomischen Untersuchungen auszudehnen. Das Interesse der Rechtspflege, das Wohl der Menschheit, die Entwicklung der Wissenschaft fordern dringend, dass diess anders werde. Gleichen Schutz für Alle!