

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ
DES
SCIENCES MÉDICALES
DU
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG.

1899.



LUXEMBOURG.
IMPRIMERIE TH. SCHRÖLL.

Dr Guill. KROMBACH
MÉDECIN DU CHEMIN DE FER
Maladies des oreilles, du nez, de la gorge
LUXEMBOURG-GARE
Tél. 28.69 — C. Ch. 34-16

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ

DES

SCIENCES MÉDICALES

DU

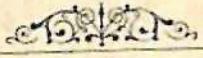
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG.

1899.

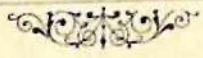


LUXEMBOURG.

IMPRIMERIE TH. SCHROELL.



*La Société des sciences médicales, en décidant l'impression
d'un travail, considère les opinions émises comme propres à
leur auteur, auquel elle laisse toute responsabilité. Elle n'entend
ni les approuver ni les improuver.*



LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ.

BUREAU.

MM. Dr KOCH, Président.
Dr KLEIN, Dr A. WEBER, Ch. SIEGEN, Membres.
Dr PRAUM, Secrétaire.

—153—

I. Membres effectifs.

- MM. Ackermann, Félix, médecin à Luxembourg.
Alesch, Victor, médecin à Luxembourg.
Arend, Félix, médecin à Cap.
Atten, Adolphe, médecin à Wiltz.
Baldauff, François, médecin à Luxembourg.
Baldauff, Gustave, médecin à Remich.
Bauler, Guillaume, médecin à Wiltz.
Bertemes, Emile, médecin à Clervaux.
Bivort, J.-Hyp., vétérinaire à Esch-sur-l'Alzette.
Bœver, Jean, médecin à Diekirch.
Bohler, Félix, médecin à Wiltz.
Bourggraff, Michel, médecin à Luxembourg.
Bricher, Eugène, médecin à Luxembourg.
Buffet, Adolphe, médecin à Ettelbrück.
Buffet, Lucien, médecin à Ettelbrück.
Campill, Félix, pharmacien-droguiste à Luxembourg-Gare.
Cary, Adolphe, médecin à Luxembourg.
Clasen, Frédéric, médecin à Grevenmacher.
Conzemius, J.-B., médecin à Differdange.
Dasbourg, Victor, médecin à Larochette.
Decker, Aloyse, dentiste à Luxembourg.
Demuth, Ernest, pharmacien à Esch-sur-l'Alzette.
Drussel, Ernest, médecin à Echternach.
Ecker, J.-P., médecin à Bissen.

- MM. Engling, Jean, médecin à Bettembourg.
Faber, Auguste, médecin à Eich.
Feltgen, Jean, médecin à Luxembourg.
Feltgen, Ernest, médecin à Luxembourg.
Feyder, Victor, médecin à Ettelbrück.
Fischer, Eugène, vétérinaire à Luxembourg.
Flesch, Auguste, médecin à Rumelange.
Fonck, Gustave, médecin à Luxembourg.
Forman, Joseph, médecin à Luxembourg.
Gaasch, J., médecin à Rodange.
Gaspar, François, pharmacien à Grevenmacher.
Giver, Eugène, médecin à Luxembourg.
Glæsener, J.-P., médecin à Diekirch.
Godart, Pierre, médecin à Grevenmacher.
Graf, Ernest, médecin à Echternach.
Gretscht, Gustave, médecin à Echternach.
Gruber, André, dentiste à Diekirch.
Gusenburger, H.-L., pharmacien à Luxembourg.
Heldenstein, François, pharmacien à Luxembourg.
Heldenstein, Francis, pharmacien-droguiste à Esch-sur-Alzette.
Hermes, Pierre, médecin à Remich.
Herr, Gustave, médecin à Ettelbrück.
Hoffmann, Félix, vétérinaire à Dudelange.
Hoffmann, J., vétérinaire à Ettelbrück.
Huss, Nicolas, pharmacien à Bettembourg.
Jørg, Jules, médecin à Esch-sur-l'Alzette.
Kintgen, François, dentiste à Luxembourg.
Kintgen, Joseph, médecin à Luxembourg.
Klees, Rodolphe, médecin à Luxembourg.
Klein, Martin, médecin à Eich.
Klingenbergs, Georges, pharmacien à Bascharage.
Knaff, Edmond, médecin à Grevenmacher.
Knepper, Adolphe, pharmacien à Ettelbrück.
Koch, Paul, médecin à Luxembourg.
Kœpp, J.-N., médecin à Hosingen.
Krombach, Charles, vétérinaire à Dudelange.
Krombach, Guillaume, médecin à Luxembourg-gare.
Krombach, H., pharmacien à Ettelbrück.
Krombach, Nicolas, vétérinaire à Redange.
Kuborn, Al., pharmacien à Luxembourg.
Leclère, Prosper, médecin à Dudelange.
Lefort, Charles, médecin à Echternach.
Loutsch, J.-A., pharmacien à Wiltz.
Loutsch, Alphonse, médecin à Pétange.
Mackel, Nicolas, vétérinaire à Grevenmacher.

- MM. Metzler, Pierre, médecin à Esch-sur-l'Alzette.
Metzler, J.-P., médecin à Mersch.
Meyer, pharmacien à Pompey (M.-et-M.)
Meyer, Edouard, pharmacien-droguiste à Luxembourg.
Muller, François, médecin à Luxembourg-gare.
Namur, Joseph, pharmacien à Luxembourg.
Namur, Max, médecin à Luxembourg,
Nelles, Alfred, pharmacien à Diekirch.
Nepper, Philogone, médecin à Ettelbrück.
Neyen, J.-A., vétérinaire à Remich.
Niederkorn, Jean, médecin à Luxembourg,
Nuel, J.-P., professeur à Liège.
Pinth, Ch.-J., médecin à Bascharage.
Pinth, Otto, médecin à Bascharage.
Praum, Auguste, médecin à Luxembourg.
Pundel, Léon, médecin à Wormeldange.
Razen, Fr., médecin à Cap.
Ries, Olivier, médecin à Esch-sur-l'Alzette.
Schneiders, Jean, médecin à Luxembourg-gare.
Scholtes, Guillaume, médecin à Eich.
Scholtes, J.-P., médecin à Diekirch.
Schommer, Gustave, pharmacien à Luxembourg.
Schommer, Joseph, pharmacien à Luxembourg.
Schoué, Pierre, pharmacien à Eich.
Schröder, Jules, médecin à Redange.
Schröder, Victor, médecin à Diekirch.
Schumann, J.-B., médecin à Dudelange.
Schumacher, Auguste, médecin à Luxembourg.
Schütz, Jean, médecin à Vianden.
Siegen, Charles, vétérinaire à Luxembourg.
Steichen, Edouard, médecin à Rumelange.
Steichen Victor, médecin à Esch-sur-l'Alzette.
Thinnes, Guillaume, médecin à Mersch.
Thilges Victor, médecin à Mondorf.
Valerius, Albert, médecin à Diekirch.
Wehenkel, Louis, médecin à Luxembourg.
de Waha, Jean, médecin à Redange.
Weber, Auguste, médecin à Luxembourg.
Weber, Victor, médecin à Remich.
Weber, Joseph, dentiste à Luxembourg.
Weiss, Antoine, pharmacien à Dudelange.
Welter, Michel, médecin à Esch-sur-l'Alzette.
Wester, Jacques, médecin à Differdange.
Witry, Nicolas, pharmacien à Rodange.
-

et on ne s'y livre pas impunément. La vie du médecin est agitée, entrecoupée d'émotions troublantes et surtout tristes, et voilà des causes qui usent rapidement les ressorts de la vie. Le cœur, ce moteur principal de nos forces physiques, est aussi l'emblème, le siège des sentiments les plus nobles et les plus tendres de notre âme. Il subit le contre-coup des émotions qui afflagent notre esprit, et c'est par là que Lehnertz fut atteint, comme tant d'autres dont le souvenir récent est encore dans notre mémoire.

C'est une erreur que de croire que l'homme de l'art s'habitue à voir d'un œil impassible se dérouler devant lui les drames de la vie. Il n'en est rien ! Le médecin, le premier, perçoit l'ombre que projettent les choses à venir. C'est quand par des constatations scientifiques il a découvert une situation compromise, quand l'incurabilité d'un mal implacable s'impose fatalement à son raisonnement, c'est alors que les „larmes des choses“ l'accablent, et qu'il ressent cette compassion que toute nature honnête éprouve à la vue du malheur qui menace ses semblables. Son deuil devance de loin celui de l'entourage du malade, et encore doit-il bien souvent supprimer les élans de son cœur, et suggestionner des espérances qu'il sait être vaines.

Le confrère Lehnertz est mort à la tâche, et depuis deux ans, il s'était familiarisé avec l'idée de la fin prochaine. Il sentait qu'il était arrivé au terme du voyage et il était résigné quand il regardait derrière lui sa carrière si bien remplie, et les siens heureux. Il avait très tôt trouvé le bonheur dans l'amour d'une épouse charmante, que décoraient toutes les qualités qui assurent un heureux ménage. Un fils dévoué rivalisait de tendresse avec ses parents. Et quand sa petite famille se fut agrandie par l'entrée d'une belle fille, et qu'il fut devenu grand-père, il croyait être arrivé au bonheur parfait. Ce sont les joies du foyer domestique qui ont illuminé de

leurs rayons sains et chauds toute sa vie, mais surtout ses dernières années.

Il n'est plus ! Puisse la compassion qui éclate autour de son cercueil avec une si vive sympathie, consoler les siens d'une perte aussi cruelle, aussi prématurée ! Résumons que notre regretté confrère fut un modèle d'époux, le meilleur des pères, et un brave confrère ! Ce sont assez de titres pour que sa mémoire reste à jamais chère et vénérée à tous ceux qui l'ont connu. Adieu cher confrère, et reposez en paix !



Elections. 1^o Les élections pour le bureau ont donné le résultat suivant : M. Koch, président. MM. Klein, Weber A., Siegen, membres, Praum, secrétaire. 2^o MM. Arend et Gruber, sont élus membre de la société.

Question de l'inspection des cadavres. (V. annexe, p. 4 et ss.)

Présentation de malades et démonstrations. M. Schumacher présente à l'assemblée deux individus atteints chacun d'atrophie des muscles de l'épaule et du bras droit et dont le moment étiologique est chez l'un une arthrite de l'articulation huméro-scapulaire, et chez l'autre une myopathie décrite par Vulpian sous le nom d'*atrophie scapulo-humérale*. A première vue le mal paraît identique dans les deux cas, mais l'examen clinique révèle aussitôt les différences caractéristiques des affections présentées, et surtout le collègue fait-il ressortir nettement les symptômes et les bases du diagnostic de l'atrophie scapulo humérale essentielle en regard de l'atrophie musculaire résultant de l'arthrite. Le confrère indique sommairement toute la littérature relative aux observations du genre, expose clairement la pathologie telle qu'elle est établie en ce jour et indique les moyens curatifs mis en œuvre par les praticiens.

M. Schumacher présente ensuite un individu qui avait reçu, par un jet de scories vives, une brûlure présentant les différents degrés et ayant pris, sur le dos, côté gauche, une étendue de 37 cm. de long sur 28 cm. de large. Par les pansements à la liqueur d'acétate d'alun, appliqués selon la méthode suivante : 1^o sur la partie lésée une compresse imbibée de liqueur; 2^o sur cette compresse de grosses, mais fines éponges imbibées de liqueur; 3^o sur ces éponges une compresse imbibée de liqueur; 4^o sur cette compresse de la toile gommée; 5^o sur cette toile une forte couche d'ouate; 6^o le tout fixé solidement au moyen de bandes de cambric; l'énorme brûlure a pu être guérie en trois semaines. Le pansement est renouvelé quotidiennement.

Le confrère insiste surtout sur les immenses avantages que ces pansements présentent dans les cas de destruction du tissu peaucier, telles que ulcères aux jambes, brûlures etc., et croit devoir surtout attribuer les résultats rapides et étonnantes à

la compression plutôt qu'à l'action directe de la solution de Burow.

M. Hoffmann présente une pince acquise par la société et destinée au raccourcissement de dents saillantes chez le cheval. Il fait voir le fonctionnement sur une pareille dent qu'il a apportée.

Séance du 22 avril 1899 à Luxembourg.

Présidence de M. le Dr Weber, membre du bureau.

Au bureau: M. le Dr Giver, M. Praum, secrétaire.

Présents les membres: MM. Ackermann, Bricher, Dasburg, Decker, Ecker, Jörg, Kintgen J., Kintgen F., Klees, Krombach, Meyer Ed., Namur M., Pinth, Weber J.

MM. Koch, Klein et Siegen se sont excusés.

M. le Président annonce en une courte allocution le décès de M. Lehnertz et se fait l'interprète des regrets de la société; les assistants se lèvent en signe de deuil.

Procès-verbal. Le procès-verbal de la dernière assemblée générale est lu et adopté.

Elections. Par scrutin secret M. Bricher est reçu membre de la société.

Question de l'inspection des cadavres. (V. annexe p. 13).

Séance du 23 juillet 1899 à Larochette.

Présidence de M. le Dr Klein.

Au bureau: MM. A. Weber, Siegen, membres, Praum, secrétaire.

Présents les membres: Dasburg, Drüssel, Gretsch, Kintgen Fr., Klees, Knaff, Lefort, Metzler, Muller, Namur M., Scholtes, Schumacher, Thilges, Weber J.

M. le Dr Koch, président, s'est excusé.

Procès-verbal. Le procès-verbal de la dernière assemblée générale est lu et approuvé.

Démonstrations. M. le Dr^r Knaff présente un embryon de six semaines provenant d'une femme ayant avorté en suite d'une fièvre typhoïde.

La question de l'inspection des cadavres donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Drüssel, Knaff, Klein, Thilges, Schumacher, Weber et Praum. Finalement l'assemblée adopte à l'unanimité le rapport de la commission, avec la modification que les visites et voyages à faire de ce chef soient rémunérés au pied du tarif ordinaire des médecins à savoir: l'inspection d'un cadavre à raison de 5 frs., les voyages en dehors de la localité où réside le médecin, à raison de 2 frs. par kilomètre de distance, et que ces taxes ne soient pas passibles de la réduction prévue par l'article 8 du 7^{me} règlement annexé à l'ordonnance du 12 octobre 1841.

Communications. M. Schumacher se plaint de ce que le corps médical ne soit pas tenu au courant des épidémies constatées dans le pays. Un médecin pourrait ainsi arriver dans le cas de diriger un de ses clients dans une localité, où, à son insu, sévit une maladie contagieuse. Il cite un triste exemple personnel à cet égard et conclut qu'il serait nécessaire de faire pour les hommes ce qui se pratique depuis longtemps pour le bétail, à savoir de publier régulièrement des statistiques sur la marche des épidémies.

L'assemblée se rallie à cette manière de voir.

Plusieurs membres rendent attentifs à la nécessité qu'il y a de remanier l'organisation médicale du pays. L'assemblée décide de charger MM. Klein, Welter, A. Weber et Siegen de l'élaboration d'un avant-projet de loi sur cette matière.

M. Drüssel expose que depuis 1882 le recueil des lois et règlements sur l'art de guérir n'a plus été continué.

M. Praum, secrétaire, propose de faire insérer dans le prochain bulletin les dispositions survenues de 1882 à ce jour. L'assemblée se déclare d'accord.

Le Dr Klein soumet à l'assemblée les considérations suivantes : **Trois observations de cancer du sein bilatéral.**

Le premier fut examiné par les Docteurs Marchal (de Mondelange) et M. Léonard (décédé).

Il s'agissait d'une dame de 49 ans, bien portante, présentant des glandes mammaires endurcies, dures, mais uniformément dures d'un côté comme de l'autre. Les deux confrères proposèrent d'urgence l'ablation des deux seins. Consulté à mon tour, j'opinai que le cancer était à exclure, rien qu'à cause de l'état général florissant, et de la simultanéité des gonflements aux deux glandes mammaires. Le pronostic, fort audacieux, je l'avoue, fut confirmé par la suite. Il s'agissait tout bonnement d'un phénomène de l'âge critique. Il y a quinze ans d'écoulés depuis, et cette dame se porte à merveille. Elle avait eu deux enfants dans son mariage.

Le deuxième cas date de quatre ans. C'était une dame mariée, mais n'ayant pas eu d'enfants. 49 ans, et avec cela une santé exubérante. Sa mère étant morte d'un cancer de l'utérus avec des péripéties cruelles, MM. Buffet frères, opinaient que l'induration des deux seins laquelle fut de la même consistance, résistance d'un côté comme de l'autre devait être interprétée comme de nature cancéreuse, et ils proposèrent l'ablation des deux seins. Je fus consulté, et je me décidais, cette fois-ci, sans aucune hésitation, à déconseiller l'intervention chirurgicale. Mon diagnostic fut splendidement confirmé dans la suite.

Le troisième cas date du mois de mars de cette année-ci. Il s'agit d'une demoiselle de 48 ans qui a eu un véritable cancer du sein gauche, avec quelques lobes endurcis au sein droit. L'opération finie, un assistant dit que dans quinze jours il faudrait procéder à l'opération ou plutôt l'ablation du sein droit. Je fis part à ce confrère des deux cas antérieurs et je lui dis que je n'admettais pas que le cancer pouvait se développer simultanément dans les deux glandes mammaires, que cela n'était certainement point impossible au point de vue théoréthique, mais que dans la pratique cela ne se présentait pas. Le bandage passant du sein opéré par dessus l'autre, exerçait une certaine compression et je fus étonné qu'en renouvelant le pansement, je constatai une forte réduction de la tumeur du sein droit. J'opinai donc ceci : que le sein droit subissait les conséquences de l'âge critique, tandis que le sein gauche fut infecté par les germes cancéreux. En conséquence,

je me suis opposé à l'ablation du second sein, ne pouvant pas admettre pratiquement que l'infection se produise à la fois des deux côtés. J'admet, pour la production d'un cancer de la glande mammaire, l'infiltration de germes par les voies lactées. Je n'oserai certainement pas prétendre que les deux bouts ne puissent, à la fois et simultanément, servir de porte d'entrée aux germes. Mais cela n'est pas probable, ni commun.

Au point de vue pratique, cela doit être une extrême rareté, une rareté aussi grande, aussi légendaire que la perte simultanée de deux bras ou de deux jambes. On a vu cela à Paris, aux Invalides, après 25 années de guerres continues, qui avaient passé sur tous les pays du continent européen. La statistique nous permet donc d'envisager ces raretés comme de véritables exceptions à la règle.

Le cancer, qui se répand par semences, par dépôts, par la cachexie enfin, dans l'organisme qu'il a une bonne fois contaminé, ne pourrait être, à l'heure présente et en face d'expérimentations sur des maladies similaires mieux étudiées, le cancer je dis, ne saurait être envisagé autrement qu'une maladie contagieuse. Pourquoi p. ex. que l'homme seul est atteint presque exclusivement du cancer de la lèvre, l'inférieure de préférence, à telle point qu'on a désigné l'affection comme *chancre des fumeurs*? Je n'ai pu opérer qu'un seul cas de ce genre sur une personne du sexe féminin et cette dame (elle était revendeuse au Pfaffenthal) fumait. Le sexe n'a donc rien à y voir, ce sont les habitudes, ce sont les pratiques du „fumer“ qui occasionnent des érosions aux lèvres, lesquels offrent asile aux germes infectants. — Nous avons pris pour établir ici une comparaison, une immunité singulière du sexe féminin vis-à-vis de l'anthrax de la nuque. Ce n'est pas certes que l'organisme féminin possède des ressources autres contre la contagion dont le sexe masculin ne disposerait pas. C'est la coiffure seule qui protège la nuque et empêche les microbes de ce répandre et de prendre souche sur la peau de cette région. Pour ce qui regarde mon expérience personnelle sur le cancer de la langue, je puis affirmer que toujours j'ai vu une dent cariée, à pointe, être la cause originelle d'une bles-

sure, d'un ulcère chronique du bord de la langue, lequel ulcère, un beau matin, est ensemencé par les germes du cancer.

Je n'admettrai donc pas la théorie des cellules hétéroplastiques et j'entends que chaque tumeur cancéreuse vient du dehors. On peut être grande dame et négliger la propreté chirurgicale du vagin et des bouts du sein. *Exempla docent.*

Pour finir, je reviens au but pratique: Si auprès d'une dame entre 45 et 50 ans, d'une bonne santé, nous ne pouvons constater ni amaigrissement, ni cachexie surtout, et que les deux seins se trouvent infiltrés d'une façon symétrique, et en l'absence de douleurs lancinantes, intenses, gardez-vous bien de proposer l'ablation des deux seins, mutilation qui rappelle les procédés des barbares. La ménopause *peut* être la seule cause de cet état des choses. Trois cas, certes, ne suffisent pas pour porter la conviction dans les esprits, mais ils sont cependant assez intéressants pour que je puisse me permettre de les produire devant des confrères désireux d'augmenter et d'agrandir leurs connaissances par l'audition de faits que le hasard de la pratique fait recueillir. Et finalement vous voudrez bien excuser la hardiesse de mes observations en vous rappelant l'ancien adage: *Ars longa, vita brevis, experimentum difficile.*

Séance du 28 octobre 1899 à Luxembourg.

Présidence de M. le Dr Koch, président.

Au bureau: MM. Klein, A. Weber, Siegen, membres, Praum, secrétaire.

Présents les membres: MM. Ackermann, Bricher, Engling, Faber, Forman, Gaasch, Giver, Huss, Klees, Meyer Ed., Müller, Pinth O., Pündel, Scholtes G.

Procès-verbal: Le procès-verbal de l'assemblée du 23 juillet est lu et adopté sans observations.

Élections: MM. F. Heldenstein et F. Campill sont reçus, au scrutin secret, membres effectifs de la Société.

Correspondance : Le secrétaire donne lecture :

- a) d'une invitation de participer à l'exposition rétrospective de l'art dentaire à Paris en 1900 ;
- b) de la communication suivante de M. le Docteur Faber :

Monsieur le secrétaire, Chers confrères,

Ne pouvant, à mon plus grand regret prendre part de vive voix aux travaux de notre société, je vous serais très reconnaissant d'avoir l'obligeance de donner lecture de la présente à notre prochaine assemblée.

La Société des sciences médicales, en s'occupant d'organiser un service officiel et sérieux de constatations de décès, a montré clairement qu'elle prend à cœur l'étude des réformes à introduire dans l'organisation du service sanitaire de notre pays, réformes reconnues nécessaires, mais bien lentes à être proposées par les autorités que la chose concerne.

Tout en faisant mes réserves et en ne partageant pas toutes les justes espérances que fondent sur cette loi les dévoués promoteurs de l'organisation en question, je l'approuve complètement et me permets de féliciter notre société d'être entrée résolument dans la voie du progrès et d'avoir tenté d'imprimer un mouvement en avant à l'attelage inerte du char officiel. Ce petit mouvement lui fera peut être gravir le sommet de la côte où il n'aura plus qu'à rouler facilement sur la pente commode qui s'étend toujours derrière les premières difficultés vaincues.

Mais tout en adressant ces félicitations à notre société, il me semble permis de se demander si vraiment elle a commencé par le commencement et si elle n'eut pas mieux fait de tenter d'introduire des réformes dans la vie médicale de notre pays, là où celle-ci s'occupe encore et surtout des vivants, là où elle est encore aux prises avec les difficultés de la vie journalière, au lieu de chercher pour ainsi dire à réglementer la mort et de vouloir faire parler par des moyens insuffisants l'éternel silence.

Car devant un cadavre dont l'autopsie ne sera pas faite, l'homme de l'art qui n'a pas traité le malade se trouvera neuf fois sur dix devant une énigme dont la vie en s'enfuyant

a jalousement emporté la clef. Les statistiques de mortalité ne pourront guère se réclamer d'une trop grande exactitude.

Si cependant notre société atteignait son but, celui de faire voter une loi organisant l'inspection obligatoire des cadavres, il faudra, comme j'ai déjà eu l'honneur de le dire, la féliciter hautement, autant pour les résultats de cette loi, qui, quoique incomplets, seront cependant très précieux, que pour la force morale que la société aura acquise en forçant les autorités compétentes à écouter des avis dictés par le plus sincère souci du bien public.

C'est dans cet ordre d'idées que je me permets de rappeler à la Société des sciences médicales en général, et à chaque membre en particulier les réformes que j'ose espérer de l'avenir et que je propose à votre bienveillante méditation. Elles paraîtront à beaucoup fortement teintées de révolutionnarisme ; je ne nie pas qu'elles sont radicales, mais quand on a affaire à des règlements datant de soixante ans, dispositions ne pouvant tenir aucun compte du progrès immense fait par la médecine depuis cette époque, c'est difficile de ne pas être révolutionnaire et de ne pas vouloir faire cesser d'un coup et tout-à-fait un état des choses auquel une main bienveillante et habile n'a jamais apporté la moindre amélioration sérieuse.

Je ne me cache pas que dans notre petit pays avec le cercle restreint de relations plus ou moins faciles et intéressées on ne manquera pas de m'accuser de faire de la personnalité, mais il est loin de ma pensée d'attaquer ici des personnes ; je n'attaque qu'un système, et ce faisant, je vous assure que je regretterais profondément de froisser des personnes au plus haut point respectées et respectables qui ont servi leur pays dans la mesure du possible avec un instrument insuffisant que leur dévouement ne croyait pas devoir être amélioré.

Après ces préambules déjà trop longs, voici les réformes les plus urgentes que je voudrais voir introduire dans notre service sanitaire.

Ce n'est qu'une ébauche et je m'abstiendrai de tout commentaire ; l'énumération de ces réformes vous suggérera déjà les motifs de leur proposition :

- I. Abolition de l'institution du Collège médical dans sa forme actuelle ; Élection par tous les *médecins* du pays pour un terme de dix années d'un nombre déterminé de *médecins* de n'importe qu'elle partie du pays pour former un Collège médical ou „Chambre des médecins“, ayant à s'occuper de la discipline, des intérêts professionnels des médecins etc. et pouvant toujours être consulté par le Gouvernement sur toutes les questions se rattachant au service sanitaire ;
- II. Institution dans chaque canton ou du moins dans chaque district d'une commission médicale nommée par le Gouvernement et composée de médecins, pharmaciens, vétérinaires, ingénieurs et architectes. Ses attributions seraient faciles à délimiter ;
- III. Obligation à tous les médecins de notifier à qui de droit tous les cas de maladies contagieuses, y compris la tuberculose qu'ils sont appelés à soigner ;
- IV. Élaboration de lois ou règlements permettant de combattre efficacement les maladies contagieuses, y compris la tuberculose.

Voilà, en grands traits, les principales réformes que je propose à votre méditation. Elles ne touchent que ce qui a trait à l'exercice de la médecine. Beaucoup d'autres moins importantes en découlent d'elles-mêmes. Espérons que dans un avenir prochain ces réformes seront sérieusement mises à l'étude et que le Gouvernement réalisera les espérances qu'il a fait naître parmi les membres du corps médical par les déclarations de M. le Directeur général des Travaux publics.

Projet de loi sur la réorganisation du service sanitaire :
M. Weber, au nom de la Commission nommée ad hoc, déclare que la Commission attend la communication des projets afférents du Gouvernement, et qu'elle élaborera ensuite son rapport qui, le cas échéant, sera soumis et discuté à une assemblée extraordinaire.

Démonstrations : M. Klees fait circuler des photographies d'un individu présentant à côté du serotum, un fibrome pédi culé de la grandeur d'un testicule.



Eine leichte Form der Luxation des Oberschenkelkopfes,

beobachtet von Dr. Ernest FELTGEN.

Es ist bekannt, dass im Allgemeinen die *Reposition* einer Oberschenkel-Luxation keine leichte Sache ist, mag diese nun eine „vordere“ oder „hintere“, eine „obere“ oder eine „untere“ sein, ja! bekannt ist es auch, dass die Reposition oft rein unmöglich ist, oder doch sehr erschwert, wenn beispielsweise ein querer Kapselriss besteht, oder die Interposition eines abgesprengten Knochenstückes zwischen Pfanne und Kopf den Einrenkungsmechanismus behindert.

Wenn ich die Zeitschrift unserer Gesellschaft benutze, um eine von mir beobachtete Femurkopfluxation den Lesern mitzutheilen, so geschieht dies nicht aus dem Grunde, weil selbe im Allgemeinen unter die Seltenheiten zu rechnen sei, oder weil dieser Fall speziell ein besonders schwieriger sein soll, nein, es soll desshalb geschehen, weil der Fall ein äusserst leichter war, und so auch eine Ausnahme bildet. Wir dürfen uns ja auch ein Mal um Krankheitsfälle interessiren, die uns weniger Arbeit machen, und die uns jedoch desshalb nicht weniger erfreuen, wenn die Heilung sich vollzogen hat.

Am verflossenen 10. Februar wurde ich nach B. zu einem Fuhrknecht gerufen, welcher in den in der Nähe des Dorfes gelegenen Steinbrüchen sich mit dem Abbrechen von Steinen beschäftigte. Während der Arbeit lösten sich mit einem Male verschiedene dicke Steine los und trafen beim Herabrollen den Knecht von hinten und etwas seitlich am Oberschenkel, in der Gegend des Trochanters.

Der Kranke wurde nach Hause transportirt und zu Bett gebracht, weil er „das Bein gebrochen habe.“

Das Bein war nicht gebrochen, wohl aber hatte das Auf-fallen eines schweren Steines an besagter Stelle, eine Luxation des Oberschenkelkopfes zur Folge.

Die Luxation war leicht zu diagnosticiren, indem schon der Gesichtssinn allein zur Feststellung des Leidens genügte. Das nähere Zufühlen natürlich machte die Diagnose zu einer zweifellos sicheren.

Das betreffende Bein hatte annähernd dieselbe Länge, wie das gesunde, doch war dasselbe im Knie gebeugt und nach aussen rotirt. Eine active Streckung und Innenrotation waren, wegen der grossen Spannung der Muskulatur, und der Schmerzhaftigkeit am Becken, fast unmöglich. Der Trochanter war mehr nach innen und unten verlegt, der Schenkelkopf dicht vor dem Gelenk, doch etwas ungenau, durchzufühlen.

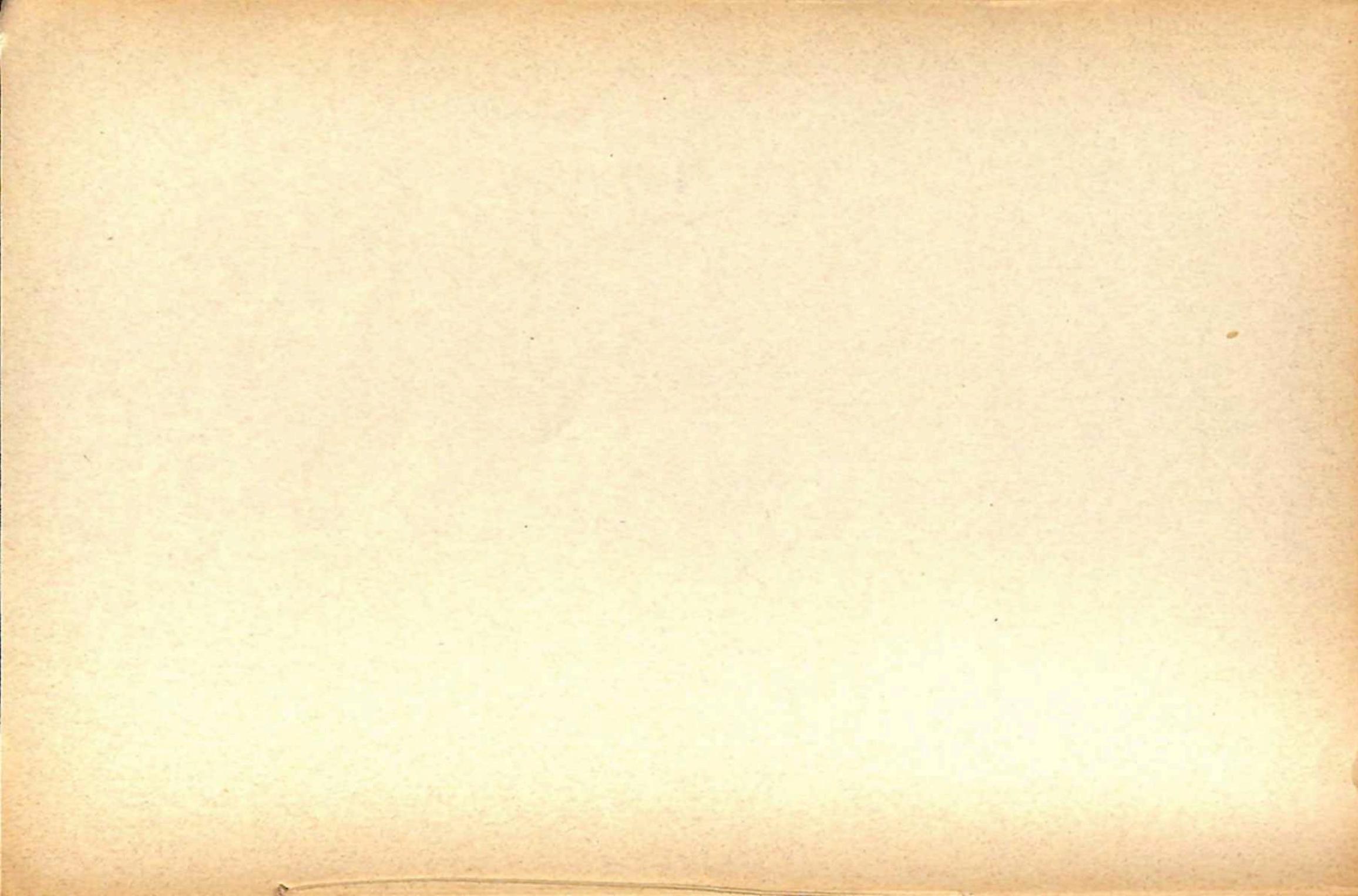
Aus den Symptomen konnte nur auf eine *vordere Luxation* geschlossen werden, auf eine luxatio præglenoidalis, welche jedoch weder die charakteristischen Zeichen der luxatio suprapubica, noch diejenigen der luxatio infrapubica und ihrer fünf Unterarten wahrnehmen liess, so wie sie als klassische Luxationen von den Autoren beschrieben werden.

Die Einrenkung, welche auf eine ziemlich aussergewöhnliche, jedoch ganz und gar bequeme Art und Weise vor sich ging, gab Anlass zu der Annahme, dass es sich um eine sehr geringe Verschiebung nach vorne handeln musste, um ein Aufliegen des Kopfes auf dem vorderen Gelenkrand, denn mit einem deutlich vernehmbaren Geräusch des „Einschnappens“ erfolgte die Reposition plötzlich und unverhofft bei einem Druck mit der Hand auf die vordere Gelenkgegend.

Das Bein nahm gleich wieder seine normale Stellung ein, und alle Beugungen, aktive und passive, konnten wieder ausgeführt werden, natürlich nicht ohne etwas Schmerzempfindung.

Während acht Tagen trug Patient einen Contentivverband, und es wurde strenge Bettruhe eingehalten. Nach vierzehn Tagen konnte das Bein wieder normal funktioniren, nur bestand noch wenig Schmerzhaftigkeit beim Auftreten.

Der Druck mit der Hand sollte blos die pathologische Stellung des Gelenkkopfes näher bestimmen, doch *diagnostisch* war der Griff gemeint, und gegen Erwarten ergab er *therapeutischen* Erfolg. — Dem Kranken war dies übrigens einerlei, und ohne ein Wort der Kritik liess er sich seinen Verband anlegen. —



Eine Hautentzündung von sehr grosser Ausdehnung,

beobachtet von Dr. Ernest FELTGEN.

Im verflossenen Jahre, am 30. Juni, wurde zu mir ein 3 Wochen altes, kleines Mädchen gebracht, dessen Haut am elften Tage nach der Geburt an verschiedenen Stellen mehr oder weniger grosse, verfärbte und teigig anzufühlende Knoten zeigte, die in der Folge jeden Tag an Ausdehnung gewannen. Bei meiner ersten Untersuchung waren die verschiedenen Entzündungsstellen, zumal an der Brust und am Unterleib, zu einer einzigen, die ganze Haut an den besagten Gegenden einnehmenden, entzündlichen Fläche geworden. Auch an den Armen, auf dem Rücken, und besonders an den Beinen traten Entzündungen auf, die alle, was die genauere Untersuchung ergab, von derselben Natur waren.

Die kranke Haut hatte eine rothblaue Färbung angenommen und fühlte sich heiss an. Es war dieselbe an verschiedenen Stellen von dem darunter sich befindenden Eiter von der muskulösen Unterlage abgehoben, so dass stellenweise Nekrose eingetreten war, gefolgt von Durchbruch.

Durch diese Oeffnungen drang die eitrige Masse nach aussen, doch nicht in dem Maasse, dass sie zur vollständigen Eiterentleerung genügt hätten. Es wurden desshalb andere Oeffnungen und Gegenöffnungen an den am meisten fluctuierenden Stellen angebracht.

Der Ernährungszustand des Kindes war geradezu mitleid erregend: neun Pfund hatte dasselbe gewogen, als es zur Welt kam, und nach drei Wochen war das Gewicht bis auf vier und ein halbes Pfund heruntergegangen.

Ein beständiges leises Wimmern von Seiten des kranken Säuglings liessen auf die Schmerzen schliessen, welche die so sehr ausgebreitete Entzündung hervorbringen musste.

Krampfhaft wurden die Beine an den Leib heraufgezogen, und die Arme befanden sich in permanenter Beugestellung. Es bestand relativ mässiges Fieber, bei fast nicht zu fühlendem Puls.

Wegen der mangelhaften Angaben der Mutter konnte die Art und Weise des ersten Anfanges der Krankheit nicht genau festgestellt werden.

Die Diagnose stellte ich auf: „*Inflammatio suppurativa telae cellulosa subcutaneae universalis.*“

Es sei gleich mitgetheilt, dass die Heilung anfangs August, also nach einer Behandlung von vier bis fünf Wochen, eine vollkommene war:

Die Musculatur war kräftig und fest; das Fettpolster sehr stark entwickelt; der Gesichtsausdruck entsprach dem eines durch und durch gesunden Kindes; die Nahrungsaufnahme und Verdauung, sowie alle übrigen physiologischen Thätigkeiten, waren normal. Vier und ein halbes Pfund wog das Kind am 30. Juni, nach der Behandlung, volle 20 Pfund.

Die *Therapie* dieser Hautentzündung von selten grosser Ausdehnung war eine höchst einfache in Betreff der angewandten Mittel. Eigentliche Medikamente wurden keine zur Hülfe genommen, es sei denn, dass man das Wasser unter die pharmazeutischen Präparate mit hineinrechnet.

Es wurden regelmässig zwei *Kamillentheebäder* am Tage, morgens und abends je ein Bad von 28° R. gegeben, und jedesmal während zehn bis fünfzehn Minuten. Im Bade wurde die Haut vermittelst eines weichen Schwammes leicht abgerieben und die Eitermassen zu den spontan gebildeten und künstlichen Hautöffnungen ausgesprest.

Die *Behandlung* war also eine rein *mechanische*, denn die Wirkung des aetherischen Kamillenöles wird wohl kaum in Betracht gezogen werden können. Allerdings sollen die aromatischen Kräuter etwas antiparasitär, beruhigend und auch antiseptisch auf die Haut und die Schleimhäute einwirken, in jedem Falle

thun sie dies jedoch nur auf sehr schwache Weise. Der Theeaufguss wirkt ja auch bei innerer Darreichung im Grunde genommen blos durch das warme Wasser, und die ætherischen Oele spielen nur die Rolle von Geschmacksverbesserern.

Erst als jede Spur von Eiterung verschwunden war, wurde eine leichte *Ichtyolsalbe* als gefässzusammenziehendes Mittel auf die etwas gereizte und blutreiche Haut aufgetragen.

Heute; nach Ablauf von nahezu 10 Monaten, vom Schlusse der Behandlung an, ist ein Recidiv nicht eingetreten. An einer einzigen, kleinen Stelle; in der rechten Brustgegend, blieb eine Narbe zurück, als Gedenkstein der hier stattgehabten Mikrobenverwüstungen.

**Beitrag zur Lehre
über die Incubationszeit bei Tetanus traumaticus,**

von Dr. Ernest FELTGEN.

Am Abende des 14. August vergangenen Jahres suchte mich ein in den zwanziger Jahren stehender Gärtnerknecht aus der Umgebung der Stadt auf, weil er sich am Nachmittage desselben Tages mit einer grösseren Pistole in die Hand geschossen hatte.

Der Lauf der Pistole war mit schwarzer Gartenerde vollgestopft worden, und bei dieser Operation entlud sich das „Spielzeug“ durch ungeschicktes Handhaben.

Der Schuss war in die rechte Hand gedrungen, und zwar an der Palmarseite, der Handrücken blieb unversehrt.

Die ganze Ladung befand sich in den Weichtheilen verbreitet, welche theilweise zerrissen waren, doch die grossen Sehnen und die Knochen blieben verschont.

Die unregelmässig geränderte, bis 4 Centimeter breite Schusswunde, blutete stark, und mit dem Blute vermischt drang bei Druck und auch spontan eine dickflüssige, jauchige Masse hervor, die einen höchst unangenehmen Mistgeruch von sich gab.

Die ganze Hand war stark angeschwollen, und der betreffende Arm ebenfalls, bis zum Ellenbogen.

Nachdem am Handrücken eine Gegenöffnung gemacht, und der Verband in der Folge jeden dritten Tag gewechselt worden, trat nach ungefähr drei Wochen völlige Heilung ein.

Es bestand mässige Steifigkeit der Finger, die Narbe war gar nicht schmerhaft, und blos einige unbedeutende Narbenstränge deuteten die Stelle der Verletzung an.

Das Allgemeinbefinden war während der ganzen Behandlungszeit nicht gestört, nur bestand in den ersten Tagen etwas Fieber.

Der dankbare Patient nahm nach Ablauf der drei Wochen stummen Abschied auf die allbekannte Weise des „Nimmerwiedersehens.“

Im Herbst traf ich mit einem Herrn Collegen auf dem Lande zusammen, und durch reinen Zufall kam die Rede auf den uns interessirenden Kranken. Derselbe hatte sich nämlich nach seinem Heimathsorte begeben, allwo er von einem regelrechten Starrkrampf befallen wurde. Ohne allen Zweifel war dieser Starrkrampf ein *Wundstarrkrampf*, welcher mit der oben beschriebenen Verletzung an der Hand in Zusammenhang stand. Der Herr College verordnete, ohne viele Hoffnung auf Heilung *Bromkali* und *Chloral*, und nach fünf Wochen trat Genesung ein, — die mit vollem Recht mit dem Attribute „*dubia vergens ad malum*“ gestellte Prognosis, stimmte dies Mal nicht. —

Ist der nicht letale Ausgang eines alle charakteristischen Zeichen tragenden Wundstarrkrampfes schon an und für sich eine gewisse Seltenheit, so ist die verhältnissmässig lange *Incubationsdauer* der Krankheit nicht weniger auffallend, denn von dem Tage der Verletzung an, bis zum ersten Zeichen des beginnenden Tetanus, verliefen 4 bis 5 Wochen.

Durchgeht man die Litteratur, so werden allerdings Incubationszeiten von verschiedenen Wochen bei einigen Autoren (*Tillmanns*) angegeben, jedoch immer nur mit der Bemerkung, dass es sich um Ausnahmen handelt.

Gewöhnlich nimmt man einige Tage, höchstens eine Woche (*Eichhorst*) als Incubationsdauer an.

Nach Verwundungen, wo, wie in unserem Falle, die Möglichkeit des Vorhandenseins von Tetanusbacillen besteht, ist es angezeigt, nicht vor Ablauf eines Monates, auch wenn alles gut steht, schlimme Folgen auszuschliessen, das böse Gift des Wundstarrkrampfes könnte uns sonst Lügen strafen. — Auch die Bacillen haben ihren eigenen Kopf! —

**Ueber einen günstig verlaufenen Fall von subcutaner Ruptur
der Harnröhre in der pars membranacea, mit nachfolgender
Harninfiltration und Septikämie,**

von Dr. Wilh. KROMBACH, prakt. Arzt, zu Luxemburg-Bahnhof.

Ende August dieses Jahres wurde ich zu einem 58jährigen Manne gerufen, welcher vor einigen Tagen so unglücklich von einer Leiter gefallen, dass der Damm durch einen Leitersprossen eine schwere Contusion erlitt.

Der Mann erzählte mir, dass er gleich nach dem Fall starke Schmerzen in der verletzten Gegend verspürt und blutigen Harn gelassen habe.

Das Wasserlassen ging in den zwei ersten Tagen gut vor sich; heute aber, am 3. Tage, wo ich zuerst zum Patienten gerufen wurde, war eine Harnretention eingetreten und dieser Zustand hatte den Patienten begreiflicherweise sehr aufgereggt und verursachte ihm ausserdem starke Schmerzen.

Status præsens: Der in den 50ziger stehende Patient ist mittelgross; das Knochensystem sowie die Muskulatur sind ziemlich kräftig, panniculus adiposus ist schwach entwickelt.

An der verletzten Stelle und zwar an dem Theile der Dammgegend, welche der pars membranacea urethrae entspricht, ist ausser einer mässig starken Schwellung nichts Abnormes wahrnehmbar.

Am 25. August, dem Tage, wo ich den Patienten zum ersten Male sah, wurde im Verein mit College Muller ein halbweicher Catheter eingeführt; ein Nelaton-Catheter war nicht mehr, in Folge der Schwellung und der Blutcoagula, welche in der Harnröhre aufgetreten, durchzubringen.

Obwohl der mit vieler Mühe mehrere Tage nacheinander eingeführte Catheter, kunstgerecht fixirt worden, blieb er doch nicht an Ort und Stelle liegen, weil Patient zu unruhig und zu unfügsam war und unterdessen entwickelten sich mit erschreckender Schnelligkeit und Intensität, sowohl was Lokal- und Allgemeinbefinden betraf, die Symptome der Harninfilttration und Septikämie.

In äusserst drastischer Weise, beschreibt Dittel in seinem Werke über die Strikturen diesen so gefährlichen Zustand und wollen wir hier des Meister's Worte hören :

„Die infiltrirten Partien schwollen unter intensiver Röthung enorm an, werden heiss und schmerhaft. Mit einem Schüttelfrost tritt ein ziemlich intensives Fieber in die Scene. Der Puls wird klein und unregelmässig, die Zunge trocken, kurz es entwickelt sich das Bild der Septikämie. Allmählich gehen die ausserordentlich prall gespannten Bedeckungen unter dunkelblauer Verfärbung und Blasenbildung, sowie unter Entwicklung eines subcutanem Emphysem's in Gangrän über. Endlich bersten einige Stellen und es entleert sich ein mit Urin gemischter, jauchiger Eiter, und gangränöse Gewebsfetzen stossen sich ab. Der Substanzverlust betrifft bald grössere, bald kleinere Strecken. Die ganze Haut des Penis und des Scrotum's kann auf diese Weise losgestossen werden, sodass die beiden Hoden- und Samenstränge blossliegen, wie die ausgetrockneten Kirschkerne an den trockenen Stengeln.“

Soweit Dittel. —

Betrachten wir unsern Patienten im Spiegel dieser Beschreibung, so ist das Bild folgendes :

Hoden, Penis und die Bauchdecken der Leistengegend sind stark angeschwollen, geröthet, heiss und schmerhaft. Mehrere Schüttelfröste waren in der vergangenen Nacht aufgetreten; Fieber 39° — 39.5° , Puls 120—140 Schläge, sehr klein, unregelmässig, Zunge trocken, Sensorium benommen, Stuhl breiartig, kein Erbrechen.

Der stark infiltrirte Hoden, besonders linkerseits, zeigt dunkelblaue Verfärbung, an mehreren Stellen Auftreten von Erbsen bis Wallnussgrossen Blasen, welche mit einem hellen, serös- bis serös-blutigen Inhalt gefüllt sind. Der Penis ist

œdematös angeschwollen, die Bauchdecken beider Leistengegenden sind dunkelblau verfärbt und die oben beschriebenen mit serösem Inhalt gefüllten Blasen treten auch hier auf.

Das Bild wird vervollständigt durch Emphysem und der damit verbundenen Gangrän, besonders am linken Hoden und den Bauchdecken, mit Auftreten von pestilenzartigem Gestank.

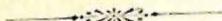
In diesem desparaten Zustand drängte sich die unmittelbare künstliche Entleerung der Harnblase auf und musste man zuerst an die typische urethrotomia externa denken. Indess, die von unserm guten Willen unabhängigen, äusserst ungünstigen äussern Verhältnisse, gestatteten uns nicht, diesen typischen Weg einzuschlagen, während andererseits der Zustand der Lage, sofortige Hilfe dringend nothwendig machte. Ich entschloss mich zu multiplen, breiten und tiefen Incisionen in das gesamme infiltrirte Gewebe. Es wurden häufige Sitzbäder mit Chamillenthee angeordnet und glücklicher Weise, trat, ungefähr 12 Stunden, nach dem chirurgischen Eingriff an der verletzten Stelle der pars membranacea urethræ, eine Fistel auf, durch welche sich der Harn leicht entleeren konnte.

Von diesem Moment an, war wieder Hoffnung auf Rettung vorhanden und dieselbe stieg von Tag zu Tag. Die Bäder wurden fleissig fortgesetzt, um den mit Urin gemischten, jauchigen Eiter wegzuspülen, die gangränösen Fetzen am linken Hoden und den Bauchdecken weggeschnitten, Patient mit Champagner und Pepton, Milch und Eiern auf den Beinen gehalten, und nach und nach wurde das Bild der Krankheit ein günstigeres, die infiltrirten Partien schwollen ab und nehmen ein gesunderes Colorit an, das Fieber schwindet, der Puls tritt in's normale Geleise, der Harn ist wieder hell und normal, Appetit ausgezeichnet, die Septikämie ist geschwunden und Patient gerettet.

Heute am 30. Oktober, also ungefähr nach zwei Monaten, bleibt von der schweren Verletzung, nur noch eine sehr kleine Fistel von Stecknadelkopfgrösse an der pars membranacea urethræ zurück, welche sich meiner Ansicht nach, in einigen Wochen schliessen wird. Die Substanzverluste am linken Hoden und den Bauchdecken, sind unter Zurücklassung deformer Narben, bis auf kleine Partien geheilt.

Das in relativ kurzer Zeit erreichte, glänzende Resultat, ist um so bemerkenswerter, als es uns nicht vergönnt war, die Perinealwunden mit antiseptischen Cautelen zu umgeben, nachdem der Verweilcatheter vom Patienten nicht vertragen wurde welcher Umstand, wie schon oben erwähnt, der Hauptgrund der Harninfiltration geworden war, und die ausgedehnten Wunden standen unter ständiger Ueberschwemmung seitens des sicher nicht mehr keimfreien Harn's. Zur Verhütung der weiteren Infection dieser der Invasion von Strepto- und Staphylococcencolonien ausgesetzten Wunden, mussten wir uns auf die Anwendung grosser und peinlicher Reinlichkeit beschränken und wir hatten die Freude zu sehen, dass auch dieses alte Verfahren, uns zu glücklichem Ergebniss geführt hat und mit sehr befriedigendem Erfolge gekrönt war.

Status præsens vom 10. November cr.: Patient stellte sich mir heute mit grosser Freude als vollständig geheilt vor; das Uriniren erfolgt mit derselben Leichtigkeit und Stärke wie vor der Verletzung.



Ueber eine Cholecystotomie wegen Hydrops vesicæ felleæ

von Dr. Wilhelm KROMBACH, prakt. Arzt, zu Luxemburg-Bahnhof.

Ende Dezember 1898, stellte sich mir eine Frau vor, welche über Schmerzen in der rechten Bauchseite klagte, und welche mir mittheilte, dass sie in dieser Gegend, besonders wenn sie aufstehe und herumgehe, eine Geschwulst fühle, welche man hin und her bewegen könnte.

Anamnese: Die 38 Jahre alte Hausfrau, will bis zu ihrem jetzigen Leiden, niemals ernst krank gewesen sein. Erbliche Belastung besteht nicht. Vater und Mutter sowie mehrere Geschwister leben noch und sind gesund.

Dieselbe hat, 28 Jahre alt, eine Fehlgeburt von ungefähr 1 Monat mitgemacht: 30 Jahre alt, bekam sie das erste Kind, es war eine schwere Geburt, eine Fusslage, und es musste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden; einige Jahre später gebahr sie sehr leicht, ein unreifes Kind von 7 Monaten, welches einen Tag nach der Geburt starb.

Ende Juni 1898 wurde ein drittes Kind in Steisslage und mit meiner Hilfe geboren.

Von dieser Geburt erholte Patientin sich sehr langsam; es gingen seit derselben, obgleich die placenta mit Vorsicht und vollständig entfernt worden, fortwährend einige Blutcoagula ab, und als dieser Zustand trotz Tamponade der vagina und trotz Ergotin-Behandlung sich nicht besserte, und die Anæmie Fortschritte machte, entschloss ich mich Mitte Juni 1898 zur Auskratzung der Gebärmutter.

Das Curetttement war von Erfolg gekrönt, die Blutung stand. Anfang Dezember 1898, wurde ich wieder zur Patientin ge-

rufen. Sie bot das Bild einer Ikterischen dar: Conjunctivæ, Haut und Schleimhäute gelb verfärbt; allgemeine Depression, Urin dunkel, bierbraun, hat beim Schütteln einen gelblichen Schaum und giebt die Gmelin'sche Gallenfarbstoffreaktion. Stuhl angehalten, sehr übelriechend, von thonartiger Farbe; Zunge belegt, Dyspepsie. Gallenblase vergrössert und auf Druck empfindlich, desgleichen die Leber. Fieber fehlt.

Die Diagnose eines ernsten Ikterus ergab sich von selbst, über dessen Ursache nur eine weitere Beobachtung Aufklärung verschaffen konnte. Es wurde eine leichte, blonde Diät verordnet, das Fett in jeder Form verboten; von Medikamenten bekam Patientin Karlsbader Salz und Tropfen von gleichen Theilen verdünnter Salzsäure u. Tinct. aromatic. Nach 3 Wochen waren die Krankheitszeichen des Ikterus geschwunden, Patientin aber fühlte sich dennoch nicht ganz wohl.

Status præsens vom 15. Januar 1899:

Die $1\frac{1}{2}$ Meter grosse Person, ist gracil gebaut, Körpermuskulatur schwach entwickelt, Haut blass-graugelb, spröde, mit wenig Unterhautfettgewebe. Ephelides. Schleimhäute des Gesichtes blass; Conunct.-Sclerae leicht blass-ikterisch. Pupillen reagiren prompt, Zunge weiss belegt. Rachenorgane und Hals zeigen nichts Besonderes.

Desgleichen ergibt die Percussion und Auscultation der Brust und des Rückens nichts Bemerkenswerthes. Herzbefund normal.

Lebergrenze nach oben, in der Mammillarlinie: unterer Rand der VIII Rippe.

Nach unten in der Mammillarlinie: Leberrand ungefähr handbreit unter dem Rippenbogen deutlich fühlbar.

Gallenblase hühnereidick, scharf abgrenzbar durch die dünnen Bauchdecken, steinhart anfühlbar, beweglich, schmerhaft; keine Fluktuation.

Durch Druck am untern, deutlich fühlbaren Rand der Leber, kann man dieselbe an ihre normale Stelle zurückbringen. Harte Knoten an der Leberoberfläche sind nicht wahrnehmbar. Die Milz liefert normalen Befund. Desgleichen Magen und Unterleib. Blase funktionirt normal; Urin enthält weder Gallen-

farbstoff, noch Eiweiss, noch Zucker. Stuhl angehalten, meist sehr hart und dunkelfarbig. Temperatur und Puls normal.

Einfach plattes Becken.

Patientin fühlt sich sehr elend, ist moralisch und physisch deprimirt, klagt über Schmerzen in der rechten Bauchseite, welche bis in den rechten Arm ausstrahlen und welche besonders Nachts auftreten, sodass sie dann sehr nervös wird und nicht schlafen kann. Sie fühlt ein Brennen in der Leber- und Magengegend und glaubt sie hätte Leberkrebs.

Diagnose: Aus dieser Krankengeschichte, wollen wir die beiden hauptsächlichen pathologischen Momente, nämlich :

- 1° Das Rutschen der Leber einerseits und
- 2° Die Vergrösserung und Härte der Gallenblase andererseits,

ausschälen und auf diese zwei Punkte, besonders den letzteren, unsere Diagnose stützen.

Das Rutschen der Leber dürfte in dem cachektischen Zustand der Patientin, in den schweren Geburten, ihre Erklärung finden; die Suspensionsbänder dieses Organs haben sich gelockert, der geschwundene panniculus adiposus kann keine Stütze mehr bieten und das an sich schwere Organ hat den richtigen und normalen Halt verloren und rutscht in die Bauchhöhle: Wir haben ein hepar mobile. Weit wichtiger und besorgniserregender ist die vergrösserte und steinharte Gallenblase.

Es handelte sich hier zu unterscheiden, ob wir es mit: 1° Empyem, 2° krankhafte Anfüllung der Gallenblase mit Galle, 3° Anfüllung der Gallenblase mit Steinen, 4° mit Echinococcus, 5° Cyste, 6° Gallenblasenwassersucht, 7° Krebs, zu thun haben. Hydronephrose und Ovarientumor durften wohl hier ausser Acht gelassen werden, weil der in Rede stehende tumor klein war und respiratorische Verschiebungen erkennen liess.

Bei der am 29. Januar 1899, mit einem hiesigen Collegen stattgefundenen Consultation, wurden die obenerwähnten sieben differential-diagnostischen Punkte einer genauen Prüfung unterzogen.

Empyem oder Eiteransammlung in der Gallenblase kann ausgeschlossen werden, weil kein Fieber besteht; die patho-

logische Anfüllung der Gallenblase mit Galle ist hier nicht anzunehmen, weil dieser Zustand akut auftritt und Ikterus meist vorhanden ist; bei Anfüllung der Gallenblase mit Steinen, hätte man ausser dem starken Resistenzgefühl, ein fühlbares oder höhrbares Reiben der Steine gegen einander wahrnehmen müssen; ausserdem waren keine Gallensteinkoliken aufgetreten. Echinococcen an der unteren Leberfläche sind wenig gestielt und mit grosser Fläche festsitzend, daneben kann man oft Hydatidenschwirren beobachten; in unserm Falle sah der tumor mehr gestielt aus, war leicht zu umfassen, von Hydatidenschwirren keine Spur.

Gegen Cyste, welche durch Abschnürung von Gallengängen mit Schleimdrüsen, entstehen, spricht der Sitz des tumors in der Gallenblasengegend.

Es blieben noch *Hydrops vesicæ felleæ* und *Gallenblasenkrebs*.

Das schwer darniederliegende Allgemeinbefinden, die grosse Cachexie, das Oedem der Knöchel, die Appetitlosigkeit und besonders der Widerwillen gegen Fleischspeisen, die Obstipation, die Müdigkeit in allen Gliedern, und die Kraftlosigkeit, welche ein fortwährendes Liegen im Bette erheischten, alle diese Momente liessen uns die Ansicht bevorzugen, welche den Grund des Leidens als bösartig betrachtete und dies umso mehr, als der lokale Befund, besonders die Abwesenheit von Fluktuation und das harte Anföhlen des tumors, einer solchen Auffassung am ehesten entsprach. Immerhin entbehrte die Diagnose stringenter Sicherheit, und war die vorzunehmende Laparotomie zuerst eine explorative, welcher sich nach Sicherung der Diagnose sofort das therapeutische Verfahren anzuschliessen hatte.

Indessen war der Eingriff nicht allein zur Sicherung der Diagnose erfordert; bei der Aussichtslosigkeit und bisherigen Erfolglosigkeit aller innerer Therapie, drängte sich die Notwendigkeit des operativen Eingriffes auf, selbst wenn es sich um Carcinom der Gallenblase handeln sollte. Denn auch für diesen Fall, lagen die Aussichten nicht zu ungünstig und zwar, weil einerseits kein Ikterus mehr bestand und die Gallengänge resp. der *ductus hepaticus* und *choledochus* als gesund ange-

sehen werden durften, und andererseits der tumor scharf auf die Gallenblase beschränkt, an der Leber selbst weder Knoten noch Verhärtungen zu fühlen waren, und eine Extirpation des tumors der Gallenblase, ohne Verletzung der Leber, für möglich, sowie therapeutisch für berechtigt gehalten wurde.

Operation: Unter strengster A- und Antisepsis, wurde am 31. Januar 1899 die Bauchhöhle über der sehr deutlich fühlbaren und harten Gallenblase, durch einen 12 cm. messenden Querschnitt, unterhalb des Rippenbogens, eröffnet. Als bald erscheint die Gallenblasengeschwulst, es ist eine Fischblasen ähnliche, 5 cm. in ihrem mittleren, grössten Durchschnitt messende, an ihrem freien, gegen die Wunde hin zulaufenden Ende zugespitzte, in ihrer ganzen Länge ungefähr 15 cm. messende, transparente Blase.

Es standen uns hier zwei Hauptoperationswege zur Verfügung und zwar :

I. die *Cholecystectomie* oder die Extirpation der Gallenblase,

II. die *Cholecystotomie* oder die Eröffnung der Gallenblase und zwar :
a) zweizeitig,
b) einzeitig

a) zweizeitig
1° nach *Czerny*, mit nachfolgender Einnähmung der Gallenblasenwunde in die Bauchwunde.
b) einzeitig
2° nach *Küster*, mit nachfolgender Naht und Reposition der Gallenblase, (sog. ideale Cholecystotomie).

Die Extirpation der Gallenblase durch doppelte Unterbindung des Ductus cysticus, Durchschneidung zwischen den Ligaturen und stumpfe Ablösung der Gallenblase von der Leber, diese sogenannte Cholecystectomie, welche von Courvoisier und Krönlein mit Erfolg, von Riedel mit unglücklichem Ausgang angewandt worden, ist wohl eine Radikaloperation, aber lebensgefährlich.

Statt dieser lebensgefährlichen Excision, hielten wir es für vorsichtiger und besonders in unserem Falle, wo die Blase an ihrer Ansatzstelle, am ductus cysticus, nicht deutlich abgrenzbar war, die von den rühmlichst bekannten Operateuren wie Lawson-Tait, Kocher, Trendelenburg, König u. A. empfohlene und viel einfachere *Incision der Gallenblase*, die sogenannte Cholecystotomie, in Anwendung zu bringen.

Wir führten die Operation *doppelzeitig* aus und zwar wurde zuerst die Gallenblasenwand mit dem Bauchfell vernäht und nach 7 Tagen, als eine feste Verwachsung der Blasenwand mit dem Bauchfell hergestellt war, die Blase eröffnet und mit Jodoformgaze drainirt, also eine *Cholecystostomie* hergestellt.

Der Inhalt, welcher sich aus der Cyste entleerte, bestand aus ungefähr 100 cem. einer serös-schleimigen, hellen Flüssigkeit, welche laut Analyse des Herrn Dr. Praum, Direktor des bakteriologischen Institutes, weder Gallenfarbstoff noch Traubenzucker, noch Bernsteinsäure, noch Echinococcusbestandtheile, dagegen reichlich *Eiweiss* enthielt. Der Hydrops vesicæ felleæ war somit mit Sicherheit diagnosticirt und so gestaltete sich das Resultat der Operation günstiger, als wir es vermutheten, sowohl was den unmittelbaren Erfolg betraf, als auch was die Zukunft der Kranken und die Befürchtung eines Rückfalls betrifft.

Die Beantwortung einer Frage dürfte jetzt nicht ohne Interesse sein; nämlich: *auf welche Weise wurde diese Wassersucht hervorgebracht?*

Ohne Zweifel, durch Verschluss des ductus cysticus. „Die abgeschlossene Galle wird, wie C. A. Ewald in Eulenburg's Real-Encyclopädie Band VIII, Seite 230 schreibt, allmählich resorbirt und an ihre Stelle tritt ein seröses Transsudat aus den Blutgefäßen. Hat sich, wie meistentheils, eine chronische Entzündung der Blasenschleimhaut ausgebildet, so scheint der hierdurch gesetzte Reiz die Ausschwitzung in die Bauchhöhle zu begünstigen. Es entwickelt sich eine langsam wachsende, meist birnförmige Geschwulst (nach Eichhorst, Band II, ähnelt sie einer Fischblase), die gelegentlich ganz enorme Dimensionen annehmen kann. Es sind Fälle beschrieben, wo sie bis zum Darmbein herabreichte, ja einen freien Ascites vortäuschen konnte. Zuweilen lässt sich die Blase umgreifen und deutliche Fluktuation in derselben nachweisen. In anderen Fällen ist der Druck im Innern so gross, dass die Fluktuationserscheinungen nicht zu Stande kommen. Wir haben zweimal eine solche birnförmige, bewegliche, aber *steinharte* Geschwulst palpiren können, die sich als Hydrops der Gallenblase auswies.“ —

Als Ursache des Verschlusses des ductus cysticus dürfte man Gallensteine, oder Krebs oder entzündliche Verwachsung heranziehen.

Die beiden ersten Ursachen können hier ausgeschlossen werden, da keine Gallensteine vorhanden, keine Gallensteinkoliken aufgetreten, noch carcinomatöse Degeneration zu constatiren waren.

Die entzündliche Verwachsung und der dadurch hervorgerufene Verschluss des benannten Kanals, sowie auch der Hydrops der Gallenblase selbst, dürfte in unserm Falle durch den Druck des Kopfes, des im Juli 1898 in Steisslage geborenen Kindes, verstärkt durch das Herabsinken der Leber, den hepar mobile, hervorgebracht worden, also traumatischer Natur sein.

Die Galle muss sich wohl heute durch den ductus hepaticus und choledochus direkt in das Duodenum ergiessen, da kein Ikterus mehr besteht.

Status præsens vom 3. März 1899. Seit dem Tage der Eröffnung der Blase bis heute, wurde die Wunde im Anfang zweimal täglich, später nur einmal verbunden, nachdem sie unter antiseptischen Cautelen ausgespült und mit Jodoformgaze drainirt worden.

Heute am 3. März ist die Blasenwunde bis auf eine kleine 2 mm.-breite und 2 cm.-lange Fistel, und die, in schönstem Granulationszustande sich befindliche Bauchwunde, bis auf eine Länge von 4 cm., geschlossen.

Fieber ist während der ganzen Heilungsdauer nicht aufgetreten; Patientin hat sich physisch und moralisch gestärkt und erholt; in den letzten Tagen ist sie mehrere Stunden aus dem Bette gewesen, der Appetit nimmt tagtäglich zu und die Schmerzen in der Lebergegend sind mit dem tumor geschwunden.

Das Allgemeinbefinden hatte sich sogar soweit gebessert, dass Patientin selbst eine zweite Operation verlangte, um von einem langjährigen completen Dammriss befreit zu werden. Dieselbe geschah zwei Monate nach der ersten Operation, und wurden durch eine ausgedehnte Kolpo-Perineoplastik normale Verhältnisse hergestellt.

Status præsens vom 4. Oktober 1899. Drei Monate nach der Operation ging Patientin ihren Hausarbeiten wie gewöhnlich nach; eine kleine Fistel, aus welcher noch immer etwas seröse Flüssigkeit aussickerte, ohne Beschwerden zu machen, war zurückgeblieben. Diese Fistel dachten wir, unter den bestehenden günstigen Verhältnissen zuheilen lassen zu dürfen, welches Verfahren sich indessen als verfrüh herstellte und wir beschlossen Ende Juli dieselbe vorläufig durch Einlegen eines Glasdrains offen zu halten. Dieser Drain wird von der Patientin gut vertragen, sowie von ihr selber täglich gereinigt und eingesetzt. Um eine Verwachsung der Blasenwände und eine feste Obliteration der Blase hervorzurufen, wird zweimal wöchentlich 10 Tropfen Lugol'scher Lösung in dieselbe eingeträufelt.

Im November 1899.

Ueber eine Haematocele in der rechten Schultergegend,

von Dr. Wilh. KROMBACH, prakt. Arzt, Luxemburg-Bahnhof.

Der 21jährige Arbeiter zeigt in der rechten Schultergegend eine zwei faustdicke Geschwulst. *Anamnestisch* erfahre ich, dass Vater und Mutter, 49 resp. 48 Jahre alt, vollständig gesund sind, dergleichen seine 4 Geschwister, wovon die älteste 23, die jüngste 13 Jahre alt ist.

Die Mutter hat dem Patienten erzählt, dass er, 3 Monate alt, an derselben Stelle, wo sich heute das Geschwulst befindet, eine nussgrosse Verdickung gehabt habe, wovon er aber bis heute, Ende März 1898, wo er sich mir vorstellt, nichts wahrgenommen hat.

Eine besondere Ursache, wie Stoss, Fall, Schlag, welche die Vergrösserung hervorgebracht haben könnte, kennt Patient nicht; doch hat er als Weinbergarbeiter schwere Hotten während der Weinlesen tragen müssen.

Eine ernste Krankheit will Patient nie mitgemacht haben.

Status præsens: Patient von mittlerer Grösse, ist kräftig gebaut; Muskulatur und Knochensystem stark, panniculus adiposus schwach entwickelt.

Die *objektive Untersuchung* des Tumor's, Ende März 1898



ausgeführt, ergiebt bei der *Inspektion* (Cf. nebenstehende Fig.) dass derselbe sich, vom letzten Halswirbel beginnend, die rechte scapula fast ganz bedeckend, bis zu ihrem untern, medialen Winkel hinzieht. Derselbe ist ungefähr 20 cm. lang, 12 cm. breit und 4 cm. hoch. Die Haut über demselben ist normal. Pulsationen sind keine sichtbar. Bei der *Palpation* finde ich einen weichen, fluktuirenden aber nicht pulsir-

enden tumor, welcher nicht verschiebbar und nicht zu verdrängen ist, auf starken Druck im Volumen sich also nicht verringert und mit seinen Ober- und Unterlagen fest verwachsen zu sein scheint.

Die *Perkussion* ergiebt gedämpften Schall und die *Auscultation* ist ohne Resultat.

Wenn es auch gerade in dieser Gegend häufig Lipome mit Pseudofluktuation giebt, so war der Wellenschlag doch hier so deutlich und zudem keine Lappung der Oberfläche vorhanden. Was konnte es anders sein als ein kalter Abscess, ein tumor albus, von der scapula oder Hals- oder Brustwirbelsäule ausgehend?

Dass dem nicht so ist, zeigt zu unserer grossen Verwunderung, die jetzt vorgenommene *Punktion*, welche aus dem tumor einen rein blutigen Inhalt entleert, ohne irgendwelche Gerinnungsbildung; dieselbe wurde Ende März 1898 vorgenommen, das Blut, ungefähr $\frac{1}{2}$ Liter, aus der Geschwulst gänzlich entfernt und somit der tumor scheinbar zum Schwinden gebracht. Anfang April desselben Jahres, ungefähr 2 Wochen später, war der status quo ante wieder vollständig vorhanden. *Subjektive Beschwerden* macht der tumor in der letzten Zeit durch seine Grössenzunahme.

Die *Operation*, welche am 16. April 1898, im Verein mit einem hiesigen Collegen ausgeführt wurde, bestand in der

Eröffnung der Haut des tumors durch einen grossen Kreuzschnitt über seinem grössten Durchmesser und seiner höchsten Prominenz. An eine Ausschälung der Kapsel des tumors in toto war nicht zu denken und sie musste eingeschnitten werden. Beim Einschnitt entleerte sich wieder $\frac{1}{2}$ Liter klares, flüssiges, reines Blut; die Höhlung bot sich als ein cavernöses,



glattwandig glänzendes Gebilde dar, dessen Zellen unter einander in Verbindung standen und in der Grösse variirten und dessen äussere Wandungen mit der umgebenden Haut, dessen Boden mit der darunter liegenden Muskulatur sehr fest verwachsen waren, so dass die Ausschälung mühsam und nur stückweise erfolgen konnte. Aus der umgebenden Haut und

den Wänden des tumors spritzten einige Arterien, welche mit dem tumor und dessen Räumen in Verbindung standen und ihm seine blutige Nahrung verschafften. Dieselben liessen sich leicht fassen und unterbinden. Ein Nachsickern von Blut konnte nirgends nachgewiesen werden und erfolgte auch keine weitere Blutung an die Innenfläche der Kapsel vor Abschluss der Operation.

Was die *Diagnose* anbelangt, so wird die mikroskopische Untersuchung, ausgeführt durch den Direktor des bakteriologischen Institutes, Herrn Dr. Praum, uns Aufklärung verschaffen dürfen.

Beifolgend seine Beschreibung des vorstehenden, von ihm angefertigten Mikrophotogrammes :

Bindegewebiges Stroma, von stellenweise lockeren, dann wieder sehr derben Gefüge. In demselben sehr zahlreiche, theils grössere, theils kleinere Hohlräume, die kleineren von rundlicher, die grösseren von unregelmässiger Form, sämmtlich mit Blut gefüllt.

Die Wand derselben meist sehr dünn, venenartig, mit einer dünnen Lage von Endothel bekleidet.

Die kleineren Hohlräume meist arterieller Natur. Rundzellenanhäufung um einige der kleineren Gefässe. Diagnose : *Angioma fibromatosum*.

Epikrise.

Seit Cohnheim und Billroth's Zeiten, wo die Geschwulstforschung in höchster Blüthe stand, ist es auf diesem Gebiete medicinischer Forschung etwas ruhiger geworden ; die operative Technik der Ausrottung der Tumoren wird täglich vervollkommen ; im theoretischen Gebiete, ist es in den letzten Jahren, wo das lebhafteste Interesse sich der Erforschung der akuten Infektionskrankheiten und der Bakteriologie zuwandte, so ziemlich still geworden. Nichtsdestoweniger kommen dem praktischen Arzte noch immer Neubildungen unter die Augen, welche das alte Interesse der Studienzeit wieder neu aufflackern lassen, denn in immer neuen Gestalten und Verbindungen gefällt sich die Natur im Bereiche dieser traurigsten Schattenseite

menschlichen Lebens und Leidens. Manches mag uns Aerzten, die fern vom concentrirten Geistesleben der Universitätsstädte wohnen, als neu und selten vorkommen, was diese Eigen-schaften nur unserm persönlichen Wissen gegenüber hat, und das mag die Veröffentlichung eines Falles wie des obigen entschuldigen und rechtfertigen.

Wie man nun auch unser Neugebilde betrachten mag, unter Zuhilfenahme der klinischen Beobachtung und der pathologisch-histologischen Untersuchung, so wird es doch kaum gelingen, dasselbe unter einem der klassischen Namen der Geschwults-lehre zu subsumiren. Der in der Ueberschrift gewählte Name von Hætmatoccele, soll vor allem das klinische Bild zum Ausdruck bringen.

Anatomisch betrachtet, bietet die Neubildung offenbar *angiomatösen Charakter*; aber ein *angioma cavernosum*, an das man zunächst denken wird, ist es jedenfalls nicht: dazu fehlt eben das Schwammartige; in einem cavernösen Angiom lässt sich das Blut stets ausdrücken; es findet in demselben eine, wenn auch auf ein Minimum reducire Circulation statt, und beim Einschnitt bluten diese Gebilde heftig und sickert das Blut aus der Schnittwunde nach, weshalb man beim operativen Eingriff noch heute das Messer zu meiden wünscht und vielfach noch lieber zum gleichzeitig hämostatischen Cauterium greift, um die Gebilde zur allmählich schrumpfenden Verödung zu bringen. Von dem all ist hier nichts vorhanden. Die viel-buchtige Höhle ist mit einem glänzenden Endothel ausgekleidet, und bei ihrem Anschnitt fliesst der blutige Inhalt auf einmal aus, wie bei einer angestochenen Cyste, aber augenblicklich fliesst kein Blut nach.

Ein Befund aber zeigt uns vielleicht den richtigen Weg zur histogenetischen Blutung. Das *Endothel zeigt die Merkmale der Gefässintima*. Daraus erklärt sich zunächst das Flüssig-bleiben des Blutes, trotz der offebaren Stagnation, da wir seit Brücke wissen, dass es der Contact mit der unverletzten Gefässintima ist, welcher das Blut flüssig erhält.

Des weiteren müssen wir annehmen, dass die Grundlage der Neubildung denn doch im Gefässsystem zu suchen ist, und kommen wir somit auf den ursprünglich angiomatösen

Charakter unserer Geschwulst zurück. Nach unserer Ueberlegung handelte es sich um ein *degenerirtes Angiom*, und zwar hat sich der Umwandlungs- und Gestaltungsprozess folgendermassen entwickelt:

„In der hintern Schulter- und Rückengegend sind Geschwulstkeime nicht selten versprengt. Gerade hier kommen tief sitzende Atherome häufig vor, welche ihre Verbindungen bis zu den Wirbelknochen senken und der Rücken ist ja häufig wie eine Musterkarte mit allerhand kleinen und grossen Auswachsungen besät. Auch unser Geschwulst war, wie die meisten überhaupt, von Geburt aus veranlagt und die ersten Spuren lassen sich in der Krankengeschichte bis in die erste Kindheit hinauf verfolgen. Es war ursprünglich ein einfaches cavernöses Angiom mit der ersten Eigenthümlichkeit, welche den Weg für spätere Veränderungen anbahnte, dass es nicht oberflächlich an der Haut, sondern tief unter dem Unterhautzellgewebe eingebettet war. In Folge dessen, konnte es sich nicht frei nach der Hautoberfläche zu entwickeln, wie dies ja die Angiome thun, so dass die Epidermis nur noch ein dünnes, blauviolettes, unebenwelliges Plättchen bildet, welches sich schwammartig, dem Blutdrucke nachgebend, über die Normalfläche hervorwölbt. Der Innendruck des Angiomblutes kam hier nicht zur Geltung, unter dem lederharten Ueberzug der Rückenhaut, und so mag derselbe, da er sich nicht nach aussen bethätigen konnte, zum Druckschwund der inneren Wabenwände des Angioms geführt haben.

Ausserdem trat laut der Krankengeschichte ein weiterer Faktor in Wirksamkeit.

Ueber die Histogenese der Angiome herrschen mehr Meinungen als Sicherheit. Während die eine Lehre, die Grundlage des Angioms in einer angeborenen Ektasie der Capillaren sieht, glauben andere, die Uranlage sei in erweiterten Saftspalten des Bindegewebes gegeben, welche später mit dem Gefässystem in Verbindung treten. So viel kann man aus all dem als feststehend ausschälen, dass sowohl Bindegewebe als Gefässe sich jeweilig den Hauptantheil am Aufbau der Angiome streitig machen.

Nun lehrt aber die klinische Erfahrung, dass durch äussere wiederholte Reizungen, jedes Bindegewebe in den Zustand chronischer Wucherung gerathen kann. Bindegewebe, ausgehend von den Schulter-Rückenfasern gab es genug in der nächsten Umhüllung des ursprünglichen Tumors. Und das äussere Moment chronischer Reizung, muss man in dem gewerbemässigen schweren Hottenträgen dieses jungen Moselaners sehen. Er selbst führt die Entwicklung der Geschwulst auf dieses Moment zurück und dies ist zweifellos richtig in den Augen desjenigen, der die betreffende Arbeit aus eigener Anschauung kennt.

Durch diesen Reiz entwickelte sich die harthülsige Geschwulstkapsel, welche ausserdem durch ihr schrumpfenden Charakter, die Lichtung der zu- und abführenden Gefässe des Angioms bedeutend reduziren musste; und da von solchen bindegewebshypertrophen Vorgängen, die abführenden Venen stets mehr zu leiden haben, als die zuführenden, unter selbst-eigenem Drucke stehenden Arterien, so musste der Zufluss den Abfluss überwiegen, und es kam zur chronischen Stauung des Blutes in der Geschwulst. Dieses letztere Moment musste die förmliche Ausbildung einer einfachen Cyste immer mehr befördern, und so wurde aus dem ursprünglichen Angiom eine förmliche Hæmatocyste resp. Hæmatocele, wo aus den kleinsten Capillaren der Wand, das Blut nur mehr unmerklich langsam ausschwitzte und der Abfluss nicht stärker war, als ihre gewöhnlichen Endosmosevorgänge ermöglichen.“

Dies ist wohl die einfachste Erklärung des Gebildes, welche überdies mit den Angaben des pathologischen Anatomen in vollkommenster Uebereinstimmung steht, während eine andere, immerhin mögliche Annahme, welche uns eine Zeit lang vorschwebte, der Tumor sei ein, an ungewöhnlicher Stelle versprengtes primitives Kystom, mit Blutung in's Höhleninnere, schwieriger alle Einzelheiten des Falles in zufriedenstellender Weise zusammenfasst.

Ob aber ähnliche Umbildungen cavernöser Angiome häufig sind, das ist uns unbekannt; in den uns zugängigen Lehrbüchern finden wir nichts davon erwähnt, womit allerdings

nicht das geringste bewiesen sein soll, da unsere Literaturkenntnisse der Lage der Dinge entsprechend, sehr unvollkommen sind.

Im November 1899.



DISPOSITIONS

LÉGISLATIVES ET ADMINISTRATIVES

CONCERNANT

L'ART DE GUÉRIR DANS LE GRAND-DUCHÉ

de 1882 à 1899.

I.

Organisation, Examens.

11 JUILLET 1883. — Arrêté r. g.-d. modifiant le tarif des honoraires des membres du jury pour le doctorat en médecine, en chirurgie et en accouchement.

Art. 1^{er}. Les dispositions de Notre arrêté du 10 février 1877, concernant les honoraires des membres du jury pour la pharmacie, sont applicables aux membres du jury pour la médecine, lorsqu'ils procèdent à l'examen de récipiendaires pour le doctorat en médecine, en chirurgie et en accouchement.

Art. 2. Cette disposition est applicable aux membres du jury pour la médecine institué pour l'exercice 1882—1883.

Art. 3. Notre directeur général des finances est chargé de l'exécution du présent arrêté.

16 MAI 1891. — Loi concernant l'exercice de l'art dentaire.

Art. 1^{er}. Par dérogation à l'art. 27 de la loi du 8 mars 1875, sur la collation des grades, la pratique de l'art dentaire

est permise dans le Grand-Duché à tout luxembourgeois déclaré capable à la suite d'une épreuve à régler par voie de règlement d'administration publique.

Art. 2. Les diplômes de dentiste délivrés jusqu'à ce jour par le Collège médical donnent droit à l'exercice de cette branche spéciale de l'art de guérir.

Art. 3. Le régime de surveillance et de discipline ainsi que le mode de tarification en vigueur pour les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, sont rendus communs aux dentistes.

Disposition transitoire. Le Gouvernement est autorisé à fixer les conditions d'accès de la pratique dentaire pour tout luxembourgeois qui, ayant suivi des cours universitaires sur la branche, se présentera à la carrière endéans les deux ans qui suivront la promulgation de la présente loi.

17 AOUT 1891. — Arrêté gr.-d. portant règlement de l'examen de dentiste prévu par l'art. 1^{er} de la loi du 16 mai 1891.

Art. 1^{er}. Indépendamment de l'application des dispositions législatives en vigueur sur l'exercice des différentes branches de l'art de guérir, la pratique dentaire peut être exercée par tout luxembourgeois ayant subi avec succès l'examen de dentiste.

Art. 2. Pour être admis à subir l'examen de dentiste le candidat doit:

1^o être muni d'un diplôme de maturité ou d'un certificat de passage de la III^e en II^e industrielle ou, en cas d'études faites à l'étranger, d'un certificat jugé équivalent par le Gouvernement ;

2^o produire des certificats constatant qu'il a suivi avec fruit à la suite des études documentées par les attestations mentionnées à l'alinéa qui précède, des cours approfondis de botanique, de zoologie, de minéralogie, de physique et de chimie ;

3^o prouver avoir suivi à une université ou école spéciale les cours qui forment le programme de l'épreuve.

Art. 3. Ces cours sont les suivants :

COURS THÉORIQUES.	COURS PRATIQUES.	
	Chirurgie (Clinique).	Prothèse (Laboratoire).
<i>Cours de première année.</i>		
Physique; Chimie; Histoire naturelle; Mécanique appliquée.	Assistance à la consultation; Nettoyage à la bouche; Traitement et obturation des caries des 1 ^{er} et 2 ^{er} degrés; Extractions.	Série d'appareils; Travail de l'hyppotame, du caoutchouc et du celluloïd.
<i>Cours de deuxième année.</i>		
Anatomie descriptive et physiologie; Histologie,micrographie; Dissection; Pathologie générale; Thérapeutique et matière médicale; Physique, chimie et métallurgie appliquées.	Assistance à la consultation; Traitements des caries des 1 ^{er} , 2 ^{er} et 3 ^{er} degrés; Obturations; Aurifications simples; Redressements; Extractions.	Dents à pivots; Série d'appareils; travail du métal; Série d'appareils; travail du métal combiné avec le caoutchouc ou le celluloïd; Série de redressements.
<i>Cours de troisième année.</i>		
Anatomie et physiologie dentaires humaines comparées; Histologie dentaire, application du microscope; Anatomie topographique de la bouche et de ses annexes; application chirurgicale; Dissection; Pathologie spéciale: 1 ^{er} maladies de la bouche; 2 ^{er} affection du système dentaire; Thérapeutique spéciale: 1 ^{er} traitement, obtura-	Assistance à la consultation; Traitements des caries des 3 ^{er} et 4 ^{er} degrés; Obturations; Aurifications: 1 ^{er} à l'or adhésif; 2 ^{er} à la méthode rotative; 3 ^{er} à l'or non adhésif; Redressements; Dents à pivots; Extraction avec l'anesthésie locale et générale; Traitement des différentes affections buccales.	Série d'appareils, travail pour gencives continues; Série de dentiers montés sur caoutchouc, celluloïd ou métal; Des appareils dits à ponts; Esthétique; Restaurations bucales et faciales; Appareils pour fractures des maxillaires.

tions, aurifications, extractions;	cales du ressort de la chirurgie dentaire;
2 ^e anesthésie;	Restaurations buccales
Prothèse dentaire :	et faciales.
1 ^{er} prothèse propre- ment dite;	
2 ^o orthopédie dentaire;	
Restauration buccales et faciales;	
Déontologie profes- nelle.	

Art. 4. L'examen sera public. Il se divisera en : 1^o une épreuve par écrit; 2^o une épreuve orale, et 3^o une épreuve pratique.

Le jury d'examen sera composé de cinq membres effectifs et de trois membres suppléants. Ils seront choisis par Nous parmi les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements et parmi les dentistes qui ont passé l'examen prévu par la dite loi.

Le droit d'admission est fixé à 250 francs.

En cas d'ajournement le droit est réduit à la moitié de cette somme pour chaque nouvel examen.

Art. 5. Toutes les dispositions non prévues par le présent arrêté seront réglées par le Gouvernement.

Art. 6. Notre Directeur général des travaux publics est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera inséré au Mémorial.

16 SEPTEMBRE 1894. — Arrêté g.-d. réglant l'exercice de la profession de droguiste dans le Grand-Duché.

Art. 1^{er}. L'exercice de la profession de droguiste est permis à tout luxembourgeois ayant subi avec succès soit l'examen de pharmacien ou de proviseur de pharmacie, soit un examen spécial portant sur les matières suivantes :

A. *Histoire des drogues et des principaux objets du magasin de droguiste:* Synonymie. Définition. Origine et préparation.

Phénomènes de la préparation. Lieux de provenance. Variétés. Caractères physiques. Caractères chimiques. Qualités. Identités. Marques particulières. Conservation. Défectuosités. Falsifications.

B. a) *Indication des arrêtés et règlements* qui régissent l'exercice de la profession ;

b) *Poisons* : Devoirs des droguistes pour éviter les accidents; conservation, débit;

c) *Balances*: Qualités d'une bonne balance ; parties qui la composent; différentes sortes de balances ; causes d'erreurs dans les pesées; méthodes de la double pesée ;

d) *Poids et mesures*: Vérification de leur bonne qualité; usage des mesures; causes d'erreur; obligations imposées par la loi ;

e) *Aréomètres*: Application à la droguerie ; différentes sortes d'aréomètres; indications qu'ils donnent; vérification de leur bonne qualité; cause d'erreurs dans leurs emploi;

f) *Densité*: Application à la droguerie; constatation; rapports avec les degrés et les poids;

g) *Nomenclature* usitée en droguerie ;

h) *Eaux et drogues*: Eau libre, combinée; corps anhydres ; hydratés, déliquescents, efflorescents, hygroscopiques; fusion aqueuse ; ignée ; décrépitation ;

i) *Choix des drogues*: 1^o à employer comme médicaments ; 2^o à employer pour l'extraction de leurs principes actifs; 3^o soins à apporter dans la réception des drogues ;

j) *Récolte des substances* végétales, animales, minérales ;

k) *Émondation* des substances récoltées, achetées ;

l) *Dessication*: Action de la chaleur ;

m) *Conservation des drogues*: Causes d'altération; humidité; air ; chaleur; lumière; animaux, etc. ;

n) *Pulvérisation* : Poudres; règles à observer; parties à rejeter de la pulvérisation.

Art. 2. Pour être admis à subir l'examen spécial de droguiste, le candidat doit :

1^o être muni d'un certificat de passage de la IV^e à la III^e gymnasiale ou de la III^e à la II^e industrielle, ou en cas d'études faites à l'étranger, d'un certificat jugé équivalent par le Gouvernement ;

2^o justifier du payement d'un droit d'admission, fixé à cent francs; en cas d'ajournement ce droit est réduit à la moitié de cette somme pour l'examen ultérieur;

3^o justifier d'avoir travaillé pendant deux années au moins dans une ou au plus dans deux drogueries ou pharmacies.

Art. 3. L'examen se divisera en une épreuve par écrit et une épreuve orale, laquelle sera publique.

Le jury d'examen sera composé, à Notre choix, de cinq membres effectifs et de trois membres suppléants.

Art. 4. Le Luxembourgeois qui, au jour de la publication du présent arrêté, aura fait un stage d'un an au moins chez un pharmacien du pays, sera en droit, s'il réclame cette faveur endéans les deux années qui suivront cette publication, d'exercer la profession de droguiste, moyennant l'accomplissement préalable des conditions prévues par les dispositions antérieurement en vigueur sur cet objet.

Pour l'exécution de la prescription générale qui précède, le stage biennal d'élève-droguiste prévu par l'art. 30 de l'ordonnance du 12 octobre 1841, sera suppléé par un stage en pharmacie de même durée.¹⁾

Art. 5. Toutes les dispositions non prévues par le présent arrêté seront réglées par le Gouvernement.

Art. 6. Notre Directeur général de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

4 FÉVRIER 1899. — Arrêté g.-d. réglant l'exercice de la profession de sage-femme.

Art. 1^{er}. L'exercice de la profession de sage-femme n'est permis qu'à la personne luxembourgeoise ayant subi l'examen prévu par les dispositions qui suivent.

Art. 2. La délivrance des diplômes de sage-femme est faite par un jury à nommer par Nous et composé de trois membres effectifs et de deux membres suppléants, tous docteurs en médecine, docteurs en chirurgie et docteurs en accouchement.

¹⁾ Ord. 12 octobre 1841, art. 30. Pour être admis à l'examen de droguiste, le candidat devra prouver qu'il a travaillé comme élève pendant trois ans chez un ou au plus deux droguistes légalement admis.

Le directeur de l'école d'accouchement est de droit membre effectif du jury.

Art. 3. Les matières sur lesquelles porte l'examen de sage-femme sont celles comprises dans l'art. 4 § 4 et l'art. 7 de l'arrêté r. g.-d. du 14 septembre 1877.

Art. 4. Pour être admise à l'examen, la récipiendaire doit produire un certificat constatant qu'elle a suivi pendant six mois les cours de l'école d'accouchement à Luxembourg et qu'elle a assisté au moins à douze accouchements.

Avant d'être admise à l'examen de sage-femme, la récipiendaire justifiera d'avoir versé à la caisse de l'État la somme de soixantequinze francs.

Art. 5. L'examen se divisera en une épreuve par écrit et une épreuve orale.

Art. 6. Toutes les dispositions non prévues par le présent arrêté seront réglées par le Gouvernement.

Art. 7. Notre Directeur général des travaux publics est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera inséré au Mémorial.

II.

Pratique dans les communes frontières.

4 JUIN 1883. — Convention conclue entre le Grand-Duché de Luxembourg et l'Empire d'Allemagne pour l'exercice de l'art de guérir dans les communes frontières des deux pays.

Art. 1. Die deutschen Aerzte, Wundärzte und Hebammen, welche in den an Luxembourg grenzenden deutschen Gemeinden wohnhaft sind, sollen das Recht haben, ihre Berufstätigkeit in den luxemburgischen Grenzgemeinden in gleichem Masse, wie ihnen dies in der Heimath gestattet ist, auszuüben, vorbehaltlich der im Art. 2 enthaltenen Beschränkung; und umgekehrt sollen unter gleichen Bedingungen die luxemburgischen Aerzte, Wundärzte und Hebammen, welche in den an Deutschland grenzenden luxemburgischen Gemeinden wohnen, zur Ausführung ihrer Berufstätigkeit in den deutschen Grenzgemeinden befugt sein.

Art. 2. Die vorstehend bezeichneten Personen sollen bei der Ausübung ihres Berufes in dem andern Lande zur Selbstverabreichung von Arzneimitteln an die Kranken, abgesehen von dem Falle drohender Lebensgefahr, nicht befugt sein.

Art. 3. Die Personen, welche in Gemässheit des Art. 1 in den Gemeinden des Nachbarlandes ihren Beruf ausüben, sollen nicht befugt sein, sich dort dauernd niederzulassen oder ein Domizil zu begründen, es sei denn, dass sie sich der in diesem Lande geltenden Gesetzgebung und namentlich nochmaliger Prüfung unterwerfen.

Art. 4. Es gilt als selbstverständlich, dass die Aerzte, Wundärzte und Hebammen eines der beiden Länder, wenn sie von der ihnen im Art. 1 dieser Uebereinkunft zugestandenen Befugniss Gebrauch machen wollen, sich bei Ausübung ihres Berufes in den Grenzgemeinden des andern Landes den dort in dieser Beziehung geltenden Gesetzen zu unterwerfen haben. Ausserdem wird jede der beiden Regierungen ihren Medizinalpersonen anempfehlen, bei den in Rede stehenden Anlässen die in dem andern Lande bezüglich der Ausübung der betreffenden Berufstätigkeit erlassenen Administrativ-Vorschriften zu befolgen.

Art. 5. Die gegenwärtige Uebereinkunft soll zwanzig Tage nach beiderseits erfolgter Publikation derselben in Kraft treten, und sechs Monate nach etwa erfolgter Kündigung seitens einer der beiden Regierungen ihre Wirksamkeit verlieren. Sie soll ratifizirt und die Ratifikationen sollen sobald als möglich in Berlin ausgewechselt werden.

Zur Urkund dessen haben die Bevollmächtigten dieselbe unterzeichnet und ihr Siegel beigedrückt.

2 JUILLET 1890. — Arrêté r. g.-d. portant approbation de la déclaration du 18—21 juin 1890, additionnelle à la convention du 31 mai—3 juin 1879 sur la pratique de l'art de guérir dans les communes frontières du Grand-Duché et de la Belgique.

Art. 1^{er}. La déclaration additionnelle mentionnée ci-dessus est approuvée; elle sera publiée au Mémorial, pour être exécutée et observée selon sa forme et teneur.

Art. 2. Notre ministre d'État et Notre directeur général des travaux publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

DÉCLARATION.

Le Gouvernement grand-ducal Luxembourgeois et le Gouvernement royal Belge sont convenus de ce qui suit :

L'art. 3 de la convention du 31 mai-3 juin 1879, réglant l'exercice de l'art de guérir dans les communes limitrophes du Grand-Duché de Luxembourg et de la Belgique, est remplacé par la disposition suivante :

„Les personnes ci-dessus désignées ne pourront, en exerçant „leur art dans l'autre État, délivrer elles-mêmes des remèdes „aux malades, si ce n'est dans le cas où le malade serait en „danger de mort imminent“.

La présente déclaration sera exécutoire à dater du vingtième jour après sa promulgation dans les formes prescrites par les lois des deux pays, et elle aura la même durée que la convention du 31 mai-3 juin 1879 à laquelle elle se rapporte.

En foi de quoi les soussignés, Ministre d'État, président du Gouvernement grand-ducal Luxembourgeois, et Ministre des affaires étrangères de S. M. le Roi des Belges, ont signé la présente déclaration et y ont apposé leurs cachets respectifs.

Fait en double original, à Luxembourg le 21 juin, et à Bruxelles le 18 juin 1890.¹⁾

¹⁾ Communes qui confinent resp. au territoire de la Belgique et du Grand-Duché, avec indication des noms des villages, hameaux, maisons isolées etc., auxquelles s'applique la convention sanitaire du 31 mai-3 juin 1879.

A. — Grand-Duché de Luxembourg.

Asselborn. — Asselborn, Route (section d'Asselborn), Moulin, Emeschbach (section d'Asselborn), Biwisch, Boxhorn, Uschler (section de Boxhorn), Maulfsmühle (section de Boxhorn), Rumelange, Lentzweiler, Uschler (section de Rumelange), Sassel, Bockmühle, Maulfsmühle (section de Sassel), Cinqfontaines, Stockem, Route (section de Stockem), Emeschbach (section de Stockem).

Bascharage. — Bascharage, Barrière, Beim Doktor, Moulin, Lauterborn, Bomecht, Brücke, Kirpach, Im Schack, Bofferdange, Linger, Hautcharage.

III.

Hygiène publique.

25 MARS 1885. — Loi concernant les mesures à prendre pour parer à l'invasion et à la propagation des maladies contagieuses.

Art. 1^{er}. Le membre du Gouvernement chargé du service sanitaire est autorisé à prendre les arrêtés nécessaires pour

Clemency. — Clemency, Neudrisch, Schockmühle, Fingig.

Hobscheid. — Eischen, Sägemühl, Felleschmühle, Sinkenhof, Eichelsbarrière, Hobscheid, Kreutzerbuch, Oichtlach, Langengrund.

Steinfort. — Bettingen, Gras, Hagen, Steinfort, Schwarzenhof.

Petange. — Lamadelaine, Grundmühle, Athusmühle, Maison de gardebarrière, Maisons isolées, Petange, Gare, Cité ouvrière, Maisons isolées, Rodange, Airsain, Gare de Rodange, Blauberg, Cité des hauts-fourneaux, Maisons Isolées, La Maragole.

Basbellain. — Basbellain, Gœdange, Drinklange, Hautbellain, Follmühle, Huldange, Huldange-moulin, Huldange-Schmiede, Lenglerloch, Troisvierges, Troisvierges-gare, Massen, Massen-moulin, Cinq-Fontaines, Bievischmühle, Wilwerdange, Gœdingermühle, Trois-Baraques.

Bœvange. — Bœvange, Donnange, Deiffelt, Lentzweiler, Hamiville, Lul lange, Troine, Baraques, Hinterhasselt, Wenerange, Crendal.

Hachiville. — Hachiville, Weiler, Hoffelt, Weisthaus, Neumühle, Lehresmühle.

Beckerich. — Beckerich, Huttange, Elvange, Hovelange-halte, Leitring, Levelange, Nœrdange, Oberpallen, Schweich, Kreutzerbuch.

Bigonville. — Bigonville, Bigonville-moulin, Rieshaus, Flatzbour, Martelinville.

Elli. — Eli, Jenkenhof, Petit-Nobressart, Niedercolpach, Obercolpach, Roodt.

Perl. — Holtz, Perlé, Wolwelange, Klaus, Haut-Martelange, Rombach.

Boulaide. — Baschleiden, Fleber, Rothes-Haus, Boulaide, Boulaide-moulin, Surré.

Har lange. — Har lange, Tockenmühle, Tarchamps, Watrange.

Oberwampach. — Allerborn, Allerborn-route, Brachtenbach, Brachtenbach-moulin, Derenbach, Derenbach-route, Niederwampach, Schimpach, Schimpach-station, Buschweg, Nœrbich, Steinrausch, Oberwampach, Oberwampach-moulin, Oberwampacherberg, Birkenhof, Derenbacherstrasse.

Winseler. — Berlé, Pommerlach, Doncols, Sonlez, Grummelscheid, Grummelscheid-moulin, Kailborn, Schleifmühle, Schleif, Nœrtrange, Winseler.

B. — Belgique.

Beho. — Commanster, Beho, La baraque, Ourthe, Wathermal, Deiffelt.

parer à l'invasion et à la propagation des maladies épidémiques.

Il est notamment autorisé à prescrire l'établissement de cordons sanitaires, tant à la frontière qu'à l'intérieur, l'isolement des malades, la désinfection ou la destruction des effets suspectés d'être contaminés et, enfin, la visite et la mise en observation des personnes venant d'un pays infecté.

Limerlé. — Baraques, Collon, Baraques Dumont, Baraques Dupont, Dalle, Moulin Boulanger, Moulin du Trou, Limerlé, Gouvy, Moulin de Gouvy, Station de Gouvy, Jarbages, Steinbach, Liherin, Moulin Gaffard, Rouvroy.

Tavigny. — Tavigny, Lambiéval (moulin), Pouhon (moulin), Cetturu, Chamont, Goniprez, Bernistap, Buret, Chantier, Aux rouges fosses, Bœur, La Chaire, Moulin de Bœur, Wandebourcy, Cowan, Vissoule, Pré Henckart, Neufpré, Rix de Cowan, Alhoumont, Badrival.

Longvilly. — Arloncourt, Bourcy, La station, Le chemin de Vaux Longvilly, La mine, La Savagière, Le moulin, Michamps, Horritine, Alhez, Au poteau, Oubourcy, Moinet.

Wardin. — Benonchamps, Bizory, Bras, Harzy, Driltier (moulin), Mageret, Sous-Mageret (moulin), Marvie, Saiwet, La barrière, Mareuvez (moulin), Mont, Neffe, La Barbe (moulin), Trescourt (moulin), Wardin, Lacrimoge, Dri la Falize.

Villers-la-bonne-eau. — Villers-la-bonne-eau, Bettlange, Livarchamps, Lutrebois, Chiversons, L'étoile-lez-Harzy, Losange, Remofosse, Lutremange.

Hollange. Hollange, Moulin, Winkin, Houville, Moulin, Baisseling, Sainlez, Burnon, Strainchamps, Moulin Pauly, Malmaison.

Tintange. — Tintange, Moulin d'Oeil, Ferme d'Oeil, Romeldange, Warnach.

Martelange. — Martelange, Radelange, Gremelange, Neufperlé.

Attert. — Attert, Corne du bois des pendus, Schockville, Rodenhof, Pesserfröhn, Maison Kunsch, Schadeck, Luxeroth, Grendel, Faasch, Nothomb, Rodenhoff, Parette, Post, Hohenbüsch, Maison de Bruyn.

Tontelange. — Metzert, Tontelange, Bayerchen.

Bonnert. — Bonnert, Platinerie (moulin), Scheer (moulin), Bellevue, Quatre-vents, Route de Bastogne, Frassem, Gillesmühle, Peiffeshof, Seymerich, Viville, Fohmühlen, Quatre-vents, Waltzing, Lingenthal, Neumühlen, La Geichel, Bellevue.

Guirsch. — Guirsch, Heckbous, Groubermühlen, Geichelmühlen.

Autelbas. — Autelbas, Autelhaut, Barnich, Birel, Clairefontaine, Seylerhof, Stehnen, Sterpenich, Weyler, Wolberg.

Selange. — Selange.

Messancy. — Differt, Guerlange, Longean, Moulin de Longean, Messancy, Nördelange, Petit-Marlet, Turpange.

Athus. — Athus.

Art. 2. Les infractions aux arrêtés pris en exécution de la présente loi seront punies d'un emprisonnement de un mois à deux ans et d'une amende de cent francs à mille francs; si l'infraction a entraîné la propagation de la maladie, la peine sera celle de la réclusion; le tout sans préjudice des peines plus fortes qui pourraient être encourues.

Les dispositions afférentes du premier livre du Code pénal et la loi du 18 juin 1879, sur les circonstances atténuantes, sont applicables à ces infractions.

Art. 3. Sont abrogés le décret du 18 juin 1831 et les arrêtés royaux des 17 août 1831 et 2 mars 1832.

20 MAI 1891. — Circulaire relative aux déclarations à faire par les médecins en cas de maladie épidémique.

L'art. 1^{er} du règlement VI approuvé par arrêté royal grand-ducal du 12 octobre 1841 porte: „Aussitôt qu'une maladie maligne de nature épidémique ou contagieuse paraîtra dans une commune, l'homme de l'art qui, le premier, aura l'occasion d'en observer les symptômes, en donnera de suite connaissance au bourgmestre de la commune et au médecin du canton.“ Cette communication à l'autorité est un devoir professionnel et MM. les médecins sont obligés de faire ces déclarations dès le début de la maladie contagieuse qu'ils auront constatée.

Quoique la profession de médecin soit une profession libérale, elle n'est pourtant pas affranchie de toute entrave; l'exercice de cette profession est soumis aux règles édictées par la loi et les règlements du pays.

Déjà la loi du 21 mai 1819, tout en maintenant la liberté des professions, déclare que chacun se conformera dans l'exercice de son commerce, profession, industrie, métier ou débit aux règlements de police générale et locale et énumère sub art. 3 la profession de médecin. L'art. I^{er} du règlement VI susdit n'est que le corollaire du décret du 22 décembre 1789 (publié chez nous le 19 frimaire an IV), qui proclame que les administrations départementales sont chargées sous l'autorité et l'inspection du Roi, du maintien de la salubrité publique.

Autant que le médecin doit se soumettre aux prescriptions relatives aux diplômes, aux tarifs, aux instruments et à la confection des recettes etc., autant il doit se soumettre aux mesures à prendre lors des maladies épidémiques. L'homme de l'art qui négligerait de faire la déclaration s'expose, d'après l'avis des autorités judiciaires, aux peines correctionnelles prévues par l'art. 1^{er} de la loi du 6 mars 1818 et aux peines disciplinaires tracées par l'art. 49 de l'ordonnance du 12 octobre 1841. Dans ce cas il commettrait une faute grave en provoquant ou facilitant par son silence ou son inaction la propagation de la maladie.

J'aime à croire qu'il suffira de rappeler ces dispositions à MM. les médecins et autres hommes de l'art pour qu'ils s'empresseront à l'avenir de prêter leur concours si précieux à l'autorité administrative afin de combattre en temps utile et par des efforts réunis la propagation des maladies épidémiques.

Le Directeur général des travaux publics.

28 MARS 1883. — Arrêté r. g.-d. portant fixation de la rétribution allouée aux vaccinateurs et réglant le service des vaccinations.

Art. 1^{er}. Pour l'année 1883, la rétribution allouée aux vaccinateurs à charge du fonds des dépenses communales est réduite de 2 francs à fr. 1,50 par enfant vacciné avec succès pendant la période vaccinale.

Art. 2. Pendant la même année, les médecins vaccinateurs recevront gratuitement, de l'institut vaccinal à Luxembourg, le vaccin nécessaire pour les vaccinations annuelles des enfants pendant la période vaccinale.

Art. 3. Les médecins vaccinateurs pourront obtenir du même établissement, à toute période de l'année, notamment en cas d'épidémie variolique, du vaccin animal à raison de 50 centimes par double plaque.

Art. 4. Lorsqu'il y a lieu de procéder à des revaccinations en cas d'épidémie variolique, les médecins vaccinateurs ont droit à une rétribution de 2 francs par individu indigent, dont les frais seront liquidés sur le fonds des dépenses communales.

Art. 5. La somme de 2500 francs à payer annuellement à l'établissement vaccinal en vertu de la convention du 20 mars 1883, sera prélevée sur le fonds des dépenses communales et répartie entre les communes en proportion du nombre des individus vaccinés avec succès pendant la période vaccinale, et dont les frais auront été liquidés sur le dit fonds.

Art. 6. Notre directeur général de la justice est chargé de l'exécution du présent arrêté.

27 AVRIL 1883. — Instruction aux administrations communales, aux médecins de canton et aux vaccinateurs du Grand-Duché, concernant le service de la vaccine.

En vue d'assurer la stricte exécution des dispositions de l'arrêté royal grand-ducal du 25 avril 1856 relatif à la vaccine, les administrations communales, les médecins de canton et les vaccinateurs sont invités à se conformer aux instructions suivantes:

1^o Le bourgmestre ou son délégué réunira, au jour indiqué par le vaccinateur, tous les enfants non vaccinés d'une commune, dans une maison appropriée à l'opération de la vaccine.

2^o Il fera l'appel nominal de tous les enfants. En cas d'absence de l'un ou de plusieurs d'entre eux, il se rendra, avec le vaccinateur, dans la demeure des parents ou tuteurs, afin d'apprendre la raison de leur absence, et dans le cas où cette cause ne serait pas fondée, de les convaincre d'accepter les bienfaits de la vaccine; il transmettra les noms des récalcitrants au commissaire de district.

3^o Dans l'intervalle du huitième ou dixième jour après l'opération, les vaccinateurs feront une seconde visite dans les communes afin de s'assurer du résultat des opérations; ils en dresseront procès-verbal et le transmettront au commissaire de district et au médecin du canton.

Ce procès-verbal mentionnera :

a) le nombre des enfants à vacciner dans chaque commune du ressort;

b) le nombre des enfants soumis à la vaccination et le nombre de ceux qui sont vaccinés avec succès.

4^e Les vaccinateurs délivreront lors de la seconde visite, si la vaccine a parcouru régulièrement ses périodes, à la personne intéressée un certificat par écrit, qu'ils feront signer en leur présence, par le bourgmestre ou son délégué.

5^e Les vaccinateurs inscriront toutes les vaccinations dans un registre, qu'ils transmettront au commissaire de district.

6^e Les médecins de canton s'assureront de la stricte exécution des prescriptions sur la vaccine; ils en feront rapport qu'ils transmettront au Collège médical, avec ceux à fournir par les vaccinateurs, avant le 1^{er} octobre de chaque année.

7^e Le vaccin est fourni gratuitement aux vaccinateurs par l'institut vaccinal établi à Luxembourg.

8^e Les vaccinateurs ne pourront ni céder ni vendre à des tiers du vaccin qui leur est fourni par l'institut vaccinal, sous peine de révocation de leurs fonctions.

9^e Les vaccinateurs seront tenus de procéder à la vaccination dans le délai fixé par le Gouvernement.

13—14 FÉVRIER 1891. — Arrangement intervenu entre le Gouvernement grand-ducal et le Gouvernement de Belgique pour l'échange réciproque des communications directes au sujet des maladies contagieuses et des épizooties.

Suivant une entente intervenue entre les Gouvernements belge et luxembourgeois et constatée par notes identiques des 13—14 février ct., les autorités compétentes des deux pays échangeront des informations réciproques au sujet de l'apparition des maladies contagieuses et des épizooties.

Les maladies qui feront l'objet de ces informations, sont :

le choléra asiatique ;

le typhus et la fièvre typhoïde ;

la variole ;

la fièvre scarlatine ;

l'angine couénneuse (croup) et la diphtérie ;

la rougeole ;

la dyssenterie ;

l'ophtalmie contagieuse granuleuse ;

la fièvre (scepticism) puerpérale, et généralement toutes

les maladies épidémiques et transmissibles, ainsi que les épi-zooties.

L'information sera donnée pour le choléra asiatique et la variole dès l'apparition des premiers cas.

Pour les autres affections, elle ne sera signalée que lorsque la maladie aura pris un caractère épidémique.

L'apparition de la dysenterie ne sera signalée, que lorsque cette maladie présentera un caractère malin.

Les communications seront adressées par lettres affranchies au président du Collège médical, résidant à Luxembourg, par le président de la Commission médicale de la province de Luxembourg, résidant à Arlon, et réciproquement par le dit président du Collège médical au dit président de la Commission médicale de la province de Luxembourg.

Les informations seront données aussitôt que les affections ci-dessus, définies quant à leur caractère, existeront dans une localité quelconque du Grand-Duché ou de la province limitrophe belge, quelle que soit la distance entre cette localité et la frontière.

Les dispositions du présent arrangement commenceront à être appliquées à partir du 1^{er} mars 1891.

15 AVRIL 1893. — Convention sanitaire internationale de Dresde.

EXTRAIT.

Titre I^{er}. — Mesures destinées à tenir les Gouvernements signataires de la Convention au courant de l'état d'une épidémie de choléra, ainsi que des moyens employés pour éviter sa propagation et son importation dans les endroits indemnes.

Notifications et communications ultérieures.

Le Gouvernement du pays contaminé doit notifier aux divers Gouvernements l'existence d'un foyer cholérique. Cette mesure est essentielle.

Elle n'aura de valeur réelle que si celui-ci est prévenu lui-même des cas de choléra et des cas douteux survenus sur son territoire. On ne saurait donc trop recommander aux divers

Gouvernements la déclaration obligatoire des cas de choléra par les médecins.

L'objet de la notification sera l'existence d'un foyer cholérique, l'endroit où il s'est formé, la date du début de ce foyer, le nombre des cas constatés cliniquement et celui des décès. Les cas restés isolés ne feront pas nécessairement l'objet d'une notification.

La notification sera faite aux agences diplomatiques ou consulaires dans la capitale du pays contaminé. Pour les pays qui n'y sont pas représentés, la notification sera faite directement par télégraphe aux Gouvernements étrangers.

Cette première notification sera suivie de communications ultérieures données d'une façon régulière de manière à tenir les Gouvernements au courant de la marche de l'épidémie. Ces communications se feront au moins une fois par semaine.

Les renseignements sur le début et sur la marche de la maladie devront être aussi complets que possible. Ils indiqueront plus particulièrement les mesures prises en vue de combattre l'extension de l'épidémie. Ils devront préciser les mesures prophylactiques adoptées relativement :

à l'inspection sanitaire ou à la visite médicale, à l'isolement, à la désinfection,

et les mesures prescrites au point de vue du départ des navires et de l'exportation des objets susceptibles.

Il est entendu que les pays limitrophes se réservent de faire des arrangements spéciaux en vue d'organiser un service d'informations directes entre les chefs des administrations des frontières.

Le Gouvernement de chaque État sera tenu de publier immédiatement les mesures qu'il croit devoir prescrire au sujet des provenances d'un pays ou d'une circonscription, territoriale contaminée.¹⁾

¹⁾ On entend par le mot *circonscription* une partie du territoire d'un pays placé sous une autorité administrative bien déterminée, ainsi : une province, un „gouvernement“, un district, un département, un canton, une île, une commune, une ville, un village, un port, un polder etc., quelles que soient l'étendue et la population de ces portions de territoire.

Il communiquera aussitôt cette publication à l'agent diplomatique ou consulaire du pays contaminé, résidant dans sa capitale. A défaut d'agence diplomatique ou consulaire dans la capitale, la communication se fera directement au Gouvernement du pays intéressé.

Il sera tenu également de faire connaître par les mêmes voies le retrait de ces mesures ou les modifications dont elles seraient l'objet.

Titre II. — Conditions dans lesquelles une circonscription territoriale doit être considérée comme contaminée ou saine.

Est considérée comme contaminée toute circonscription où a été constatée officiellement l'existence d'un foyer de choléra.

N'est plus considérée comme contaminée toute circonscription dans laquelle un foyer a existé, mais où, après constatation officielle, il n'y a eu ni décès, ni cas nouveau de choléra depuis cinq jours, à condition que les mesures de désinfection nécessaires aient été exécutées.

Les mesures préventives seront appliquées au territoire contaminé à partir du moment, où le début de l'épidémie aura été officiellement constaté.

Ces mesures cesseront d'être appliquées dès qu'il aura été officiellement constaté que la circonscription est redevenue saine.

Ne sera pas considéré comme donnant lieu à l'application de ces mesures le fait que quelques cas isolés, ne formant pas foyer, se sont manifestés dans une circonscription territoriale.

Titre III. — Nécessité de limiter aux circonscriptions territoriales contaminées les mesures destinées à empêcher la propagation de l'épidémie.

Pour restreindre les mesures aux seules régions atteintes les Gouvernements ne doivent les appliquer qu'aux provenances des circonscriptions contaminées.

Mais cette restriction limitée à la circonscription contaminée ne devra être acceptée qu'a la condition formelle que le Gouvernement du pays contaminé prenne les mesures nécessaires

pour prévenir l'exportation des objets susceptibles provenant de la circonscription contaminée.

Quand une circonscription est contaminée, aucune mesure restrictive ne sera prise contre les provenances de cette circonscription, si ces provenances l'ont quittée cinq jours au moins avant le début de l'épidémie.

Titre IV. — Marchandises ou objets susceptibles envisagés au point de vue des défenses d'importation ou de transit — et de la désinfection.

I. Importation et transit.

Les seuls objets ou marchandises susceptibles, qui peuvent être prohibés à l'entrée, sont :

1^o les linges de corps, hardes et vêtements portés (effets à usage) ; les literies ayant servi.

Lorsque ces objets sont transportés comme bagages ou à la suite d'un changement de domicile (effets d'installation), ils sont soumis à un régime spécial.

2^o Les chiffons et drilles.

Ne doivent pas être interdits : a) les chiffons comprimés par la force hydraulique, qui sont transportés comme marchandises en gros, par ballots cerclés de fer et portant des marques et des numéros d'origine acceptés par l'autorité du pays de destination ; b) les déchets neufs, provenant directement d'ateliers de filatures, de tissage, de confection ou de blanchiment ; les laines artificielles (Kunstwolle, Shoddy) et les rognures de papier neuf.

Le transit des marchandises ou objets susceptibles, emballés de telle façon qu'ils ne puissent être manipulés en route, ne doit pas être interdit.

De même, lorsque les marchandises ou objets susceptibles sont transportés de telle façon qu'en cours de route ils n'aient pu être en contact avec des objets souillés, leur transit à travers une circonscription territoriale contaminée ne doit pas être un obstacle à leur entrée dans le pays de destination.

Les marchandises et objets susceptibles ne tomberont pas sous l'application des mesures de prohibition à l'entrée, s'il

est démontré à l'autorité du pays de destination qu'ils ont été expédiés cinq jours au moins avant le début de l'épidémie.

Il n'est pas admissible que les marchandises puissent être retenues en quarantaine, aux frontières de terre. La prohibition pure et simple ou la désinfection sont les seules mesures qui puissent être prises.

II. Désinfection.

Bagages. — La désinfection sera obligatoire pour le linge sale, les hardes, vêtements et objets qui font partie de bagages ou de mobiliers (effets d'installation), provenant d'une circonscription territoriale déclarée contaminée et que l'autorité sanitaire locale considérera comme contaminés.

Marchandises. — La désinfection ne sera appliquée qu'aux marchandises et objets que l'autorité sanitaire locale considérera comme contaminés, ou à ceux dont l'importation peut être défendue.

Il appartient à l'autorité du pays de destination de fixer le mode et l'endroit de la désinfection.

La désinfection devra être faite de manière à ne détériorer les objets que le moins possible.

Il appartient à chaque État de régler la question relative au paiement éventuel de dommages-intérêts résultant d'une désinfection.

Les lettres et correspondances, imprimés, livres, journaux, papiers d'affaires etc. (non compris les colis postaux) ne seront soumis à aucune restriction ni désinfection.

Titre V. — Mesures à prendre aux frontières terrestres.

Service des chemins de fer. Voyageurs.

Les voitures affectées au transport des voyageurs, de la poste et des bagages ne peuvent être retenues aux frontières.

S'il arrive qu'une de ces voitures soit souillée, elle sera détachée du train pour être désinfectée, soit à la frontière, soit à la station d'arrêt la plus rapprochée, lorsque la chose sera possible.

Il en sera de même pour les wagons à marchandises.

Il ne sera plus établi de quarantaines terrestres.

Seuls, les malades cholériques et les personnes atteintes d'accidents cholériformes peuvent être retenus.

Il importe que les voyageurs soient soumis, au point de vue de leur état de santé, à une surveillance de la part du personnel des chemins de fer.

L'intervention médical se bornera à une visite des voyageurs et aux soins à donner aux malades.

S'il y a visite médicale, elle sera combinée, autant que possible, avec la visite douanière, de façon que les voyageurs soient retenus le moins longtemps possible.

Dès que les voyageurs venant d'un endroit contaminé seront arrivés à destination, il serait de la plus haute utilité de les soumettre à une surveillance de cinq jours à compter de la date du départ.

Les mesures concernant le passage aux frontières du personnel des chemins de fer et de la poste sont du ressort des administrations intéressées. Elles seront combinées de façon à ne pas entraver le service régulier.

Les Gouvernements se réservent le droit de prendre des mesures particulières à l'égard de certaines catégories de personnes, notamment envers :

- a) les bohémiens et les vagabonds ;
- b) les émigrants et les personnes voyageant ou passant la frontière par troupes.

Titre VI. — Régime spécial des zones-frontières.

Le règlement du trafic-frontière et des questions inhérentes à ce trafic ainsi que l'adoption de mesures exceptionnelles de surveillance doivent être laissées à des arrangements spéciaux entre les États limitrophes.

Titre VII. — Voies fluviales. Fleuves, canaux et lacs.

On doit laisser aux Gouvernements des États riverains le soin de régler, par des arrangements spéciaux, le régime sanitaire des voies fluviales.

On recommande les règlements allemands édictés en 1892, dont l'application a donné de bons résultats.

IV.

Tarifs.

17 DÉCEMBRE 1884. — Arrêté r. g.-d. portant modification du tarif des frais de justice.

Art. 1^{er}. Les articles 3 et 5 de Notre arrêté du 14 juillet 1863 sont remplacés par les dispositions suivantes :

Chaque médecin ou chirurgien reçoit :

a) pour une simple visite, y compris le rapport et le premier pansement, s'il y a lieu, 7 fr. 50 ;

b) pour une opération dûment spécifiée et plus difficile que la simple visite et le pansement, y compris la visite et le rapport, 15 fr. ;

c) pour une ouverture de cadavre, y compris la visite et le rapport, 20 fr. ;

Il est alloué aux vétérinaires :

a) pour chaque visite y compris le rapport, 5 fr. ;

b) pour une ouverture de cadavre, y compris la visite et le rapport, 10 fr.

Art. 2. Par modification de l'art. 19 de Notre arrêté du 14 juillet 1863, l'indemnité de voyage est fixée :

a) pour les médecins et chirurgiens à fr. 0,55 ;

b) pour les vétérinaires à fr. 0,40.

pour chaque kilomètre parcouru tant en allant qu'en revenant.

Art. 3. Les dispositions de l'art. 27 de Notre arrêté du 14 juillet 1863 sont abrogées en tant qu'elles concernent les médecins, chirurgiens, interprètes, sages-femmes, vétérinaires, dépositaires et experts.

Art. 4. Notre directeur général de la justice est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui est applicable à partir du 1^{er} janvier 1885.

11 JUIN 1885. — Circulaire sur l'application de l'arrêté r. g.-d. du 17 décembre 1884 sur les frais de justice.

L'arrêté royal grand-ducal du 17 décembre 1884 apporte différentes modifications au tarif des frais de justice.

Honoraires. — Les modifications introduites par l'art. 1^{er} de cet arrêté se rapportent aux honoraires revenant aux médecins et chirurgiens : pour les simples visites, les opérations dûment spécifiées et plus difficiles que la simple visite et le pansement, les ouvertures de cadavres ; et aux vétérinaires : pour les visites, les ouvertures de cadavres

Le tarif du 14 juillet 1863 est maintenu,

a) à l'égard des vacations revenant à ces hommes de l'art du chef d'expertises (art 7 de l'arrêté r. g.-d. du 14 juillet 1863) ;

b) à l'égard des vacations revenant aux mêmes pour comparution en justice (art 12 du même arrêté).

Indemnités de voyages. — Les articles 2 et 3 de l'arrêté r. g.-d. du 17 décembre 1884 modifient le tarif pour ce qui regarde les indemnités de voyage.

Par l'art. 2 les indemnités des hommes de l'art sont augmentées quant aux voyages à faire : à l'occasion des visites, opérations difficiles ou ouvertures de cadavres ; à l'occasion des expertises.

Le tarif du 14 juillet 1863 est maintenu à l'égard des indemnités de voyage qui peuvent revenir aux mêmes pour comparution en justice.

L'art. 3 de l'arrêté r. g.-d. du 17 décembre 1884 abroge les dispositions de l'art. 27 de l'arrêté du 14 juillet 1863, en tant qu'elles concernent les médecins, chirurgiens, interprètes, sages-femmes, vétérinaires, dépositaires et experts.

Par l'art. 27 susdit il avait été disposé que l'indemnité de voyage était à réduire de moitié pour les voyages pouvant se faire par chemin de fer.

Ensuite de l'abrogation de cette disposition, les frais de voyage, qui pourront revenir aux personnes qualifiées ci-dessus, seront calculés uniquement par voie ordinaire.

7 MAI 1887. — Avis concernant les honoraires des médecins pour visites en cas d'aliénation mentale.

Les visites faites par les médecins en cas d'aliénation mentale sont à payer conformément au tarif publié par l'arrêté

royal grand-ducal du 14 juillet 1863. L'art. 7 de cet arrêté, concernant les vacations allouées pour les expertises, est applicable dans l'espèce.

Toutefois les indemnités de voyage qui pourraient être portées en compte du même chef sont soumises au tarif du 17 décembre 1884.

Suivant une récente décision de la Chambre des comptes, les arrêtés royaux de 1822 et 1823, concernant les honoraires des médecins envoyés en mission lors de maladies épidémiques ou contagieuses, sont à considérer comme abrogés et remplacés par les tarifs de 1874 et 1877 déterminant les honoraires des personnes autorisées à exercer l'art de guérir. Les mémoires ainsi établis ne subissent pas la réduction prévue par l'art. 8 du 7^{me} règlement, annexé à l'ordonnance r. g.-d. du 12 octobre 1841.

V.

Pharmacie.

21 FÉVRIER 1891. — Arrêté minist. ordonnant l'introduction de la troisième édition de la Pharmacopée allemande.

Art. 1^{er}. Les pharmaciens du Grand-Duché suivront à l'avenir la III^e édition de la pharmacopée allemande.

Art. 2. Le présent arrêté sera inséré au Mémorial.

20 JUILLET 1894. — Arrêté ministériel portant la liste des médicaments et objets de pansement que doivent tenir les médecins domiciliés hors du rayon d'une pharmacie.

Art. 1^{er}. Les médecins domiciliés hors du rayon d'une pharmacie doivent tenir les médicaments et articles de pansement suivants :

- 1^o Les objets nécessaires au pansement antiseptique;
- 2^o Aether sulfuricus;
- 3^o Apomorphinum muriaticum;

- 4° Argentum nitricum fusum;
- 5° Atropinum sulfuricum;
- 6° Charta sinapisata (Rigollot);
- 7° Chloroformium;
- 8° Emplastrum adhæsivum;
- 9° Extractum secalis cornuti fluidum (Bombeot);
- 10° Hydrargyrum sublimatum corrosivum;
- 11° Liquor Ammonii caustici;
- 12° Liquor ferri sesquichlorati;
- 13° Liquor plumbi subacetici;
- 14° Morphium muriaticum;
- 15° Oleum Ricini;
- 16° Radix Ipecacuanhac pulverata;
- 17° Tartarus stibiatus;
- 18° Tinetură opii crocata.

Art. 2. Le présent arrêté sera publié par la voie du Mémoarial.

VI.

Service médical des indigents.

2 FÉVRIER 1891. — Circulaire relative aux prescriptions des médecins des hospices et des bureaux de bienfaisance.

MM. les médecins opérant pour compte de l'État, des bureaux de bienfaisance ou d'autres établissements de charité, sont tenus de concilier, dans la mesure du possible, les ressources financières de ces institutions avec l'intérêt des malades confiés à leurs soins. Ils devront donc s'abstenir de toute dépense qui pourra être évitée sans porter préjudice au traitement médical des intéressés.

Lorsqu'ils jugeront convenable de prescrire des vins non médicamenteux, ils le feront sous la forme de bons à présenter soit chez le pharmacien, soit chez le marchand de vins ou toute autre personne ayant accepté une convention à cet égard avec l'établissement payant. A cet effet, MM. les médecins attireront l'attention des préposés de ces institutions sur les

avantages de contrats fixant, pour une époque déterminée, les prix et les qualités de vins à fournir aux établissements ou aux indigents traités à leur frais.

En présence des prix assez élevés des eaux minérales, MM. les médecins voudront remplacer ces eaux, s'il y a moyen, par des substituts. Cette recommandation est naturellement subordonnée à la condition que le succédané présente la même efficacité curative que l'eau minérale elle-même. Celle-ci ne sera dès lors employée que lorsque le médecin aura des motifs particuliers pour lui donner la préférence sur les surrogats.

Il en est de même des spécialités pharmaceutiques. Ces préparations plaisent au goût et à la vue, mais ne gagnent ordinairement rien dans leur activité par la forme agréable qui leur est donnée. Elles coûtent cher et peuvent être remplacées par des médicaments qui, tout en présentant la même énergie, reviennent à des prix moins élevés.

Le Collège médical est prié de mentionner spécialement dans son rapport annuel les suites que MM. les médecins auront données à la présente.

VII.

Laboratoire pratique de bactériologie.

31 DÉCEMBRE 1896. — Avis de Monsieur le Directeur général des des travaux publics.

Il est porté à la connaissance du public que le laboratoire bactériologique, récemment créé à Luxembourg, commencera à fonctionner le 1^{er} janvier 1897. Le nouvel établissement se trouve installé dans l'ancienne maison Majerus, rue de Clairefontaine.

23 JANVIER 1897. — Arrêté relatif au tarif des opérations à faire par le laboratoire bactériologique de Luxembourg.

Art. 1^{er}. Toutes les analyses que le laboratoire bactériologique, ouvert à Luxembourg depuis le 1^{er} janvier 1897, aura à faire pour l'Etat, les communes et les établissements

publics, seront exécutées à titre gratuit, sous réserve des dispositions des art. 2 et 3 du présent arrêté.

Toutes les analyses faites pour les particuliers sont soumises, sauf en cas d'indigence justifiée, au payement des taxes suivantes perçues par le directeur pour le compte de la caisse de l'Etat à savoir:

A. Recherches microscopiques.

1^o Recherche du bacille de la tuberculose dans les expectorations, le pus, les urines. fr. 1,00 à 3,00

2^o Recherche du gonocoque et du bacille de la diphtérie fr. 1,00 à 2,50

3^o Recherche de l'actinomycès fr. 2,00 à 5,00

4^o Recherche du bacille de la grippe, des staphylocoques, des streptocoques, des diplocoques et du bacille de la morve. . . . fr. 1,50 à 4,00

B. Recherches à l'aide des cultures.

1^o Grippe, choléra. fr. 2,00 à 6,00

2^o Diphtérie. fr. 1,50 à 4,00

3^o Blennorrhagie (gonocoque) fr. 4,00 à 10,00

4^o Streptocoques, staphylocoques. . . . fr. 3,00 à 6,00

5^o Pneumocoques fr. 3,50 à 7,00

6^o Morve, fièvre typhoïde fr. 6,00 à 12,00

7^o Anaérobies fr. 8,00 à 15,00

C. Recherches à l'aide d'expériences sur les animaux.

1^o Tuberculose fr. 10,00 à 20,00

2^o Morve. fr. 12,00 à 20,00

3^o Charbon fr. 10,00 à 20,00

4^o Diphtérie. fr. 12,00 à 20,00

5^o Rouget, pneumoentérite fr. 8,00 à 15,00

D. Analyse des urines.

1^o Recherche qualitative de l'albumine. fr. 1,00

2^o Recherche qualitative du sucre . . fr. 1,00

3^o Dosage de l'albumine. fr. 2,00 à 3,00

4^o Dosage du sucre fr. 2,00 à 3,00

5^o Analyse microscopique du sédiment. fr. 1,00 à 2,00

6^o Détermination et dosage d'autres corps pour chaque corps fr. 1,00 à 8,00

E. Pièces pathologiques.

Préparation de coupes, coloration etc. . fr. 2,00 à 10,00

F. Eaux et aliments.

1^o Analyse bactériologique d'une eau . fr. 5,00 à 15,00

2^o Analyse bactériologique des denrées alimentaires. fr. 5,00 à 25,00

G. Milieux de culture.

1^o Gélatine nutritive en tubes, le tube . fr. 0,20

2^o Gélose (Agar-Agar) en tubes, le tube. fr. 0,20

3^o Gélose glycérinée en tubes, le tube . fr. 0,25

4^o Serum de sang de bœuf ou de cheval coagulé, le tube fr. 0,40

5^o Pomme de terre en tubes de Roux, le tube fr. 0,25

6^o Pomme de terre glycérinée, le tube. fr. 0,30

Les droits à payer sont fixés par le directeur du laboratoire en vertu du présent tarif et doivent être payés, contre un reçu du directeur, au moment du dépôt des matières à examiner.

Les analyses qui ne se trouvent pas nommément désignées dans ce tarif seront taxées par analogie à une analyse similaire du tarif.

Le directeur du laboratoire pourra dispenser du paiement de la taxe les analyses à faire dans un but purement scientifique.

A ces fins, ainsi que pour établir l'indigence visée au présent article, il suffit d'une déclaration de la part du médecin demandant l'analyse; en aucun cas cependant le directeur du laboratoire ne pourra demander le nom de l'indigent.

Art. 2. Le directeur du laboratoire a droit, à charge des intéressés, pour ses déplacements et les opérations en dehors de l'analyse, aux honoraires que les tarifs en vigueur l'autorisent à percevoir.

Art. 3. Si les circonstances l'exigent, le directeur du laboratoire a, par exception, le droit de se faire assister dans ses opérations par un médecin, un vétérinaire ou un chimiste.

Les frais occasionnés de ce chef sont à charge des intéressés.

Art. 4. Le présent arrêté sera inséré au Mémorial.

1^{er} FÉVRIER 1897. — Arrêté concernant la franchise de port des correspondances officielles du laboratoire bactériologique.

Art. 1^{er}. Jouissent de la franchise de port dans les limites et conditions déterminées par l'arrêté r. g.-d. du 1^{er} octobre 1879, les correspondances officielles du directeur provisoire du laboratoire bactériologique avec

1^o le Gouvernement;

2^o les parquets de la Cour supérieure de justice et des tribunaux d'arrondissement;

3^o le commandant de la force publique;

4^o les commissaires de district;

5^o le Collège médical;

6^o les médecins de canton;

7^o les autres médecins du pays;

8^o les pharmaciens;

9^o le directeur de l'Ecole agricole;

10^o les experts-chimistes des denrées alimentaires;

11^o les commissaires de police;

12^o les bourgmestres;

13^o les échevins;

14^o les autres membres des conseils communaux;

15^o les établissements bactériologiques de l'étranger.

Art. 2. Le présent arrêté sera inséré au Mémorial.

10 AOÛT 1897. — Circulaire de M. le Directeur général des travaux publics relative aux envois destinés au laboratoire pratique de bactériologie.

Afin de venir efficacement en aide aux médecins qui ont recours aux services du laboratoire bactériologique, le laboratoire met à leur disposition les appareils et récipients nécessaires pour le prélèvement et l'envoi des matières à examiner.

Pour le diagnostic de la diphtérie il est délivré un tube en verre contenant un tampon de coton stérilisé fixé sur une hampe en fil de fer, le tout renfermé dans un étui en bois. Le médecin touchera à l'aide de ce tampon les fausses membranes, ou recueillera sur lui le mucus nasal et autres sécrétions suspectes: ensuite il le remettra avec le plus grand soin dans le tube, sans le contaminer par aucun contact étranger, et le retournera immédiatement au laboratoire.

Exceptionnellement il pourra être délivré aux médecins, sur demande écrite, des nécessaires complets pour le diagnostic de la diphtérie, contenant, outre les tampons pour les prélèvement, les instruments et milieux de culture pour l'ensemencement des matières suspectes. Ces nécessaires seront accompagnés d'une notice explicative sur l'usage de leur contenu.

Dans les cas urgents et en l'absence de tampons stérilisés, le médecin saisira avec une pince un petit carré de toile de 10 à 20 mm. de côté, le plongera dans un vase d'eau bouillante et le promènera, lorsqu'il se sera refroidi, sur les parties suspectes. Ces petits carrés de toile sont ensuite jetés dans un flacon ou dans un tube qu'on a stérilisé par quelques lavages préalables à l'eau bouillante.

MM. les médecins sont priés de faire toutes ces manipulations avant ou longtemps après toute médication antiseptique. Faute de prendre cette précaution, il arrive très souvent que des exsudats réellement diphtériques ne fournissent à la culture aucune colonie de bacille de Löffler, ou n'en fournissent que très tardivement, après 36 ou 48 heures. Pour éviter des erreurs de diagnostic de ce fait, le laboratoire pourra n'envoyer les résultats négatifs que 48 heures après le retour des tampons utilisés.

Pour l'envoi de pus, de crachats tuberculeux, ou d'autres substances infectieuses, le laboratoire tient à la disposition des personnes qui en font la demande, des flacons stérilisés pouvant être soigneusement et hermétiquement bouchés. Il faut éviter de placer ces produits pathogènes dans des verres, vases, tasses, bols ouverts ou recouverts seulement de papier; il est évident, dans ce cas, que les porteurs sont exposés à

la contagion et peuvent contaminer leur entourage. Pour les mêmes raisons, on doit proscrire pour des envois de cette nature des linges, mouchoirs, etc., à moins que ces objets ne soient enfermés dans des bocaux de verre exactement bouchés.

L'envoi de pus blénorrhagique se fera de la façon suivante : sur une lame de verre (porte-objet de microscope) soigneusement essuyée, on dépose une gouttelette de pus; à l'aide d'une aiguille on l'étale en couche très mince et on laisse sécher à l'air. Il est désirable de préparer ainsi au moins deux lames de verre.

Les pièces pathologiques devront être transmises à l'état frais et aussi vite que possible au laboratoire, surtout s'il s'agit d'y rechercher la présence de microorganismes. Si l'addition d'un liquide conservateur est jugée indispensable, il convient de se servir d'une solution concentrée de sublimé corrosif dans l'eau (1 : 16).

Quand aux urines à analyser, il suffira de les envoyer dans un flacon soigneusement rincé, d'une contenance d'au moins 150 ccm. A défaut d'autres indications, le laboratoire se bornera à rechercher dans les urines qui lui arriveront, l'albumine et le sucre et à faire l'examen microscopique du sédiment.

Pour les analyses d'eau, il est presque toujours nécessaire que le prélèvement des échantillons soit effectué par le personnel du laboratoire sur les lieux mêmes. Exceptionnellement le laboratoire remettra aux intéressés des tubes et flacons stérilisés, accompagnés d'une instruction spéciale; mais, dans ce cas, il ne pourra prendre aucune responsabilité du résultat de l'analyse.

Les médecins demandant dispense de la taxe pour une recherche scientifique ou pour une analyse d'indigent, devront en faire la déclaration au moment même du dépôt des matières à examiner. Faute de satisfaire à cette condition, les analyses sont soumises à la taxe.

En dernier lieu, il est encore rendu attentif aux dispositions de l'arrêté du 1^{er} février 1897, concernant la franchise de port des envois destinés au laboratoire bactériologique.

VIII.

Établissement de maternité.

4 FÉVRIER 1899. — Arrêté g.-d. portant modification de l'arrêté r. g.-d. du 14 septembre 1877, sur l'organisation de l'école d'accouchement et de l'établissement de maternité.

Art. 1^{er}. L'art. 7 de l'arrêté r. g.-d. du 14 septembre 1877 est abrogé et remplacé par la disposition qui suit:

L'enseignement est donné en allemand et il comprend: — des notions anatomiques avec démonstration sur des pièces anatomiques artificielles des organes de la génération et de la parturition; — des notions sur la digestion, la circulation et la respiration; — les phénomènes physiologiques de la grossesse et de l'accouchement, les suites de couches, la pathologie abrégée de ces divers états; — tout ce qui est relatif à l'enfant, aux accidents les plus fréquents qui compliquent l'accouchement, la conduite à tenir par la sage-femme dans ces circonstances; — le cathétérisme, les injections, les bains, l'application des ventouses, des sangsues; — l'hygiène, spécialement les notions sur l'antisepsie.

La durée des études est de six mois au moins.

Art. 2. Notre directeur général des travaux publics est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera inséré au Mémorial.

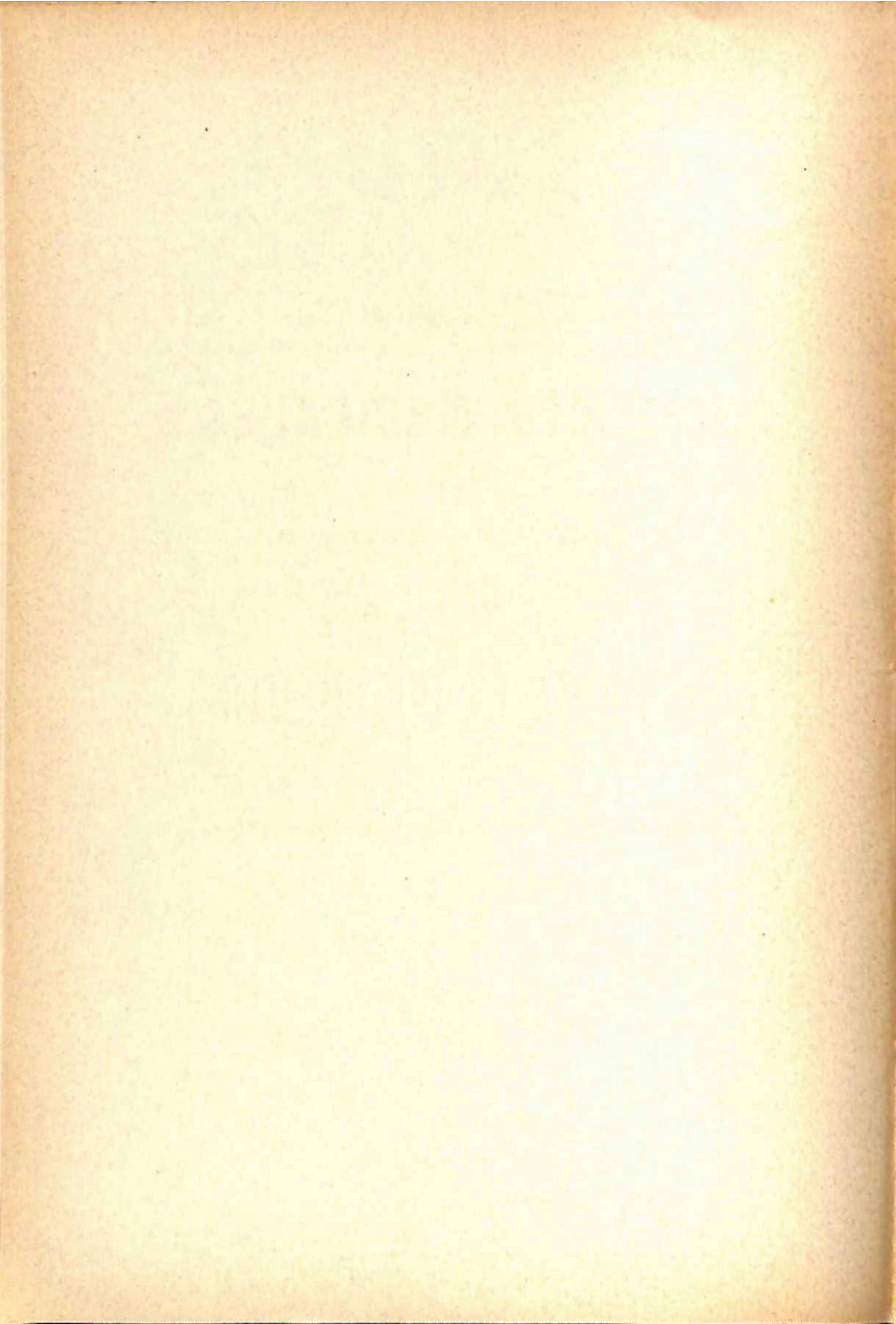


Supplément au Bulletin
DE LA
SOCIÉTÉ
DES
SCIENCES MÉDICALES
DU
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG.

—♦—
RAPPORTS ET DOCUMENTS

se rattachant à la
Question de la Constatation des Décès

recueillis par la
Commission nommée le 29 octobre 1898.



Extrait du compte-rendu de l'assemblée générale du 29 octobre 1898.

Présidence de M. le Dr KOCH, Président.

Art. 4 de l'ordre du jour : *Proposition d'intervenir auprès de nos autorités pour les prier de créer une loi décrétant l'inspection obligatoire des cadavres par un médecin dans le double but d'ordre moral et de statistique.*

M. Schumacher, de qui cette proposition émane, la soutient ainsi :

Nous n'avons jusqu'ici en fait de statistique que celle qu'a entreprise M. le Dr Fonck avec un zèle des plus louables. Malheureusement cette statistique est nécessairement incomplète, d'abord parce qu'elle ne comprend que la seule ville de Luxembourg et qu'ensuite là encore plusieurs praticiens, se croyant liés par le secret professionnel, refusent d'indiquer la cause de la mort sur des bulletins qui sont remis sous pli ouvert à l'administration communale. Mais si nous rendons obligatoire l'inspection des cadavres par des médecins rémunérés de ce chef, si ensuite nous entourons les certificats de décès ainsi obtenus des garanties de discréetion nécessaires, nous arriverons d'un coup à embrasser tout le pays dans une statistique de mortalité très complète et très exacte. On pourra avoir la confiance que notre corps médical remplira scrupuleusement cette obligation. Comme honoraires on pourrait p. ex. stipuler une taxe uniforme de 2.50 frs. par certificat et de 1.50 frs. par kilomètre de distance, à la condition d'appeler toujours le médecin le plus rapproché. Il serait indiqué de nommer, au sein de la Société, une commission qui aurait à

étudier la question dans tous ses détails et à élaborer un projet de loi et de règlement général.

A la discussion qui s'ensuivit ont pris part MM. Koch, Faber, Klees, Praum et Weber Jos. A la demande de M. le Président, l'assemblée adopte en principe la proposition de M. Schumacher ; puis elle décide que le Bureau, en s'adjoignant M. Schumacher, étudiera la question et prendra ensuite les mesures nécessaires.

Extrait du compte-rendu de l'assemblée générale du 28 janvier 1898.

Présidence de M. le Dr KLEIN, membre du bureau.

Art. 6 de l'ordre du jour : *Discussion du rapport sur l'inspection des cadavres.*

Le secrétaire dépose le rapport élaboré en exécution de la décision prise à l'assemblée générale du 29 octobre 1898.

Luxembourg, le 18 janvier 1899.

MESSIEURS,

En assemblée générale du 29 octobre 1898 vous nous avez chargés de vous faire rapport sur la question de l'inspection des cadavres et l'utilité qu'il y a d'en faire décréter l'obligation dans notre pays. Nous avons maintenant l'honneur de vous rendre compte de notre mission par le présent rapport qui résume le résultat des études et des recherches auxquelles nous nous sommes livrés.

L'inspection des cadavres par le personnel de l'art de guérir vise un triple but : premièrement un but essentiellement humanitaire : la constatation du décès, en vue de prévenir les inhumations prématurées; deuxièmement un but d'ordre civil : la vérification de l'identité du défunt, la constatation du moment précis du décès ainsi que de la nature de la mort, et troisièmement un but d'ordre social : la détermination des causes des décès au point de vue statistique.

Quant aux deux premiers points la situation semble déjà être réglée chez nous, théoriquement du moins, par les articles 77, 78 et 81 du Code civil qui prescrivent :

ART. 77. Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès, et que vingt-quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police.

ART. 78. L'acte de décès sera dressé par l'officier de l'état civil sur la déclaration de deux témoins. Ces témoins seront, s'il est possible, les deux plus proches parents ou voisins, ou, lorsqu'une personne sera décédée hors de son domicile, la personne chez laquelle elle est décédée, et un parent ou autre.

ART. 81. Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée.

Pratiquement l'article 77 n'a jamais eu chez nous d'exécution, en ce sens que l'officier de l'état civil ne se déplace pas pour voir la personne décédée; pourquoi du reste le ferait-il? tant qu'il n'est pas médecin, il n'est pas compétent pour trancher les questions qui peuvent se présenter. Or, parmi ces questions il y en a de bien difficiles, et la constatation de la mort p. ex. n'est pas chose aussi aisée qu'on serait tenté de le croire au premier abord. En effet, les signes de la mort ne sont pas toujours absolument certains, il y a des morts apparentes, c'est-à-dire des états pouvant simuler la mort réelle. Il est impossible de dire combien de temps ces états peuvent se prolonger, et on peut affirmer qu'il est possible de faire revenir à la vie des personnes que l'on croyait mortes définitivement.

Ensuite les symptômes donnant lieu au soupçon d'une mort violente, peuvent être peu nets et échapper à l'officier de l'état civil qui se rend auprès de la personne décédée, tandis que l'œil exercé du médecin les découvrirait bien plus facilement. L'état actuel des choses permet d'une façon inquiétante de cacher des cas de mort violente. En effet, l'officier de l'état

civil se borne à délivrer le permis d'inhumation sur la déclaration des témoins désignés à l'article 78 du Code civil, sans qu'il se donne la peine de contrôler si ces déclarations sont conformes à la réalité ou non. Souvent aussi il n'en a pas le temps. Supposez maintenant que des personnes dont on veut se débarrasser, comme des vieillards, des enfants martyrs, succombent à la suite de mauvais traitements, d'empoisonnement etc. : leur décès est annoncé à l'officier de l'état civil qui délivre le permis d'inhumer; longtemps plus tard, quand enfin les autorités auront été averties par la rumeur publique, des mesures tardives sont prises, on procède à l'exhumation et à l'autopsie et on ne trouve généralement plus rien. Les médecins légistes connaissent la fréquence relative de ces faits, ils savent aussi à quelles réserves est tenu le médecin traitant par l'obligation du secret médical qui lui interdit de dénoncer à la justice des cas que le médecin vérificateur des décès reconnaîtrait facilement et qu'il aurait l'obligation de porter à la connaissance des autorités. Déjà l'espoir de voir reculer des gens peu scrupuleux devant un crime par la crainte que leur méfait serait reconnu à l'inspection du cadavre devrait nous engager à faire promptement décréter cette mesure.

Ensuite, la constatation du moment précis du décès est d'une valeur incontestable pour certaines questions de droit civil, telle que la survie. Cette constatation ne pourra être faite d'une façon utile que par des hommes de l'art.

Eux seuls aussi seront à même de réaliser le troisième but énoncé ci-dessus : la détermination des causes de la mort. Cette détermination est d'un ordre hautement social : en effet, la statistique de la mortalité nous renseigne sur les conditions de la vie et ses oscillations, elle nous rend attentifs aux dangers résultant de mauvaises conditions hygiéniques, elle nous révèle des foyers de maladie qu'on n'aurait même pas soupçonnés et constitue un des premiers facteurs dans la lutte contre les épidémies. Voici comment s'exprime à son égard le Professeur Gärtner, d'Iéna (Penzold und Stintzing, Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten, Bd. I, p. 18):

„Soviel Geld, wie zu einer ordentlichen Totenschau erfor-

„derlich ist, muss vorhanden sein oder aufgebracht werden können. Der Staat hat selbst das grösste Interesse daran, zu wissen, woran seine Angehörigen sterben, damit er im Stande ist, wirksam den Hebel anzusetzen, um das vorzeitige Absterben der Bevölkerung zu verhindern In den meisten Bezirken werden genügend Aerzte vorhanden sein, um die Totenschau auszuführen, und da, wo sie fehlen, können „Laien, Heildiener etc., angelernt werden, wie das auch in „einigen Staaten Deutschland geschehen ist, um wenigstens in „befriedigender Weise und vorläufig die Totenschau auszuüben; kann man nicht das Beste erreichen, so muss man „mit dem Guten zufrieden sein.“

Heureusement notre pays compte un personnel médical à la hauteur de sa tâche et suffisamment nombreux pour qu'on n'ait pas besoin de recourir aux expédients que d'autres États moins favorisés ont dû adopter.

Une autre question cependant qui pourrait se présenter, c'est celle de savoir si la détermination des causes de la mort est compatible avec le secret médical. En Allemagne et en Autriche on fait peu de cas de ce secret et les déclarations de décès doivent porter les prénoms, nom, âge, qualités et domicile de la personne défunte, avec l'indication précise de la cause de la mort, et jusqu'ici on n'a pas encore entendu que cette mesure ait donné lieu à des abus. En France, on est plus scrupuleux à cet égard et on a créé des bulletins distincts pour le service de statistique des décès, ne portant pas de noms, mais seulement des numéros d'ordre. C'est sur ces bulletins seuls qu'est inscrite la cause de la mort. Nous sommes d'avis que si en général le secret médical est chose sacrée, il n'entre que pour une minime part dans la statistique des décès.

„Jamais, dans aucune famille, on n'a fait de difficulté pour dire qu'un de ses membres est mort de diphtérie, de fièvre typhoïde, de choléra, etc. Jamais aucune d'elles n'a reproché à un médecin d'avoir parlé de ces faits, de les avoir divulgués. Dans les relations des médecins avec les familles, „comme dans les rapports qu'ont entre eux deux amis, il y a donc des choses qui ne sont pas secrètes et que chacun

„peut dévoiler sans manquer aux règles de la discrétion la „plus scrupuleuse.“ (Brouardel, le Secret médical).

Il n'y a que la catégorie des maladies réputées honteuses et celles des affections supposées héréditaires qui puissent déterminer le médecin à ne pas les indiquer comme cause de décès. Mais nous sommes sûrs qu'en adoptant un système semblable à celui fonctionnant p. ex. à Paris, on ménagera toutes les susceptibilités, en assurant au médecin déclarant l'impossibilité de toute divulgation de sa déclaration.

Il s'agit maintenant de savoir comment il faut organiser chez nous le service de l'inspection des cadavres, qui il faut en charger et qui en supportera les frais.

Nous avons déjà constaté que nous possédons un personnel médical suffisant pour que nous n'ayons pas besoin de charger d'autres personnes de ce service; la question qui se présente c'est celle de savoir s'il faut créer des postes fixes d'inspecteurs des cadavres, ou laisser aux intéressés le choix du médecin constataleur. Cette question, au point de vue moral, n'a qu'une importance secondaire: nous n'avons pas le droit de suspecter *a priori* les déclarations d'un médecin, surtout s'il est averti des pénalités qu'entrainera une fausse déclaration de sa part. Les administrations communales ont le droit indiscutable de charger un praticien à leur choix des fonctions de médecin de l'état civil et dans ce cas nous estimons que la commune doit supporter tous ces frais minimes¹⁾, sauf au Gouvernement de les lui bonifier en tout ou en partie. Au contraire, si une famille désire que ce soit son médecin traitant qui délivre le certificat de décès, nous ne pouvons pas l'en empêcher, à condition que la dépense reste à sa charge, mais nous devons résERVER à la commune respectivement à l'État le droit de faire vérifier par des médecins à leur choix les certificats ainsi obtenus.

Voici le système tel que nous le concevons pour notre pays, sauf à le discuter tout-à-l'heure et à le soumettre à nos autorités légales.

¹⁾ Pour la ville de Luxembourg p. ex., ces dépenses n'atteindraient pas même mille francs par an.

Un projet de loi ainsi conçu sera présenté à la Chambre des députés :

ART. 1^{er}. L'autorisation prévue par l'art. 77 du Code civile ne pourra être donnée sans qu'au préalable la personne décédée ait été examinée par un médecin, lequel aura à délivrer le certificat de son examen dans la forme à déterminer par le Gouvernement.

ART. 2. Les infractions à la présente loi et aux arrêtés qui en régleront l'exécution seront punies

Sitôt cette loi adoptée, le Gouvernement édicterait les mesures suivantes :

Vu la loi du

ART. 1^{er}. Les visites médicales prévues à l'art. 1^{er} de cette loi devront se faire aussi vite que possible après le décès, soit par les soins de la famille, soit par ceux des autorités compétentes; le médecin qui en sera chargé devra procéder à un examen minutieux du corps de la personne décédée; il rédigera sur le champ un certificat conforme au modèle annexé au présent arrêté; la partie A de ce certificat sera remise à l'officier de l'état-civil, la partie B sera envoyée par les soins du médecin au médecin de canton.

ART. 2. Le médecin de canton réunira les certificats qu'il aura reçus en vertu de l'article précédent et les transmettra à la fin du mois au Collège médical.

ART. 3. L'officier de l'état-civil ne pourra délivrer le permis d'inhumer que sur le vu du certificat A visé à l'art. 1^{er} du présent arrêté; il a le droit de faire contrôler les indications de ce certificat par un autre médecin aux frais de la commune.

ART. 4. Le médecin qui procède à l'examen d'un cadavre en vertu des dispositions qui précèdent a droit, à charge de la commune, s'il est délégué par les autorités communales, ou des intéressés dans tous les autres cas:

1^o pour la visite, l'examen et le certificat à frs. 2.50,

2^o pour frais de route à fr. 1.50 par kilomètre de distance au-delà de 2 kilomètres.

ART. 5. Le médecin-vérificateur des décès s'enquerra, lors de l'inspection de chaque cadavre, des conditions hygiéniques qui existent dans la famille et la demeure de la personne décédée, et il rédigera ses observations sur le formulaire B. Dans les cas de mort par maladie contagieuse, il sera tenu d'en avertir immédiatement le médecin de canton par lettre spéciale.¹⁾

ART. 6. Pénalités.

Pour le bureau de la Société des sciences médicales,

D^r P. KOCH, Président.

D^r A. PRAUM, Secrétaire.

¹⁾ Ce serait une mesure qui mettrait nécessairement le médecin de canton au courant de toutes les épidémies régnantes; nous savons malheureusement que ce n'est pas toujours le cas.

ANNEXE.

GRAND-DUCHÉ
de
LUXEMBOURG.

M^e

Certificat de décès.

A

le _____
Nom de la personne décédée _____
Prénoms de la personne décédée _____
Profession _____
Domicile _____
Age _____
Nature de la mort (naturelle, accident, crime, suicide).
Moment précis du décès _____

(Signature du médecin.)

Le présent certificat sera délivré à l'officier de l'état-civil.

GRAND-DUCHÉ
de
LUXEMBOURG.

M^e

Service de statistique des décès.

B

Sexe de la personne décédée _____
Age _____
Marié _____
Profession (indication générale) _____
Commune de _____ Canton de _____
Cause de la mort _____

A _____ le _____

Le médecin-vérificateur du décès,

Observations : _____

Le présent certificat sera transmis par les soins du médecin-vérificateur au médecin de canton.

A l'encontre de ce rapport M. *Ad. Buffet* a envoyé les observations suivantes :

- 1) que la rémunération de 2,50 fixée pour une visite de cadavre faite avec soin serait trop minime et qu'il faudrait allouer à cet effet au moins 3,75 frs.;
- 2) que les frais de route hors la localité dans laquelle réside le médecin seraient à fixer à 1,50 frs. par kilomètre de distance.

M. *Lucien Buffet* expose qu'à son avis l'inspection des cadavres constituera une charge très sensible pour les communes peu aisées, surtout dans l'Oesling, où il y a des localités distantes de quinze kilomètres du médecin le plus rapproché.

M. *Schumacher* répond que cette charge ne se fera pas trop sentir, si on répartissait les frais pour un tiers aux intéressés, pour un autre tiers à l'État, et pour le restant à la commune.

M. *Drüssel*. J'ai l'occasion de constater que l'inspection des cadavres et la déclaration de la cause de la mort se pratiquent couramment en Prusse sans donner lieu à des ennuis, ni de la part du médecin inspecteur, le *Kreisphysikus*, ni de la part des intéressés. Toutefois cette inspection n'est que facultative en tant qu'elle est exigée seulement pour des cas suspects et les cas où l'on désire procéder à l'enterrement avant qu'un délai de 72 heures se soit écoulé après le décès, ce qui arrive souvent.

M. *Baldauff*. M. le docteur Buffet a dit que le projet en discussion ne serait pas accepté à cause des frais qu'il occasionnerait aux communes; à mon avis, la taxe prévue pour le médecin constataleur est trop peu élevée. Pour être efficace, la visite du médecin devra se faire sur le cadavre nu, c'est-à-dire, immédiatement après la mort. Le médecin qui viendrait plus tard se trouverait devant un cadavre habillé, placé sur un lit de parade; il n'en verrait que la figure et les mains et n'irait pas se mettre à le déshabiller pour se livrer à un examen approfondi. Comme la plupart des décès arrivent pendant la nuit ou vers le matin, il s'agirait très souvent de visites et de voyages de nuit. Il faudrait donc un tarif au

moins double pour le service de nuit. Pour cette raison aussi, je crois que par le projet en question, les médecins vont se créer une besogne dont ils seront les premiers à se lasser ; car dans la pratique le zèle scientifique se refroidit facilement quand les résultats obtenus ne sont pas en rapport avec la peine qu'on s'est donnée. On peut admettre hardiment que le médecin fera un millier de constatations avant de découvrir un cas de mort apparente ou un crime non soupçonné auparavant. On en arrivera donc forcément à considérer cette constatation comme une pure formalité plus ou moins désagréable dont on s'acquittera au plus vite par une inspection superficielle. Nous savons tous que l'inspection du cadavre n'a presque pas de valeur pour la détermination de la maladie ayant causé la mort et une statistique sérieuse ne pourra pas tenir grand compte de la cause de la mort établie d'après les indications fournies par l'entourage dans les cas de mort sans l'assistance d'un médecin ; mieux vaut donc, à mon avis, d'y renoncer, si l'on considère que c'est là *l'unique résultat* que nous pourrons attendre de la constatation telle qu'elle nous est proposée : beaucoup de frais, beaucoup de peines pour presque rien !

Je proposerais d'établir un service de statistique sans frais pour les communes en faisant demander au médecin traitant un certificat (fourni par l'Etat) analogue au formulaire B. qui lui serait présenté avec une enveloppe avec l'adresse nécessaire et qu'il mettrait lui-même à la poste, avec franchise de port.

J'ose espérer que tous nos confrères après y être invités par une circulaire s'y conformeront volontiers. Rien ne les empêcherait de demander un mark pour cette peine à la famille qui lui demandera ce certificat.

MM. *Klein et Weber* remarquent que l'inspection obligatoire des cadavres existe dans un grand nombre de pays, qu'elle fonctionne à la satisfaction de tout le monde et que sous tous les points de vue elle donne des résultats excellents.

M. *Praum* présente un règlement sur l'inspection des cadavres en Autriche. (V. Annexes).

Finalement, l'assemblée décide de continuer la discussion à la prochaine assemblée générale.

Extrait du compte-rendu de l'assemblée générale
du 22 avril 1899 à Luxembourg.

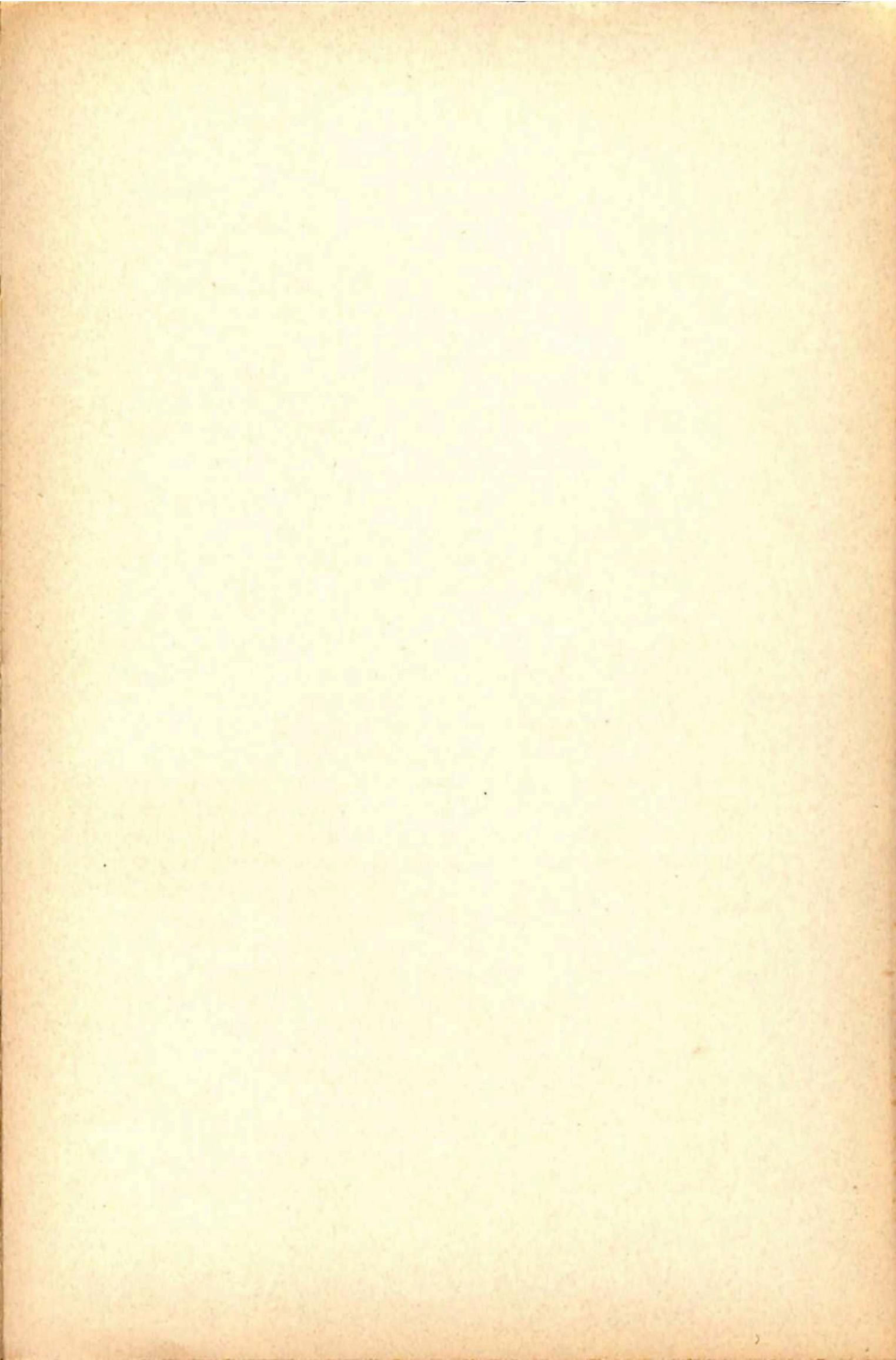
Présidence de M. le docteur WEBER, membre du bureau.

Art. 5 de l'ordre du jour: *Discussion du rapport sur l'inspection des cadavres.*

D^r Weber. Messieurs, Je crois devoir vous rendre attentifs qu'en Belgique le service de l'inspection des cadavres fonctionne dans un grand nombre de villes et je m'empresse de vous donner lecture du règlement sur la matière en vigueur à Bruxelles. (Voir annexes: Belgique).

D^r Praum. Je désire attirer l'attention de l'assemblée sur un article qui vient de paraître dans les Annales d'hygiène publique et de médecine légale. (Rédacteur en chef M. le Professeur Brouardel). Vu son étendue, je dois me dispenser de vous donner lecture de cette publication, intéressante à plus d'un point de vue. En effet, l'auteur nous expose le fonctionnement du service des décès dans les principales villes de France; il nous présente les formulaires adoptés pour ce dernier; il en fait ressortir surtout l'utilité au point de vue statistique et médico-légal. Si l'assemblée nous y autorise nous demanderons la permission de l'auteur pour faire un tirage spécial de cette publication. A cette occasion, je vous proposerais de faire imprimer encore d'autres documents sur la matière et de les réunir en une brochure qui sera distribuée à tous les membres avant notre prochaine réunion. Sur l'ordre du jour de cette assemblée figurera de nouveau l'inspection des cadavres et nous pourrons alors peut-être donner une solution à cette question.

La proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.



ANNEXES.

La constatation des décès dans les autres pays.

A. — France.

(L'article qui suit constitue une publication de M. le Dr F. DUFOUR, médecin-expert près le parquet de Marseille, parue dans les Annales d'hygiène publique et de médecine légale, février 1899).

La législation qui régit actuellement la constatation des décès en France présente des défectuosités graves qui ont été signalées à diverses reprises, mais en vain, par des jurisconsultes et des médecins éminents.

I. Constatation des décès au point de vue des inhumations prématurées. — Notre Code civil autorise la délivrance du permis d'inhumer, sans qu'il y ait eu préalablement une visite médicale: aucune objection ne saurait être adressée à cette disposition légale, si l'on possérait un signe constant, universellement admis, de la cessation des phénomènes vitaux; mais, comme le dit très bien le professeur Brouardel (¹), „nous n'avons pas un signe ou un ensemble de signes suffisant pour préciser dans tous les cas, avec une certitude scientifique, le moment de la mort“.

Les signes mêmes qui servent ordinairement à certifier la réalité du décès, tels que le refroidissement, la rigidité cadavériques, peuvent manquer quelquefois.

(¹) Brouardel, *La mort et la mort subite*, p. 14, Paris, 1895.

L'article 77 de notre Code civil confie au maire ou à l'un de ses adjoints la vérification des décès qui leur sont déclarés, et, dans l'immense majorité des cas, cette vérification n'est jamais pratiquée.

Ceci explique que des médecins légistes, tels qu'Orfila, Fodéré, aient facilement admis la possibilité des inhumations prématuées. N'est-ce pas aussi cette insuffisance des mesures légales relatives à la constatation des décès, qui a amené, chez un grand nombre, la hantise d'être enterrés vivants, et qui a été la vraie cause de l'édification du four crématoire?

N'a-t-on pas vu des esprits puissants, comme Michelet, être affligés de cette crainte et inscrire dans leur testament l'obligation de faire autopsier leur corps avant l'inhumation⁽¹⁾!

Dans quelques grands centres, l'initiative municipale a comblé ces lacunes légales par la création de médecins de l'état civil, chargés de vérifier tous les décès sans exception. Il nous a paru intéressant de rechercher, parmi les villes de France les plus importantes par leur population, quelles sont celles où ce service fonctionne et quels sont les résultats obtenus.

Avant d'exposer les résultats de cette enquête, nous passerons rapidement en revue les obligations légales relatives à la constatation des décès, édictées à l'étranger et en France avant la promulgation de notre Code civil.

Disons tout d'abord que dans les civilisations anciennes on attendait l'apparition de la putréfaction pour inhumer les corps. En Grèce, comme à Rome, le délai était de cinq à six jours. L'hygiène et la santé publique s'en ressentaient peut-être, mais, en somme, les inhumations prématuées devaient être fort rares. Au moyen âge, nous ne possédons sur ce sujet aucun renseignement; l'intensité des croyances religieuses diminuait à cette époque le prix que l'on attachait à la vie: il faut arriver en 1543, d'après Bruhier, pour trouver à Genève, à l'état d'ébauche, un service de vérification des décès.

Sivray cite aussi d'anciens édits des règnes de Louis XIII

⁽¹⁾ Michelet, dans son testament, demande à son ami le professeur Ch. Robin de pratiquer son autopsie, afin de s'assurer ainsi que la vie est bien complètement éteinte.

et Louis XIV, prescrivant la visite d'un médecin en cas de mort subite.

Il fallut l'apparition du Mémoire de Winslow, en 1742, pour attirer l'attention sur cette question si importante. Winslow, ainsi que nous l'avons mentionné plus haut, prétendait avoir été mis deux fois en bière, et il avait relaté d'une façon saisissante, dans son Mémoire, les angoisses qu'il avait éprouvées.

En 1766, l'empereur d'Autriche Joseph II réglementa la constatation des décès.

Le grand-duc de Toscane suivit son exemple en 1775; en France, ce n'est qu'en septembre 1792 qu'une loi vient régler la vérification des décès.

Cette loi dit que l'officier d'état civil ne peut délivrer l'autorisation d'inhumer, „qu'après s'être transporté auprès de la personne pour s'assurer de la mort“.

Cette loi n'a pas été modifiée par l'art. 77 du Code civil, comme on va le voir.

Article 77 du Code civil: „Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer, qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès, et que vingt-quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police“.

Il semble extraordinaire que les jurisconsultes aient délégué, pour la vérification des décès, un officier de l'état civil ne possédant aucune compétence spéciale. Ils avaient cependant songé à introduire dans cet article une disposition comportant une visite médicale obligatoire. Lors de son adoption par le Conseil d'État, Fourcroy proposa l'adjonction suivante: „Que l'officier de l'état civil, pour constater le décès, fût assisté d'un officier de santé“.

Mais Boulay répondit que la chose n'était pas possible; qu'il n'y avait pas partout des officiers de santé; „que d'ailleurs, ces précautions sont du ressort de la police.“⁽¹⁾

(1) Le 29 prairial, an XI le Ministre de l'Intérieur (Chaptal) présenta au Conseil d'État un avant-projet de décret sur les sépultures, dont l'art. 4 était ainsi conçu:

„Dans tous les lieux où ces précautions pourront être mises en usage, des officiers de santé seront commis par les autorités locales, pour, conjointement avec les officiers de l'état civil, faire la visite des personnes

L'objection de Boulay était juste. Au commencement de ce siècle, la France ne possédait que très peu de voies de communication, et, de plus, les médecins étaient fort peu nombreux, s'ils le sont trop aujourd'hui. Il eût été, à cette époque, matériellement impossible de faire vérifier la plupart des décès par un médecin, et c'est ce qui explique le rejet de la proposition de Fourcroy; mais Boulay, en disant que ces précautions étaient du ressort de la police, laissait entrevoir clairement qu'il appartenait aux maires, chefs de la police municipale, de prendre telles mesures qu'ils croiraient nécessaires pour assurer un service de vérification par des médecins.

Et de fait, c'est ce qui s'est produit dans un certain nombre de villes, surtout après la circulaire du 24 décembre 1866 adressée par le Ministre de l'intérieur aux Préfets, et recommandant aux maires de ne délivrer le permis d'inhumer „qu'après avoir fait vérifier le décès par un docteur en médecine ou un officier de santé assermentés“.

Cette circulaire fut le point de départ de la création, dans quelques grands centres, d'un service de médecins dits de l'état civil, nommés par le maire et appointés par la municipalité. Toutefois, son application resta nulle dans les campagnes, et bien des villes, et non des moins importantes n'en tinrent aucun compte, soit par incurie, soit pour ne pas grever leurs budgets de sommes vraiment insignifiantes.

A. VILLES POSSÉDANT UN SERVICE DE VÉRIFICATION DES DÉCÈS PAR DES MÉDECINS DE L'ÉTAT CIVIL. — 1^o Paris. — Paris est la première en date des villes de France qui ait organisé un service de vérification des décès. Un arrêté du Préfet de la Seine, en date du 21 vendémiaire de l'an IX, ordonne de faire visiter les personnes décédées par un officier de santé; un

„décédées et constater la réalité et le genre de la mort. Les corps ne „pourront être ensevelis qu'après leur visite; et ils ne seront inhumés „que vingt quatre heures après la mort, excepté dans les cas où les „préposés à leurs visites, ou les médecins et chirurgiens qui auront suivis „les maladies en décideraient autrement; à l'effet de quoi les autorités „locales veilleront à l'exécution des dispositions prescrites par l'art. 77 „de la loi du 20 ventôse an XI (Pandectes belges Tome 19 p. 406).“

Mais dans le projet définitif, cet article fut abandonnée. (N. d. l. C.

autre arrêté du 2 juin 1806 prescrit de ne prendre ces médecins que parmi ceux du bureau de bienfaisance.

Un comité de médecins inspecteurs fut institué par arrêté du 15 avril 1839.

Enfin, un arrêté du 6 février 1882 a déterminé définitivement le mode de nomination des médecins de l'état civil, qui sont choisis par le Préfet sur la présentation, par le conseil municipal, de quatre candidats, dont deux médecins du bureau de bienfaisance et deux médecins inspecteurs des écoles.

Chaque arrondissement est divisé en circonscriptions, dont le nombre varie avec l'importance de la population. Ainsi le II^e n'en compte que deux, tandis que le IX^e et le XVIII^e en comprennent huit.

Il y a en tout quatre-vingt-sept médecins de l'état civil. En outre, il existe six médecins inspecteurs, chargés de contrôler les opérations de leurs confrères.

Les médecins de l'état civil reçoivent comme honoraires 3 francs par constatation, ce qui leur produit au minimum 1800 francs et au maximum 4000 francs par an.

Les médecins inspecteurs ont un traitement fixe de 4500 francs.

2^o *Bordeaux*. — Cette ville possède un service de médecins de l'état civil très bien organisé. Depuis 1896, ces médecins cumulent leurs fonctions avec celles de médecins de la police.

3^o *Toulouse*. — Il existe à Toulouse un service de vérification des décès assuré par cinq médecins, qui sont, en même temps, chargés du service médical des mœurs et jouissent d'un traitement annuel de 3600 francs.

4^o *Lille*. — Cette ville est dotée comme les villes précédentes d'un service de vérification des décès.

5^o *Nancy*. — A Nancy, huit médecins cumulent les fonctions de médecins de l'état civil avec celles de médecins du bureau de bienfaisance. Leur traitement varie de 1200 à 1800 francs.

6^o *Le Havre*. — Le service de vérification des décès est assuré par trois médecins titulaires et trois adjoints.

7^o *Montpellier*. — Comme au Havre, le service de vérification comprend trois médecins qui sont en même temps

chargés du service des mœurs et de l'inspection des écoles.

8^e *Limoges*. — Cette ville possède également un service médical d'état civil, comprenant trois médecins.

9^e *Dijon*. — Il existe à Dijon un service de vérification de décès dont l'organisation est assez curieuse. Voici, en effet, ce que dit l'article 38 du règlement du service municipal de santé de Dijon: „Tout docteur ou médecin français établi à Dijon, qui aura accepté de constater les naissances et de vérifier les décès survenus sur tout le territoire de la commune, et qui aura, en conséquence, apposé sa signature sur un registre ouvert chaque année, au secrétariat de la mairie, du 15 au 30 novembre, prendra le titre de médecin de l'état civil et en exercera les fonctions“; et plus loin, article 43: „La famille intéressée aura toujours le droit de choisir, sur la liste des médecins de l'état civil, celui de ces praticiens à qui elle désirera confier le soin de la constatation de la naissance ou du décès.“

10^e *Tours* n'a qu'un seul médecin de l'état civil.

11^e *Nice*. — A Nice deux docteurs sont chargés de la constatation des décès.

12^e *Besançon* possède un service de vérification assuré par deux médecins.

13^e *Amiens*. — Cette ville est à signaler pour l'organisation très complète de son service de constatation des décès. Huit médecins sont affectés à ce service, et sont également chargés du bureau de bienfaisance. Leur traitement est 1100 francs par an.

14^e *Aix-en-Provence*, qui ne compte que 28000 habitants, est pourvue d'un service de vérification assuré par deux médecins.

B. VILLES NE POSSÉDANT PAS DE SERVICE DE VÉRIFICATION DES DÉCÈS ET OÙ LE CERTIFICAT DU MÉDECIN TRAITANT EST ACCEPTÉ PAR L'ÉTAT CIVIL. — Lyon, Marseille, Nantes, Rennes, Brest, Nîmes, Toulon, Saint-Étienne, Rouen, Grenoble, Angers, Saint-Brieuc.

Comme on vient de le voir par cette nomenclature, la plus grande inégalité règne parmi les villes de France relativement aux mesures prises pour compléter l'article 77 du Code civil et assurer la vérification régulière de tous les décès. Tandis qu'à Lyon, à Marseille, à Nantes, etc., l'état civil se

contente d'un simple certificat du médecin traitant pour délivrer le permis d'inhumer, dans des villes de second et troisième ordre, eu égard à leur population, comme Limoges, Amiens, Aix-en-Provence, ce permis n'est délivré qu'après la visite du médecin de l'état civil. D'où provient cette inégalité? On ne peut dire qu'il s'agit pour toutes ces villes d'une question d'économie; les budget des grandes cités, comme Lyon et Marseille, sont à même de supporter une dépense annuelle de quelques milliers de francs, sans que les autres services en souffrent. Ce n'est pas là, en effet, la raison de cette différence d'organisation; on doit plutôt invoquer la routine, le manque d'initiative des municipalités qui semblent dédaigner consacrer leur attention et leur sollicitude à une question aussi grave et aussi importante que celle-ci.

Sans doute, la création de médecins de l'état civil n'élimine pas complètement le danger des inhumations prématurées, puisque nous n'avons pas, nous le répétons, de signe absolument constant et fixe de la mort; mais elle le diminue beaucoup, car le certificat de décès est basé ici sur une visite réelle; il n'est pas rédigé d'emblée dans son cabinet par le médecin traitant, comme cela a lieu le plus souvent.

Le fonctionnement du service médical de l'état civil est à peu près uniforme dans les villes qui en sont dotées. A Nancy, nous écrit M. le professeur Demange, le médecin traitant remet à la famille un bulletin de décès avec le diagnostic de la maladie; lorsque le médecin vérificateur arrive, il prend connaissance du bulletin de son confrère et délivre un permis d'inhumer qui est remis à l'état civil. Le certificat du médecin traitant est destiné à la statistique du bureau d'hygiène, lequel ne doit le communiquer à personne sous aucun prétexte. Le secret professionnel est ainsi sauvegardé.

A Amiens, dès que le bureau de l'état civil est prévenu d'un décès, l'employé consigne sur le côté *droit* du bulletin que ci-contre (p. 22) tous les renseignements possibles concernant le défunt et nécessaires à la rédaction de l'acte de décès; puis, ces bulletins ainsi remplis sont transmis deux fois par jour, à onze heures du matin et à cinq heures du soir, aux médecins chargés de la constatation. Le médecin ainsi averti doit remplir

VILLE D'AMIENS. -- BUREAU D'HYGIÈNE.

SERVICE DE LA CONSTATATION DES DÉCÈS.

Sexe

Age

Marié ou célibataire

Nombre d'enfants

Situation de fortune

R. A. P. I.

Profession

Lieu de naissance

Domicile

État du logement

Logement pourvu de fosses d'aisances

non pourvu de fosses d'aisances.

Il est fait usage de l'eau d'un puits ou de l'eau du service municipal.

Date et heure du décès

Maladie ayant occasionné la mort

Conditions dans lesquelles la maladie s'est développée et observations particulières

Précautions pour l'inhumation

Soins donnés par M

Médicaments fournis par M

Amiens, le

Le Médecin de la circonscription,

Modèle N° 8.

Déclaration du
VILLE D'AMIENS. — ÉTAT CIVIL.

Constatation des décès.

N° du Registre.

Le soussigné médecin
de la circonscription du Bureau d'hygiène, certifie s'être transporté
n°

où il a constaté le décès de :

âgé de |
né à |
nationalité |
profession |
célibataire |

veu de { |

divorcé de { |

épou de { |

fil de { |

décédé le 189 , à heure du

Témoin :

1^o |

2^o |

Amiens, le 189 , à heure du

VILLE DU HAVRE.

Bureau d'hygiène. Certificat de constatation de Décès.

OBJET :
ÉTAT CIVIL.

Canton.

Je soussigné, Docteur en Médecine, délégué par l'Officier de l'État Civil, certifie avoir procédé ce jour, le du mois d à heure du à la visite du corps de⁽¹⁾

- 1) Indiquer les nom et prénoms.
- 2) Dans le cas où il n'y a pas de certificat du Médecin traitant, indiquer la cause du décès.
- 3) Peut ou ne peut pas.

âgé de exerçant la profession de décédé le du mois d à heure du demeurant

Je déclare que le décès est constant⁽²⁾

M. le Docteur a été appelé à donner ses soins à la personne décédée, ainsi que le constate le certificat ci-joint.

Le permis d'inhumation⁽³⁾ être délivré.

Havre, le 189

Le Médecin de l'État Civil,

Rapport annexe pour le Bureau d'Hygiène.

OBSERVATIONS

à faire par le Médecin délégué.

1° Relativement aux corps lui-même :

- a) Inhumation rapide
- b) Lavage du corps par les soins du Bureau d'Hygiène
- c) Les vêtements doivent-ils passer à l'étuve

2° Relativement au logement :

- a) Doit-il être désinfecté
- b) Y a-t-il lieu de faire intervenir la Commission des logements insalubres
- c) La maison tout entière est-elle mal tenue

3° S'il y a d'autres observations, les faire dans un rapport spécial.

Havre, le 189

Le Médecin de l'État Civil,

sa mission dans un délai déterminé. Il laisse à la maison mortuaire, après l'avoir rempli et cacheté du côté *gauche*, le bulletin de constatation, et deux déclarants, qui doivent être parents ou voisins, conformément à la loi, reviennent à la mairie où ils remettent au bureau d'hygiène la partie cachetée. Le directeur du bureau examine quelles sont les précautions à prendre pour l'inhumation s'il y a lieu, et renvoie les comparants au bureau de l'état civil, avec la partie non cachetée du bulletin qu'il détache. C'est alors seulement que l'acte de décès peut être dressé et signé, et que la mairie délivre le permis d'inhumer.

Ce système permet d'avoir dans les villes des statistiques relativement exactes des maladies qui ont déterminé les décès.

Très souvent, en effet, lorsqu'il s'agit de tuberculose, de cancer, les familles demandent au médecin traitant de ne pas mettre le vrai diagnostic sur le certificat de décès, lequel passe en plusieurs mains et vis-à-vis duquel le secret professionnel est plus ou moins observé. Dans les villes où fonctionne un service de médecins d'état civil, cet inconvénient n'existe pas ; le diagnostic du médecin traitant est en effet, comme on vient de le voir, remis directement avec le bulletin du médecin de l'état civil au bureau d'hygiène, d'où il ne sort plus, et dont les employés sont tenus au secret professionnel.

Nous signalons aussi, comme plus simple et moins compliqué que celui de la ville d'Amiens, le bulletin de constatation de décès employé au Havre.

La partie droite de ce bulletin, dont nous donnons une reproduction, a trait aux observations que peut faire le médecin de l'état civil sur la nécessité de faire inhumer rapidement le corps, de désinfecter les locaux, etc. Il serait à souhaiter que toutes les villes importantes aient autant de souci que la ville du Havre pour tout ce qui intéresse l'hygiène et la santé publique, si nous en jugeons par le questionnaire de ce bulletin.

II. Constatation des décès suspects ou criminels. — Nous venons de voir l'utilité incontestable, comme moyen préventif des inhumations prématurées, de la création dans les villes d'un service de vérification des décès. Sans être comparable,

comme garanties, aux obitoires ou maisons mortuaires créées en Allemagne, et où l'on observe les cadavres pendant un certain laps de temps, afin de bien s'assurer de la réalité de la mort, il n'en est pas moins vrai que ce service écarte, dans une large mesure, le danger de ces inhumations; à ce titre seul, sa généralisation doit être encouragée.

Mais au point de vue de la découverte des décès suspects ou criminels, il devient un précieux auxiliaire pour la justice.

A. CONSTATATION DES DÉCÈS DANS LES VILLES. — Examions ce qui se passe dans une ville où il n'existe pas de médecins de l'état civil, à Marseille par exemple.

Très souvent, dans les quartiers ouvriers principalement, le médecin ne visite un malade qu'une fois ou deux ; on vient un jour lui demander un billet de décès, et il le délivre de son cabinet, à tout hasard, ne se souvenant pas la plupart du temps du diagnostic de la maladie et surtout n'allant jamais s'assurer de la réalité de la mort. Nous nous rappelons avoir été requis pour examiner le cadavre d'un enfant de vingt mois, qui était mort sûrement des suites de privations et de manque de soins. Un confrère de ce quartier pauvre avait, pour la modique somme de 2 francs, délivré un certificat de décès avec un diagnostic banal, sans avoir préalablement soigné cet enfant ni visité le corps.

On ne saurait trop s'élever contre cette manière d'agir ; le médecin peut ainsi se rendre le complice involontaire d'un crime, avec toutes ses conséquences. De même, s'il fait un examen du corps par trop superficiel, surtout dans le cas d'un décès subit, et s'il délivre un certificat attestant la mort naturelle, alors qu'il s'agit d'une mort criminelle, il s'expose à de graves désagréments, en dehors du reproche d'ignorance et d'impéritie qui lui sera toujours adressé.

Il y a quelques années, à Saint-Brieuc, nous écrit le Dr Paul Aubry, on jugeait un douanier du nom de Dauga, accusé d'avoir tué un de ses enfants. Dauga était regardé par ses chefs comme un excellent serviteur et jouissait d'une bonne réputation. Le Dr X..., qui vint constater la mort de cet enfant, ne soupçonna nullement un crime et rédigea le certificat de décès avec un diagnostic quelconque.

A la Cour d'assises, après les aveux de l'inculpé, le président blâma

sévèrement notre confrère, pour avoir pratiqué un examen aussi sommaire et aussi insuffisant.

M. le professeur Castiaux (de Lille) nous communique aussi le fait suivant :

Un banquier de cette ville, ayant fait de mauvaises affaires, s'était pendu. Le cadavre avait été habillé comme d'habitude et le médecin chargé de la constatation du décès avait conclu à une cause banale. Plus tard, des doutes étant survenus, on dut procéder à l'exhumation et on constata les traces de la pendaison que la famille avait habilement dissimulées et qui avaient échappé à l'examen par trop superficiel du médecin.

Voici un fait qui s'est passé à Marseille il y a quelques années :

Un pharmacien de la rue de Rome est assassiné en plein midi dans son officine; deux médecins du voisinage sont d'abord appelés et constatent seulement l'existence d'une large plaie du cuir chevelu. Ils l'attribuent à un accident et l'expliquent en disant, qu'étant monté sur une échelle pour prendre un bocal, le pharmacien a dû se laisser choir et a heurté, dans sa chute, le comptoir de marbre, en se faisant une plaie à la tête avec fracture probable du crâne. Or, en déshabillant le corps, on découvrit une large plaie par instrument tranchant de la région thoracique postérieure gauche, et l'autopsie révéla que l'arme avait perforé le poumon, déterminant une hémorragie mortelle.

Les deux observations suivantes, qui nous sont personnelles, sont encore plus caractéristiques.

OBS. I. — *Homicide par strangulation diagnostiquée d'abord congestion cérébrale due au froid.* — Le 4 janvier 1895, une dame Van M..., âgée de cinquante ans, vivant seule, est trouvée morte dans l'escalier intérieur de son appartement, rue Lacépède, 16, à Marseille. Les voisins appellent immédiatement un médecin du quartier, qui constate la réalité de la mort et ne pousse pas plus loin ses investigations. Se basant sur l'aspect vultueux et cyanosé de la face, il conclut(!) à une congestion cérébrale occasionnée par le froid. Certains indices ayant attiré l'attention de la justice, nous sommes requis pour examiner le cadavre. Le visage est en effet très congestionné; il existe des ecchymoses sous-conjonctivales, du piqueté hémorragique des joues. Les lèvres sont violacées et la langue pend entre les arcades dentaires. Le corps est recouvert de ses vêtements; un boa en plumes est soigneusement enroulé autour du cou. Nous l'enlevons et nous constatons des érosions et ecchymoses suspectes sur les régions latérales du cou. L'autopsie révéla des fractures de la grande corne gauche de l'os hyoïde et des deux cornes supérieures du cartilage thyroïde et des extravasations sanguines très étendues dans les muscles sus et sous-hyoïdiens, etc. Cette femme avait été strangulée et le vol était le mobile du crime.

OBS. II. — *Brûlures étendues des deux fesses et du périnée suivies de mort et dues à un traitement empirique. Premières constatations médicales concluant à un décès naturel.* — Le 2 novembre 1895, nous sommes requis pour examiner le cadavre de la nommée Joséphine D..., âgée de cinquante-deux ans, demeurant rue Bernard-du-Bois, 56, à Marseille.

D'après les renseignements fournis par la famille, la défunte souffrait de douleurs à la matrice, et avait été examinée par un médecin du quartier, lequel n'avait rien diagnostiqué de grave. Le traitement prescrit n'amenant pas d'amélioration, une empirique est consultée et la soigne à son tour, mais en vain, car la nommée D... meurt rapidement. Le médecin appelé en premier lieu délivre un billet de décès avec un diagnostic banal et sans avoir examiné sérieusement le corps, qui lui est présenté tout habillé.

Une dénonciation anonyme au parquet amène notre intervention.

Le cadavre, lors de notre examen, est étendu sur un lit, entièrement revêtu de ses habits. Rien d'anormal sur la face, le cou, le thorax, l'abdomen.

En explorant la région dorso-lombaire, nous apercevons les deux fesses noires, carbonisées ; tout le périnée a la même teinte et il s'agit, à n'en pas douter, de brûlures des 2^e et 3^e degrés.

Les personnes présentes paraissent comme terrifiées de notre découverte et répondent de la façon suivante à nos interrogations.

L'empirique avait prescrit à la défunte des fumigations ; on avait pris pour cela une chaise dont la paille avait été enlevée et la malade avait été assise dessus, ayant entre les jambes un réchaud rempli de charbons sur lesquels on avait jeté des aromates. Que s'était-il passé ensuite ? Le feu s'était-il communiqué aux robes, ou bien la chaleur de rayonnement avait-elle produit ces brûlures étendues ? Toujours est-il que cette femme mourait le surlendemain. L'autopsie révéla des congestions pulmonaires et viscérales qui avaient sûrement entraîné la mort. L'utérus n'offrait pas de lésions sérieuses.

Le médecin traitant, dans les villes où il n'existe pas de service de vérification, est facilement trompé par les parents, lorsqu'il s'agit d'un suicide ou d'un décès criminel. Il ne se méfie pas et n'ose se livrer à un examen minutieux du corps, qui paraîtrait déplacé et offensant pour la famille. Et, s'il s'aperçoit de symptômes suspects qui ne lui permettent pas de délivrer le certificat de décès, quelle doit être sa conduite ? Doit-il prévenir la justice ? Nous n'hésitons pas à dire non ; il existe en effet, dans toute dénonciation, quel qu'en soit le but, un côté répugnant qui ne saurait s'accorder en aucun cas avec la délicatesse et la dignité professionnelles.

Le médecin traitant, en pareille circonstance, doit purement et simplement refuser le certificat qu'on sollicite de lui et conseiller à la famille de prévenir l'autorité judiciaire. C'est la conduite que tinrent deux de nos confrères de Marseille, les Drs Isnard et Froment, lors de la fameuse affaire Cauvin, dont on n'a pas encore oublié les péripéties.

Les considérations précédentes ne s'appliquent pas au médecin de l'état civil, qui, lui, est entièrement libre et indépendant vis-à-vis de la famille, et par suite tenu à une moins grande réserve.

Sans doute, il ne se livrera pas à des investigations qui paraîtraient brutales et injurieuses pour les parents, et qui rendraient son ministère fort difficile; mais sous prétexte de s'assurer de l'existence de tous les signes de la mort, il a le droit et le devoir d'examiner discrètement certaines régions comme le cou, la région précordiale; il ne doit pas se contenter d'être seulement un médecin inspecteur des vêtements.

Et sa ligne de conduite est bien simple, s'il lui arrive de trouver des signes suspects; il se borne à les consigner sur le bulletin de constatation de décès; l'autorité municipale se charge ensuite de prévenir la justice.

Dans l'affaire Boisleux et de La Jarrige⁽¹⁾, le médecin de l'état civil, le Dr Poirier, trouvant douteuse la mort de M^{me} Thompson, demanda l'avis du médecin inspecteur, lequel partagea les soupçons de son confrère et refusa de signer le permis d'inhumer. La mairie de l'arrondissement prévint ensuite l'autorité judiciaire.

Si le Dr Boisleux eût opéré à Marseille, ou dans toute autre ville ne possédant pas un service de médecins vérificateurs, il aurait délivré lui-même le billet de décès et n'aurait jamais été inquiété.

Qu'il nous soit permis de dire, à ce sujet, qu'un service de médecins d'état civil est particulièrement nécessaire dans les grandes villes où se sont fondées depuis quelques années un certain nombre de cliniques chirurgicales, obstétricales, etc.

(1) Voy. Brouard, Thoinot et Maygrier, *Affaire Boisleux et de La Jarrige, Rapports médico-légaux (Ann. d'hyg., 97 t. XXXVIII, p. 289.)*

La plupart d'entre elles sont dirigées par des confrères dont le nom seul est synonyme d'honorabilité et de savoir; ceux-là sont au-dessus de tout soupçon, et ne sauraient trouver d'inconvénient à ce qu'un médecin d'état civil vienne chez eux vérifier les décès, lorsqu'il s'en produit. Mais il en est d'autres que l'on cite comme des établissements louches, où des confrères peu scrupuleux font de la chirurgie et de la gynécologie un commerce douteux et parfois dangereux pour eux-mêmes, comme nous venons de le voir dans l'affaire citée plus haut.

La plétoire médicale, l'encombrement de notre carrière expliquent la création de ces établissements, qui vivent à grands renforts de réclame et où le malade qui s'y aventure est toujours bon à *opérer*, fût-il atteint d'un mal inopérable, ou même d'un mal imaginaire!

S'il n'existe pas de médecins vérificateurs, c'est l'impunité assurée en cas de mort, car l'opérateur signe lui-même le certificat de décès de sa victime. C'est pour ces confrères-là que la crainte du médecin de l'état civil serait le commencement de la sagesse... ou plutôt de l'honnêteté.

En résumé, dans les villes où fonctionne un service de médecins vérificateurs des décès, la justice est plus aisément prévenue des cas de mort suspecte, par le refus motivé du médecin de l'état civil de signer le billet de décès.

Mais dans les villes qui en sont dépourvues, bien des morts criminelles passent inaperçues: c'est l'avis de la plupart des confrères que nous avons consultés. Pour quelques cas découverts, comme ceux des observations I et II, combien d'autres restent ignorés.

B. CONSTATATION DES DÉCÈS DANS LES CAMPAGNES. — C'est dans les campagnes que la constatation des décès laisse le plus à désirer; non seulement il est tout à fait exceptionnel qu'un médecin vienne s'assurer de la réalité de la mort, mais encore, l'article 77 du Code civil n'est jamais observé en ce qui concerne l'obligation, pour l'officier de l'état civil, de se transporter auprès du corps, afin de pratiquer une vérification, qui est de la seule compétence du médecin.

C'est d'ailleurs son excuse et on ne saurait le blâmer d'enfreindre une loi qui lui impose, dans de semblables conditions, une aussi lourde responsabilité.

Quand un décès se produit à la campagne, deux témoins vont trouver le secrétaire de la mairie (le plus souvent c'est l'instituteur) et lui disent : „Un tel est mort.“ Le secrétaire prend son registre, inscrit la déclaration des témoins avec le nom, l'âge du défunt, et tout est terminé.

La famille fixe elle-même l'heure des funérailles, et personne ne se préoccupe de connaître si l'inhumation est faite dans les délais légaux, ou bien si l'on garde le corps plusieurs jours au mépris des règles les plus élémentaires de l'hygiène et pour le plus grand danger quelquefois de la santé publique. Car il ne faut pas oublier que, le médecin n'ayant pas été appelé, dans certains cas, à donner des soins à la personne décédée, la loi concernant la déclaration obligatoire des maladies contagieuses se trouve ainsi érudée.

Et que l'on ne croie pas qu'il existe à ce sujet une différence entre les communes pauvres et reculées des pays de montagnes et celles qui avoisinent les grandes villes. Dans les unes comme dans les autres, les décédés ne sont presque jamais vus par un médecin. Une enquête personnelle nous a montré que les communes riches et peuplées qui bordent l'étang de Berre, ne différaient, pas sous ce rapport, des communes les plus éloignées des montagnes de la Lozère ou de l'Ardèche.

Les confrères consultés, et notamment un de nos amis, le Dr Grégoire, qui exerce dans la ville des Martigues, nous disaient qu'ils ne constataient qu'exceptionnellement les décès dans les campagnes, malgré le nombre et la commodité des voies de communication.

Ils pensaient qu'au point de vue criminel, cette absence de vérification des décès était des plus fâcheuses.

C'est aussi l'opinion de notre confrère le Dr Paul Aubry (de Saint-Brieuc), qui nous écrit qu'il a la conviction que dans les campagnes „on aide quelquefois les vieux à mourir“. La perspective d'un examen médical obligatoire des corps dimi-

nuerait sûrement le nombre de ces crimes, dont la plupart restent inconnus et impunis.

Un exemple récent vient démontrer d'une façon péremptoire l'insuffisance de l'article 77 du Code civil relativement à la constatation des décès dans les campagnes.

Au mois d'août 1898, la comtesse de V..., qui habitait, avec son fils et une domestique, un château situé près de Comnaux (Gard), est trouvée étranglée dans son appartement. Son fils va prévenir immédiatement la justice, laquelle, soupçonnant un drame de famille, le met en état d'arrestation. M. de V... proteste énergiquement de son innocence. „Si j'étais l'assassin de ma mère, dit-il au juge d'instruction dans un interrogatoire, j'aurais été bien naïf de prévenir la justice, alors qu'il m'était si facile de faire procéder à l'inhumation du corps, sans que personne ne se doutât de rien. Je n'avais qu'à me rendre à la mairie de la commune, accompagné d'un témoin; la loi n'exigeant pas de certificat médical, j'aurais dit au secrétaire de la mairie que ma mère était décédée à telle heure, et le permis d'inhumer m'eût été délivré, sans même que l'officier de l'état civil vint vérifier le décès, ce qui d'ailleurs ne se fait jamais.“ L'enquête démontre dans la suite l'innocence de M. de V..., qui fut remis en liberté.

Ainsi, voilà un homme intelligent qui reconnaît que la législation actuelle sur la constatation des décès est comme une sauvegarde pour les criminels. Tous nos confrères des campagnes que nous avons consultés nous ont répondu dans le même sens, et il n'est pas une note discordante touchant la nécessité de la révision de l'article 77 du Code civil. Mais plusieurs d'entre eux se demandent s'il sera possible, dans tous les cas, de faire constater le décès par un médecin. Sans doute, cette objection est sérieuse; elle l'était surtout à l'époque où fut rédigé l'article 77; nous avons vu plus haut que les jurisconsultes s'étaient heurtés à cette difficulté, quand Fourcroy proposa de ne permettre aucune inhumation sans une visite médicale préalable.

Mais les conditions ne sont plus les mêmes aujourd'hui; tandis qu'à cette époque il n'existant que fort peu de voies de communication et que le nombre des médecins était restreint, de nos jours toutes les communes sont desservies par des chemins vicinaux, quand elles ne le sont pas par des chemins de fer ou des routes; et quant au nombre des médecins, il serait superflu d'exposer qu'il est supérieur aux exigences des ma-

lades et qu'il ne saurait être une objection à la révision des dispositions légales actuelles.

Dans certaines régions montagneuses des Alpes, des Pyrénées, de l'Auvergne, la vérification obligatoire de tous les décès rencontrerait quelques difficultés pendant l'hiver; nous avons profité de nos villégiatures dans les plateaux les plus élevés du massif central, et notamment dans les régions les plus montagneuses de la Lozère, de l'Aveyron et de l'Ardèche, pour nous convaincre que, pendant les hivers rigoureux, alors que la neige empêche les communications, il ne serait pas toujours possible de faire constater tous les décès par un médecin; mais ces exceptions ne sauraient être un obstacle à la règle générale; d'abord, la population de ces contrées est clairsemée; les décès y sont par suite rares; et enfin, malgré la rigueur du climat, le service de l'assistance médicale gratuite y fonctionne à la satisfaction de tous. Quel inconvénient y aurait-il à ce qu'un décès ne soit vérifié que quarante-huit heures après? Avec le froid qui règne dans ces régions pendant l'hiver, la putréfaction est tardive et la santé publique n'aurait pas à souffrir de ce retard.

Ainsi que l'a fait observer le professeur Brouardel, il est fort regrettable que, lors de la discussion de la loi sur l'assistance médicale gratuite, personne n'ait songé à faire insérer un article d'après lequel le médecin de chaque circonscription doit être requis, pour vérifier les décès, au même titre que s'il s'agissait d'une visite à un malade. Nous espérons que cette lacune sera comblée et nous résumerons ainsi les conclusions de ce travail:

1^o L'article 77 du Code civil doit être entièrement révisé et à l'avenir aucune inhumation ne pourra être autorisée sans une visite médicale préalable.

2^o Dans les villes, la nécessité d'un service de médecins vérificateurs des décès s'impose, tant au point de vue des inhumations prématurées, que de la reconnaissance des morts criminelles.

3^e Dans les campagnes, le service de vérification des décès doit être assuré par les médecins de l'assistance médicale gratuite.

Consulter encore :

Brouardel: Le Secret médical.

Brouardel: La Mort et la Mort subite.

Brouardel: La Responsabilité médicale.

Brouardel: Déclaration des causes de décès et moyens de la rendre compatible avec le secret professionnel.

B. — Belgique.

En Belgique, la constatation des décès est réglée par le Code civil, tout comme chez nous.

Voici comment les Pandectes belges caractérisent la situation dans ce pays:

„Quant au mode de constatation des décès, il est abandonné au pouvoir communal, sans direction ni contrôle du pouvoir central, le cas n'étant prévu par aucune disposition législative.

Dans la plupart des communes importantes, l'officier de l'état civil, au lieu de faire lui-même la vérification du décès, confie ce soin à un homme de l'art. Cet usage n'est pas conforme au texte de la loi, mais il répond à son esprit et présente toutes les garanties désirables. Les rédacteurs du Code avaient même eu l'intention d'en faire une prescription légale et ils ne s'en sont abstenus qu'à cause de la difficulté qu'eût présentée son exécution dans les communes rurales.

Dans les communes où des médecins n'ont pas été institués pour procéder à cette vérification, il arrive souvent que les officiers de l'état civil s'en dispensent ou la font avec une négligence coupable. On ne peut trop réveiller sur ce point leur attention et leur appeler les devoirs que la loi leur impose, et la responsabilité qu'ils pourraient encourir si une inhumation précipitée se faisait par leur faute.“

Nous reproduisons ci-après un de ces règlements communaux :

TITRE VIII. — DES INHUMATIONS.

CHAPITRE PREMIER.

Vérification des décès, permis d'inhumation et autres formalités préalables.

ART. 649. — Dans les vingt-quatre heures du décès, la déclaration en est faite dans les bureaux de l'état civil, conformément aux articles 78, 80, 83 et 84 du Code civil. Au même moment, les déclarants règlent avec l'officier de l'état civil ou son délégué les dispositions relatives au transport du corps du décédé et à son inhumation. Les frais du transport du corps et, s'il y a lieu, de l'inhumation doivent être versés anticipativement dans la caisse communale, à moins de dispense à délivrer par l'officier de l'état civil. Faute de quoi, le transport et l'inhumation ont lieu d'après le mode usité pour les indigents, et il est perçu de ce chef, à charge des héritiers ou successeurs, une somme de 25 francs, à titre de remboursement des frais.

ART. 650. — La vérification des décès est faite par l'officier de l'état civil. Il s'adjoint, à cet effet, un médecin qu'il nomme et révoque.

ART. 651. — Chaque jour, le médecin vérificateur se rendra au bureau de l'état civil, pour y recevoir la liste des décès à constater.

ART. 652. — Vingt-quatre heures au moins après le décès, — sauf les cas d'urgence constatée, — le médecin se transporte auprès du cadavre, l'examine avec soin et dresse procès-verbal de l'état où il le trouve.

Ce procès-verbal relate :

- 1^o Les nom et prénoms, l'âge, le sexe et l'état civil de la personne décédée ;
- 2^o La rue et le numéro du domicile ;
- 3^o La profession individuelle, ou à défaut, celle des parents ;
- 4^o La date, le jour et l'heure du décès ;
- 5^o La nature de la maladie ou de l'accident qui a occasionné la mort ;

- 6^o Les noms des personnes qui ont donné des soins médicaux au défunt ;
- 7^o L'indication de l'état dans lequel le cadavre a été trouvé, ainsi que les circonstances particulières et extraordinaires qu'il pourrait présenter ;
- 8^o Le motif qu'il pourrait y avoir de faire l'autopsie ;
- 9^o Le cas échéant, l'heure jusqu'à laquelle l'inhumation devra être différée.

ART. 653. — En cas de maladies miasmatiques, contagieuses, infectieuses ou épidémiques, ou lorsque le cadavre se trouvera dans un état trop avancé de putréfaction, le médecin vérificateur prescrira l'emploi de désinfectants ; il en informera la police qui, sous sa surveillance, exécutera sa prescription.

ART. 654. — Si le médecin vérificateur constate que la mort est réelle, son procès-verbal mentionnera que rien ne s'oppose à ce que le permis d'inhumation soit délivré. Si, au contraire, il a quelque doute sur la réalité de la mort, il déclarera qu'il y a lieu de surseoir à l'inhumation et fera connaître les motifs de son opinion dans un procès-verbal qui sera transmis sur-le-champ à l'officier de l'état civil.

ART. 655. — Si l'état du corps présentait quelque indice de mort violente ou si d'autres circonstances donnaient lieu de la soupçonner, le médecin vérificateur en fera mention dans son procès-verbal, et il en donnera aussitôt avis au bourgmestre pour exécution des dispositions des articles 81 et 82 du Code civil.

ART. 656. — L'officier de l'état civil ne délivre de permis d'inhumation que sur le vu du procès-verbal de la vérification du décès.

ART. 657. — Le permis d'inhumation est exigé même pour les mort-nés.

ART. 658. — Lorsque le corps doit être transporté dans un cimetière autre que celui de la commune, l'officier de l'état civil en informe l'inspecteur des inhumations, qui prescrit les formalités à accomplir. La famille remet à l'ordonnateur des pompes funèbres, avant l'enlèvement du corps, le permis d'in-

humér délivré ou visé par l'officier de l'état civil de la localité où doit se faire l'enterrement.

ART. 659. — Avec le permis d'inhumation est délivrée gratuitement une plaque de plomb portant un numéro d'ordre et l'indication de l'année du décès.

Cette plaque doit être fixée à l'extérieur du cercueil, du côté de la tête.

ART. 660. — Il ne peut être procédé au moulage, à l'autopsie, à l'embaumement et à la mise en bière qu'après la vérification du décès et sur l'autorisation écrite du médecin chargé de cette vérification.

ART. 661. — Le cercueil doit être porté au domicile du défunt complètement recouvert, de manière à être soustrait à la vue du public.

ART. 662. — Il est interdit à tous marbriers, fabricants de cercueils, loueurs de voitures, à leurs commis ou courtiers, et à tous autres individus s'occupant de commerce relatifs aux pompes funèbres, de stationner dans les bureaux de l'état civil ou des inhumations, les dépôts mortuaires, ainsi qu'aux abords, pour y faire des offres de service.

Le 30 septembre 1841, le ministre de l'intérieur (M. Nothomb), invita l'Académie de médecine à lui faire connaître, „s'il serait utile que le Gouvernement prit quelques mesures relativement à la police des inhumations, et, dans l'affirmative, à lui adresser un projet de règlement sur la matière.“ Une commission fut chargée d'élaborer ce projet; il fut discuté et adopté par l'Académie, avec certaines modifications introduites au cours des débats.

(Pandectes belges, 1886, t. 19.)

Voici le texte de ce projet, qui n'a pas eu d'autres suites :

I. *Vérification des décès.*

ART. 1^{er}. Aucune inhumation ne pourrait avoir lieu sans une déclaration de l'officier de l'état civil, délivrée sur le vu d'une déclaration écrite d'un médecin ou d'un chirurgien qui aurait vérifié le décès.

Cette vérification serait faite :

A. Pour les individus décédés dans les hospices et les hôpitaux civils et militaires, par les médecins attachés à ces établissements ;

B. Pour ceux qui auraient été traités par les soins d'un bureau de bienfaisance, par les médecins préposés au service médical de ces institutions ;

C. Pour tous les autres citoyens, par le médecin ou le chirurgien qui aurait soigné le décédé dans sa dernière maladie, ou en cas d'absence, d'empêchement ou de refus de ce médecin ou chirurgien, ou bien encore dans le cas où le défunt n'aurait pas été traité par un homme de l'art, par un médecin à ce délégué par l'autorité communale.

ART. 2. La déclaration des décès continuerait à être faite conformément aux dispositions de l'art. 77 du code civil; mais les personnes chargées de faire ces déclarations seraient tenues de remettre un certificat énonçant le nom de la maladie à laquelle la personne décédée a succombé, les causes présumées de cette maladie, sa durée, ainsi que les indications propres à faire connaître, suivant les cas, ses formes, son espèce, son type, son siège particulier, son caractère aigu ou chronique, sporadique ou épidémique et son état simple ou compliqué.

ART. 3. La vérification des décès se ferait toujours le plus tôt possible, et, au plus tard, dans les douze heures.

Le procès-verbal de l'examen du cadavre relaterait :

1^o Les noms et prénoms de la personne décédée;

2^o L'âge, le sexe et l'état civil;

3^o La profession individuelle et celle des parents;

4^o La date du décès, mois, jour et heure;

5^o Le quartier, la rue et le numéro du domicile;

6^o Les indications mentionnées à l'article précédent relativement à la maladie ou à l'accident qui aura occasionné la mort ;

7^o Les noms des personnes, ayant titre ou non, qui auront donné des soins médicaux aux malades;

III. *Sépultures.*

ART. 16. Il serait cloué à la tête de chaque cercueil une estampille en plomb portant un numéro d'ordre, et, au besoin, une lettre de série, lesquels seraient, en outre, gravés sur les clôtures, pierres sépulcrales ou autres signes funéraires que les familles feraient élever sur le sol des cimetières.

L'autorité communale déterminerait la forme de ces estampilles, et les fournirait aux familles contre le remboursement des frais de confection.

ART. 17. Dans les cimetières où il existerait des fosses communes, les tranchées auraient toujours un mètre et demi environ de largeur sur deux ou trois mètres de profondeur. Les cercueils, petits ou grands, seraient placés dans ces tranchées les uns à côté des autres, avec croisement alternatif des pieds à la tête.

Un poteau en bois ou en pierre, portant en tête la lettre de série, serait placé au commencement de chaque tranchée.

ART. 18. L'autorité communale délivrerait au conservateur du cimetière un registre coté et paraphé, destiné à l'inscription des noms, prénoms et domiciles des personnes inhumées, la date de leur inhumation, ainsi que le numéro d'ordre et la lettre de série, exigée pour les enterrements qui se font dans les fosses communes.

IV. *Exhumations, réinhumations et transport des cadavres hors du lieu du décès.*

ART. 19. Les demandes en autorisation de déplacer dans les cimetières, les corps qui y ont été inhumés, pour leur donner une sépulture jugée plus convenable, seraient accordées aux demandeurs à la charge:

- 1^o De justifier des formalités remplies à l'état civil;
- 2^o De charger un médecin d'assister à l'opération et de prendre les précautions convenables sous le rapport de la salubrité;
- 3^o De faire dresser procès-verbal des opérations par l'officier de police, qui le remettrait à l'autorité communale dans le plus bref délai.

Ces demandes d'exhumation devraient émaner du plus proche parent du défunt ou de son fondé de pouvoirs.

ART. 20. Les demandes tendantes à obtenir l'autorisation de transporter un cadavre du lieu du décès dans une autre localité, pour y être inhumé, seraient soumises aux formalités indiquées à l'article précédent. Elles seraient adressées à l'autorité du lieu du décès et à celle de la commune dans laquelle les dépouilles mortelles doivent recevoir la sépulture; l'autorisation de cette dernière autorité serait exhibée à l'autorité du lieu du décès avant que celle-ci n'accorde la sienne pour le départ, lequel serait constaté par un procès-verbal.

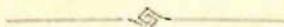
Pour rendre impossible la soustraction des corps et conserver la possibilité de rechercher les crimes et délits, l'arrivée et l'inhumation seraient constatées également par un procès-verbal, qui serait adressé en copie à l'autorité du lieu du départ.

Si, par suite des formalités à remplir, les dépouilles mortelles ne pouvaient pas partir immédiatement après l'expiration du délai fixé par la loi pour l'inhumation, elles seraient déposées dans une fosse provisoire ou dans un caveau d'attente, s'il en existe au cimetière de la localité; elles en seraient exhumés au moment du départ.

ART. 21. Le transport d'un cadavre dans un pays étranger ne serait autorisé que sur l'exhibition de la permission d'introduction délivrée par les autorités de ce pays, par l'ambassadeur ou par tout autre agent diplomatique. L'autorité du port d'embarquement ou de la ville frontière rédigerait procès-verbal de l'arrivée du cadavre et de sa direction. Elle adresserait une copie de ce procès-verbal à l'autorité du premier lieu de départ.

Les familles pourraient se servir de tel mode de transport qu'elles jugeraient convenable, en se conformant aux conditions de décence et de salubrité imposées par les autorités.

— *Bull. Acad. roy. de médecine, 1843-44.*



C. — Angleterre.

In England ist das alte Institut der Coroners Jury der Vorfahrer des heutigen Totenschauwesens. Dies letztere hat sich aus jenem erst während unseres Jahrhunderts herausgebildet, es ist ein Teil der Bevölkerungsstatistik geworden durch die Pflicht zur Vornahme einer Totenschau. Die Uebergabe der bis dahin nur in Kirchenbüchern geführten Totenregister an eine Civilregistrierung datiert von 1836, die Verpflichtung dieser Registrierung, auch die Todesursachen mit anzugeben, erst seit 1845, (ohne dass jedoch eine Executivmöglichkeit für den Registrar bestand). 1871 ging dann das Centralamt (Registrar Office) an das Local Government Board (in 600 und einige zwanzig Distrikte geteilt) über — und erst das Gesetz von 1874 erhob die Anzeige des Todes zur gesetzlichen Pflicht (Art. 10 bestimmt: innerhalb 5 Tagen). Ist der Tod ein plötzlicher, so treten Ausnahmebestimmungen ein: es muss die Coroners Jury berufen werden, damit sie unter Zustimmung des Registrar einen Arzt heranziehe, der dann sein Gutachten abgibt. Dieses dient dem vom Registrar auszustellenden Totenschein zur Unterlage. Diese Ordnung der Totenschau erscheint als recht unvollkommen, und es nimmt kaum Wunder, wenn aus der Reihe der amerikanischen Staaten, deren Coroner-Wesen sich z. T. auf den Grundzügen des englischen entwickelt hat, Stimmen laut werden, welche eine andersartige Einrichtung dieser Materie fordern. So hat Marcy nach den hauptsächlich in Massachusetts erwachsenen Erfahrungen die Abschaffung des Amtes der Totenbeschauer, die Abtrennung der ärztlichen von den richterlichen Pflichten für die forensischen Todesfälle, die ausschliesslich ärztliche Totenschau und noch einige andere Änderungen dringlich beantragt, welche das Coronersystem dem festländischen Schausystem sehr ähnlich gestalten würden.

(Weyl, Handbuch der Hygiene, II. Band.)

Consulter encore:

Zellner: Die gerichtliche Totenbeschau in England, Wien. med. Bl. 5. Bd. 881, 911, 947, 973, 1006.

H. O. Marcy: The coroner system in the United States, nach Hygien. Rundschau 1. Bd. 274.

D. — **Autriche.**

L'Autriche-Hongrie est un des pays qui se sont les premiers occupés de la constatation des décès. Une ordonnance de 1770 établit les bases de ce service et une autre de 1780 en réglementa l'exécution. Actuellement les pays de la Couronne sont obligés, par la loi du 30 avril 1870, sur l'organisation générale du service sanitaire, et celle du 23 juin 1892, sur le service sanitaire dans les communes, de décréter les mesures nécessaires sous le rapport de l'inspection des cadavres et de la constatation des causes des décès.

Comme les règlements ainsi édictés sont à peu près les mêmes dans les différents pays de la Couronne, nous nous bornons d'en reproduire un seul:

**Oesterreich. Kundmachung der Landesregierung in Salzburg,
betr. die Erlassung einer neuen Todtenbeschau-Ordnung
und Instruktion für die Todtenbeschauer im Herzogthume
Salzburg.**

Vom 4. Dezember 1895. (Oest. San-W. 1896 S. 359 nach dem L.-G.-Bl. Nr. 35.)

Mit Erlass des hohen k. k. Ministeriums des Innern vom 4. Dezember 1893, Z. 8632, wurde die k. k. Landesregierung beauftragt, die im Herzogthume Salzburg für die Todtenbeschau bestehenden Vorschriften der Prüfung zu unterziehen und zu untersuchen, ob dieselben den vom heutigen Standpunkte der Wissenschaften zu stellenden Anforderungen entsprechen.

Nachdem die Amtsvorschrift für die Leichenbeschauer vom 31. Dezember 1833, Z. 31889 (Prov.-Gesetz-Samml. S. 319), in der That diese Bedingungen nicht erfüllt, findet die Landesregierung dieselbe in Einvernehmen mit dem Landesausschusse des Herzogthumes Salzburg aufzuheben und nach Anhörung des k. k. Landes-Sanitätsrathes, sowie der Aerztekammer im Einvernehmen mit dem Landesausschusse nachstehende Todtenbeschau-Ordnung sammt Instruktion für die Todtenbeschauer im Herzogthume Salzburg zu erlassen:

I. *Todtenbeschau-Ordnung für das Herzogthum Salzburg.*

§ 1. Die Todtenbeschau gehört nach dem Gesetze vom 30.

April 1870, R.-G.-Bl. Nr. 68, in den übertragenen Wirkungskreis der Gemeinde und steht unter Oberaufsicht der Staatsverwaltung.

Letztere wird durch die k. k. Bezirksmannschaften, beziehungsweise Bezirksärzte, in der Stadt Salzburg durch die Gemeindevorstehung, beziehungsweise den Stadtphysikus ausgeübt.

§ 2. Die Gemeinde stellt einen zur Vornahme der Todtenbeschau gesetzlich berechtigten Todtenbeschauer an, bringt denselben der politischen Behörde zur Kenntniss, entlohnt denselben entweder im Vertragswege oder mit den festgesetzten Gebühren, sorgt im Falle der Verhinderung des Todtenbeschauers für einen Ersatz desselben und hat den Todtenbeschauer mit den nöthigen Drucksorten zu versehen. Aus triftigen, jedesmal bekanntzugebenden Gründen kann einem von einer Gemeinde bestellten Todtenbeschauer die Bestätigung in dieser seiner Eigenschaft von der politischen Bezirksbehörde verweigert werden.

Bei erfolgter Ernennung von Gemeinde- oder Distriktsärzten obliegt denselben die Vornahme der Todtenbeschau innerhalb des ihnen zugewiesenen Gebietes.

§ 3. Die *politische Bezirksbehörde* nimmt

1. die Angelobung des von der Gemeinde angestellten Todtenbeschauers nach der beiliegenden Angelobungsformel vor.

2. Entcheidet dieselbe im Sinne des § 2, lit. g. des Gesetzes vom 30. April 1870, R.-G.-Bl. Nr. 68, über die Zulässigkeit von Leichentransporten, Exhumirungen von Leichen, und veranlasst die Ueberwachung derselben.

3. Obliegt ihr die Anordnung und Vornahme der sanitätspolizeilichen Obduktionen und zwar über Anzeige des Todtenbeschauers oder der Gemeindevorstehung,

a) wenn der Todtenbeschauer die Todesursache nicht konstatiren kann,

b) bei Selbstmörfern, wenn nicht schon durch die Erhebungen die Unzurechnungsfähigkeit konstatirt werden konnte — zur eventuellen Sicherung eines kirchlichen Begräbnisses (Verordnung der Ministerien des Innern und der Justiz vom 8. April 1857, R.-G.-Bl. Nr. 73) oder zur Versicherung des Versorg-

ungsanspruches von Wittwen und Waisen eines Staatsbeamten (Ministerialerlass vom 30. August 1852, R.-G.-Bl. N. 172),

c) zur Sicherstellung der Diagnose einer ansteckenden Krankheit, wie Cholera, Typhus, Ruhr etc., welche epidemische Ausbreitung annehmen kann, und bei welcher es aus sanitätspolizeilichen Rücksichten wünschenswerth erscheint, möglichst im Beginne des Auftretens eine ganz bestimmte Diagnose zu erlangen.

4. Obliegt derselben die Kontrolle über die sanitären Vorehrungen bei Todesfällen in Folge von Infektionskrankheiten.

5. Fällt die Bestrafung von Uebertretungen dieser Todtenbeschauordnung, insoferne dieselbe nicht in den Wirkungskreis der Gerichte gehört, in die Kompetenz derselben.

§ 4. Die *Gemeindevorstehung* hat die Verpflichtung:

1. Die von dem Todtenbeschauer gemachten Anzeigen mit grösster Beschleunigung an die politische Bezirksbehörde zu übermitteln, wenn in einem Falle nach dem Berichte des Todtenbeschauers die Todesursache nicht mit Sicherheit konstatirt werden kann und wenn kein Verdacht vorliegt, dass der Tod durch eine strafbare Handlung oder Unterlassung eingetreten ist, ferner im Falle eines Selbstmordes, wenn es sich um die Sicherstellung der Zurechnungsfähigkeit, endlich bei einem Todesfalle im Falle einer Infektionskrankheit, bei welcher es sich um die Sicherstellung der Diagnose handeln könnte.

2. im Falle eines Verdachtes, dass der Tod eines Menschen durch eine strafbare Handlung oder Unterlassung eingetreten ist, die Anzeige sogleich an die *Gerichtsbehörde* zu leiten.

In diesem Falle hat die Gemeindevorstehung Sorge zu treffen, dass die Leiche ganz genau in denselben Verhältnissen gelassen werde, wie sie aufgefunden wurde und dass auch in der Umgebung derselben nichts geändert werde.

Muss die Leiche aus sanitären oder anderen Gründen übertragen werden, so hat dieselbe dafür zu sorgen, dass dieses mit der grössten Vorsicht geschehe, dass nichts verändert oder verwischt werde und nichts hinzukomme, was für die Beurtheilung von Wichtigkeit sein kann oder in Irrtum führen könnte.

3. längstens 14 Tage nach Ablauf eines jeden Monates den vom Todtenbeschauer erhaltenen Ausweis über die in der Gemeinde Verstorbenen auf dem vorgeschriebenen Formulare (Formulare III), eventuell die Fehlanzeige hierüber der politischen Bezirksbehörde vorzulegen,

4. für die Durchführung der Desinfektion bei Todesfällen in Folge von ansteckenden Krankheiten gewissenhaft Sorge zu tragen,

5. die Todtenbeschauer mit den für die Todtenbeschau nöthigen Drucksorten zu versehen.

§ 5. Zweck der Todtenbeschau ist:

1. Festzustellen, ob bei dem zu beschauenden Individuum der Tod wirklich eingetreten ist,

2. ob dasselbe auf natürliche Weise in Folge einer Krankheit gestorben ist,

3. ob dasselbe von einem zur Praxis berechtigten Arzte behandelt wurde,

4. ob der Tod durch Zufall oder durch eigenes Verschulden oder durch eine strafbare Handlung oder Unterlassung von Seite anderer Personen erfolgt ist,

5. Im Falle des Scheintodes die nöthige Hilfe zu bringen,

6. dem Auftreten von Infektionskrankheiten, deren Verbreitung eine Epidemie zur Folge haben könnte, auf die Spur zu kommen und sogleich die zur Verhinderung weiterer Verbreitung derselben nöthigen Anordnungen treffen und durchführen zu können,

7. die Gewinnung des Materials für eine Sterblichkeitsstatistik.

§ 6. Zur Vornahme der Todtenbeschau sind vor Allem Aerzte und Wundärzte, welche die entsprechende Vertrauenswürdigkeit besitzen, berufen.

In Ermanglung solcher kann die erwähnte Funktion auch anderen vertrauenswürdigen Personen, welche die zu derselben nöthige körperliche und moralische Eignung besitzen, mit Bewilligung der Landesregierung übertragen werden.

Die nicht dem ärztlichen Stande angehörigen Personen haben jedoch ihre Befähigung zur Vornahme der Todtenbeschau vorerst durch eine bei einem im politischen Dienste angestellten

Amtsärzte (k. k. Bezirksarzt, Stadtphysikus) abzulegende Prüfung darzuthun.

§ 7. Der Todtenbeschauer hat die *Verpflichtung*:

1. Sobald er Kenntniss von einem Todesfalle erhält, längstens aber binnen 24 Stunden nach dem Ableben die Beschau in der Regel an Ort und Stelle, wo das Individuum gestorben ist oder todt aufgefunden wurde, vorzunehmen.

Es ist vollkommen unzulässig, den Todten nur im Sarge bei aufgehobenem Deckel zu beschauen oder den Beschauzettel auszustellen, ohne die Leiche gesehen zu haben.

Eine Ausnahme von der Vornahme der Todtenbeschau im Sterbehause erscheint nur bei an akuten Infektionskrankheiten Verstorbenen, bei denen die Leiche wegen Ansteckungsgefahr zumeist so schnell als möglich unter den entsprechenden Vorsichtsmassregeln in die Leichenkammer zu transportiren ist, ferner bei sehr schnell in Fäulniss übergehenden Leichen, wo für die Umgebung eine Gesundheitsschädigung droht, zulässig.

Nur ganz ausnahmsweise darf in anderen besonderen Fällen, wie im Falle, wenn der Zugang zum Sterbeorte ausserordentlich erschwert oder unmöglich ist, oder wenn bei grosser räumlicher Beschränktheit im Sterbehause die Ueberführung, der Leiche in die Leichenkammer stattfinden musste, die Todtenbeschau ausserhalb des Sterbeortes vorgenommen werden.

Jede solche ausserhalb des Sterbeortes vorgenommene Todtenbeschau ist aber *auf dem Todtenbeschauzettel anzumerken und zu begründen*.

2. Nur bei auf Grund genauerster Untersuchung *mit Sicherheit* konstatiertem Tode, sowie der Ursache desselben, und wenn *kein* Verdacht auf eine strafbare Handlung oder Unterlassung die den Tod verursacht haben könnte, vorliegt, die Erlaubniss zur Beerdigung durch die Ausstellung des Beschauscheines (Todtenbeschauzettel, Formulare II) und Ausfolgung desselben an die Partei zu geben.

In diesem Falle hat er auf letzterem den Tag und die Stunde der Beerdigung anzusetzen.

In jenen Fällen, in welchen die Anzeige von dem Tode einer Person an die politische oder Gerichtsbehörde erstattet werden muss, darf erst nach ertheilter Genehmigung der Behörde die

Beerdigung gestattet werden und ist in einem solchen Falle erst nach erfolgter Genehmigung vom Todtenbeschauer der Tag und die Stunde der Beerdigung auf dem Todtenbeschauzettel einzusetzen.

3. Im Falle Verdachtes auf Scheintod die nach den Regeln der Wissenschaft gebotene Hilfe zu leisten.

4. Bei Leichen von Personen, welche an ansteckenden Krankheiten gestorben sind, sogleich die vorgeschriebenen sanitätspolizeilichen Anordnungen zu veranlassen und wenn möglich selbst durchzuführen, jedenfalls aber die Gemeindevorstehung hievon unverzüglich zu verständigen.

5. Das Todtenbeschauprotokoll, nach Gemeinden getrennt, ordnungsmässig zu führen.

6. Im Falle seiner Verhinderung die Gemeindevorstehung wegen einer Stellvertretung seiner Person zu verständigen, da es ihm sonst nicht gestattet ist, an seiner Stelle Jemand Anderen zur Vornahme der Todtenbeschau abzuordnen.

§ 8. Im Falle Ablebens einer Person, der Geburt eines frühreifen todten Kindes, ferner Auffindung einer Leiche oder einer abortirten Frucht haben die Angehörigen und Hausgenossen den Gemeindevorsteher und den Todtenbeschauer hievon zu verständigen.

Stand die verstorbene Person in ärztlicher Behandlung, so hat die Verständigung unter Beibringung des vom behandelnden Arzte ausgestellten Behandlungsscheines (Formular I) zu erfolgen.

Bei der Vornahme der Todtenbeschau hat jeder Beteiligte dem Todtenbeschauer auf sein Befragen über alle auf die Krankheitsursache, die Krankheit selbst, den Verlauf und die Dauer derselben bezughabenden Umstände Auskunft zu geben, damit derselbe in die Lage komme, sich ein richtiges Urtheil über die Todesveranlassung zu bilden.

Die Beteiligten sind auch verpflichtet, bei der Durchführung der angeordneten sanitätspolizeilichen Massregeln, soweit es von dem Todtenbeschauer verlangt wird, mitzuwirken.

§ 9. Uebertretungen dieser Todtenbeschauordnung, insoweit sie nicht unter das allgemeine Strafgesetz fallen, werden von der politischen Bezirksbehörde nach den Bestimmungen der

Ministerialverordnung vom 30. September 1857, R.-G.-Bl. Nr. 198, geahndet.

In Fällen grober Pflichtverletzung von Seite eines Todtenbeschauers kann von der politischen Bezirksbehörde die Enthebung desselben von der genannten Funktion unter Vorbehalt des demselben einzuräumenden Rekurses an die k. k. Landesregierung, welcher eventuell jedoch keine aufschiebende Wirkung hat, verfügt werden.

§ 10. Die Wirksamkeit dieser Verordnung beginnt mit dem 1. April 1896.

Durch dieselbe tritt die mit dem Regierungszirkulare vom 31. Dezember 1833, Z. 31889, Prov.-Gesetzsamml. Nr. 190, S. 319, erlassene Amtsvorschrift für die Leichenbeschauer für das Herzogthum Salzburg ausser Kraft.

Angelobungsformel für Todtenbeschauer.

„Sie werden geloben, dass Sie den gesetzlichen Bestimmungen über die Todtenbeschau, im Besonderen, den Vorschriften der Todtenbeschauordnung für das Herzogthum Salzburg, sowie der Instruktion für die Todtenbeschauer jederzeit auf das Gewissenhafteste nachkommen werden.“

„Was mir soeben vorgelesen wurde, habe ich deutlich verstanden und ich gelobe es zu halten.“

Instruktion für den Todtenbeschauer.

§ 1. Dem Todtenbeschauer wird zur strengen Pflicht gemacht, sich die Todtenbeschauordnung für das Herzogthum Salzburg auf das genaueste zu eigen zu machen, sowie sich die Bestimmungen derselben stets gegenwärtig zu halten.

§ 2. Hat der Todtenbeschauer die Beschau einer Leiche vorzunehmen, so wird er dieselbe an allen Theilen genau besichtigen und zu diesem Behufe nach und nach in dezenter Weise entkleiden lassen oder selbst entkleiden.

Bei der Vornahme der Beschau selbst hat er auf zwei Umstände sein Hauptaugenmerk zu richten, und zwar:

1. ob der Tod wirklich eingetreten ist und,
2. ob nicht Umstände vorliegen, welche darauf hinweisen, dass der Verstorbene auf gewaltsame Weise um das Leben gekommen ist.

§ 3. Die Erscheinungen des wirklich eingetretenen Todes lassen sich in drei Gruppen eintheilen

§ 6. Wenn *Scheintodt* auch nur sehr selten vorkommt, so darf der Todtenbeschauer doch nicht übersehen, dass derselbe vorkommen kann.

§ 7. Bei Vornahme der Beschau hat der Todtenbeschauer seine besondere Aufmerksamkeit darauf zu richten, ob nicht an der Leiche Erscheinungen vorhanden sind, welche den Verdacht erregen, dass der Tod auf gewaltsame Weise erfolgt sei. Er darf aber nicht vergessen, dass solche Verletzungen auch nicht immer leicht und auffällig sichtbar sind.

So können Verletzungen der Schädelknochen ohne eine solche der Kopfhaut vorkommen, es können an dem behaarten Kopfe (Fontanellen bei Kindern) durch die Ohren, Augen, unter den Brüsten vorhanden sein.

Solche Verletzungen, welche an der Leiche wahrnehmbar sind und den Tod verursacht haben, können sein:

a) Spuren von Verletzungen durch Schnitt, Stich, Hieb (Wunden), Schlag (Blutunterlaufungen oder Quetschwunden), Schuss (Schusskanal);

b) Eindrücke von Fingern oder Nägeln am Halse, von einem Bande oder Stricke am Halse, besonders wenn daselbst Blutunterlaufungen oder eine gelblich braune Rinne zu bemerken ist, ferner besondere Beweglichkeit der Halswirbel oder des Kehlkopfes, sowie Brüche an letzteren.

Aufgedunsensein des Gesichtes nebst bläulicher Färbung desselben, sowie blutiger Schaum vor dem Munde kommen bei Erwürgten und Erhängten häufig vor.

c) Straffes Anliegen der Haare am Kopfe, das Vorhandensein einer sogenannten Gänsehaut an Händen und Füßen, Verunreinigung der Haut und der Haare mit feinem Sande, Schlamm u. s. w. finden sich bei Ertrunkenen oder Ertränkten vor.

d) Verschorfungen am Munde, an den Lippen, am Kinne, an der Zunge, innen an der Wange und im Schlunde, weissliche, gelbliche oder bräunliche Krusten kommen bei Vergiftungen mit scharfen, ätzenden Flüssigkeiten, z. B. Schwefelsäure vor.

e) Aufgedunsensein des Gesichtes, bläuliche Färbung desselben, ohne Erscheinungen äusserer Gewaltanwendung können Verdacht erregen, dass die Person im Kohlendampfe oder anderen schädlichen Gasen erstickt ist.

f) Grosse Blasen, Verschorfungen, Verkohlungen an der Leiche sowie bei Einwirkung grosser Hitze ausserordentliche Auftreibung, blasenartiges Aufgezogensein der Haut kommen bei Verbrennungen vor.

g) Auffallende Abmagerung der Leiche im Verhältnisse zu der vorangegangenen Krankheit oder entgegen den sonstigen Erhebungen erregt den Verdacht auf absichtliche Entziehung der nothwendigen Nahrungsmittel, auffallende Unreinlichkeit, Schmutz, vernachlässigte Geschwüre auf mangelhafte Pflege.

h) Mit der Aufzählung dieser Fälle sind jedoch nicht alle Fälle gewaltsamer Todesart erschöpft und ergiebt sich in vielen Fällen der Verdacht nur vorzugweise aus den Umständen des speziellen Falles.

§ 8. Der Tod erfolgt auf gewaltsame Weise durch alle jene Handlungen, welche als Todtschlag oder Mord bezeichnet werden.

Die Kennzeichen für diese Todesarten sind im vorausgehenden Paragraph enthalten.

Es kann aber auch der Fall sein, dass Jemand kürzere oder längere Zeit nach einer äusseren Gewaltthätigkeit, z. B. durch Stossen, Schlagen, Hauen u. s. w. mit stumpfen, scharfen, schneidenden, stechenden Gegenstände oder Werkzeugen oder in Folge des Gebrauches von Schusswerkzeugen gestorben ist.

Auch in diesem Falle darf der Beschauer, ob nun die erlittene Gewaltthätigkeit bereits angezeigt wurde oder nicht, ist gleichgültig, die Beerdigung nicht gestatten, sondern muss mit möglichster Beschleunigung die Anzeige über den Tod der Person und die veranlassende Ursache an die kompetente Gerichtsbehörde erstatten.

Die Beerdigung darf in einem solchen Falle erst dann stattfinden, wenn zu derselben die Einwilligung des Gerichtes ertheilt wurde.

Letztere muss auch bei der Todtenbeschau Neugeborener in jenen Fällen eingeholt werden, in welchen der Verdacht auf Geburtsverheimlichung oder Fruchtabtreibung vorliegt.

§ 9. Der Tod eines Menschen kann weiters auch erfolgen durch strafbare Handlungen und Unterlassungen, welche eine Gefahr für das Leben, die Gesundheit oder körperliche Sicherheit von Menschen herbeizuführen oder zu vergrössern im Stande sind.

Hierher gehören:

- a) Die unterlassene Verwahrung geladener Schusswaffen;
- b) unvorsichtiges Unterhalten von brennenden Kohlen in geschlossenen Räumen;
- c) Unvorsichtigkeit bei Schwefelräucherungen und Anwendung von Narkotisierungsmitteln;
- d) Ausserachtlassung der bestehenden Vorschriften über Erzeugung, Aufbewahrung, Verschleiss, Transport und Gebrauch von Feuerwerkskörpern, Knallpräparaten, Zündhütchen, Reib- und Zündhölzchen und allen durch Reibung leicht entzündbaren Stoffen, Schusspulver und explodirenden Stoffen, ferner bei dem Betriebe elektrischer Anlagen;
- e) durch Nichtbeachtung der bei dem Betriebe von Bergwerken, Fabriken, Gewerben und anderen Unternehmungen vorgeschriebenen Vorsichten;
- f) durch Unterlassung der Aufstellung der vorgeschriebenen Warnungszeichen;
- g) durch den Einsturz eines Gebäudes oder Gerüstes;
- h) durch unterlassene oder schlechte Verwahrung eines schädlichen oder bösartigen Thieres;
- i) durch den Genuss eines ungesunden, absichtlich verfälschten oder in gesundheitsschädlichen Geschirren bereiteten oder aufbewahrten Nahrungsmittels oder Getränkes;
- k) durch Misshandlung bei der häuslichen Zucht;
- l) durch Unterlassung der schuldigen Aufsicht bei Kindern oder solchen Personen, die gegen Gefahren sich selbst zu schützen unvermögend sind;
- m) durch das Herabfallen von Gegenständen aus Wohnungen, Fenstern, Erkern u. dgl., oder durch Unterlassung der Befestigung dahingestellter oder gehängter Gegenstände;

n) durch Unterlassung der Herbeirufung ärztlichen Beistandes bei Kranken, wo letzterer zu beschaffen war;

o) wenn die Behandlung von Seite eines Kurpfuschers stattfand;

p) bei einem Kunstfehler von Seite eines Arztes, Wundarztes oder einer Hebamme.

Auch in diesen Fällen darf die Beerdigung vor eingeholter Bewilligung des kompetenten Gerichtes nicht gestattet werden, auch dann nicht, wenn eine Person aus einer der vorangeführten Ursachen einen Nachtheil ihrer Gesundheit erlitten hat und erst in einiger Zeit darauf gestorben ist.

§ 10. Bei allen angeblich Selbstentleibten hat der Todtenbeschauer die Anzeige von dem Todesfalle entweder durch die Gemeindevorstehung oder unmittelbar bei der zuständigen politischen und Gerichtsbehörde zu erstatten. Die Beerdigung darf in einem solchen Falle erst nach ertheilter Bewilligung von Seite dieser beiden Behörden gestattet werden.

§ 11. Bei einem Todesfalle, welcher sich in Folge einer akuten Infektionskrankheit (Blattern, Scharlach, Masern, Diphtheritis, Kroup, Bauchtyphus, Flecktyphus, asiatische und einheimische Cholera, Ruhr, Keuchhusten, Genickstarre, Wochenbettfieber, Wuthkrankheit, Rotz, Milzbrand, Karbunkel, Rothlauf, ferner von Syphilis) ereignet hat, hat der Todtenbeschauer Nachforschungen zu pflegen, ob im Orte oder in der Umgebung allenfalls noch mehrere Kranke mit derselben Krankheit behaftet sind, an welcher der Verstorbene gelitten hat.

Sollte dies der Fall sein, so ist letzterer Umstand in der an die politische Bezirksbehörde sofort zu erstattenden Anzeige von dem vorgekommenen Todesfalle ausdrücklich anzuführen.

§ 12. Bei einem derartigen Todesfalle, wie derselbe im § 11 angeführt ist, ist es eine strenge Pflicht des Todtenbeschauers, *sofort an Ort und Stelle* Alles vorzukehren, damit eine weitere Verbreitung einer derartigen Infektionskrankheit nach Möglichkeit hintangehalten werde.

Es ist demnach in einem solchen Falle ohne Verzug für eine entsprechende Absonderung der Leiche oder, wo eine Leichenkammer besteht, für Transportirung der Leiche in letztere Sorge zu tragen, sowie jene Desinfektion der Leiche,

der Umgebung, der Effekten ü. s. w. anzuordnen, welche nach dem Stande der Wissenschaft und den jeweiligen Verordnungen der politischen Behörden geboten erscheint.

Ist von Seite der Gemeinde kein eigenes Organ zur Durchführung dieser Anordnungen vorhanden und bietet auch die Partei keine Gewähr für die genaue und verständnissvolle Durchführung derselben, so hat der Todtenbeschauer die Desinfektion selbst vorzunehmen.

§ 13. Kann die Todesursache nicht sichergestellt werden, weil weder ein ärztlicher Behandlungsschein vorliegt, noch der Todtenbeschauer aus den Erhebungen, welche derselbe bei der Umgebung der verstorbenen Person gepflogen hat, über dieselbe in das Klare gekommen ist, so hat derselbe die Anzeige hierüber unter Angabe des Sachverhaltes an die zuständige politische Behörde entweder unmittelbar oder im Wege der Gemeindevorstehung zu erstatten.

§ 14. Liegt keiner der in den vorausgehenden Paragraphen behandelten Fälle vor, so füllt der Todtenbeschauer den nach dem beiliegenden Formulare II verfassten Todtenbeschauzettel in zwei Parien vollständig aus und ergiebt die zwei aus einem Juxtahefte abgetrennten Parien den Angehörigen des Verstorbenen, welche je eines hievon an das zuständige Pfarramt und die zuständige Gerichtsbehörde zu übermitteln haben.

Zur Ermöglichung einer Kontrolle über die ordnungsmässige Führung der Todtenbeschauprotokolle sind die beiden Parien der Todtenbeschauzettel mit der laufenden Nummer des Juxtaheftes zu versehen, welch letzteres auch mit der Zahl des Todtenbeschau-Protokolles übereinstimmen muss.

Hat der Todtenbeschauer mehrere nach Ortsgemeinden getrennte Todtenbeschau-Protokolle zu führen, so ist nebst der erwähnten Zahl noch der Anfangsbuchstabe der Ortsgemeinde und sind bei zweien mit den gleichen Anfangsbuchstaben beginnenden Ortsgemeinden die zwei bis drei ersten Anfangsbuchstaben beizufügen.

§ 15. Eine Leiche soll in der Regel nicht vor Ablauf von 48 Stunden nach eingetretenem Tode beerdigt werden, bis die Zeichen der Fäulniss eintreten.

Der Todtenbeschauer kann aber diese Zeit bei an Infektionskrankheiten Verstorbenen oder in Fällen, in welchen bei einer Leiche die Fäulniss sehr zeitig und hochgradig auftritt, wie z. B. bei Wassersüchtigen Leichen, im Sommer abkürzen, dagegen aber sie auch ausnahmsweise höchstens bis zu 12 Stunden über Ansuchen der Angehörigen der verstorbenen Person verlängern, wenn letztere an keiner akuten Infektionskrankheit gestorben ist, die Fäulnisserscheinungen gering sind, und langsam eintreten, ferner, wenn auch die sonstigen Verhältnisse, Aufbewahrungsort, Temperatur u. s. w. derartige sind, dass für die Umgebung keine Gesundheitsschädigung zu besorgen ist.

§ 16. Im Falle als eine Leiche in einem andern Friedhof als dem zuständigen beerdigt werden soll, hat der Beschauer sofort bei Vornahme der Todtenbeschau die Anzeige an die politische Bezirksbehörde zu erstatten, von welcher hiezu vorerst die Bewilligung einzuholen ist.

§ 17. Der Todtenbeschauer wird es sich angelegen sein lassen, bei Vornahme der Leichenbeschau die Umgebung des Verstorbenen auf allfällige sanitäre Uebelstände, wie z. B. die Aufbahrung einer Leiche während der kalten Jahreszeit in nicht heizbaren Räumen u. s. w. aufmerksam zu machen, sowie auf deren Abstellung hinzuwirken.

§ 18. Nebst der ordnungsmässigen, nach Ortsgemeinden getrennten Führung des Todtenbeschau-Protokolles hat der Todtenbeschauer die Verpflichtung, den ärztlichen Behandlungsschein durch ein Jahr zur eventuellen Einsicht durch die politische oder Gerichtsbehörde aufzubewahren, sowie allmonatlich bis längstens 10. des darauf folgenden Monats einen Auszug aus dem Todtenbeschau-Protokolle auf dem vorgeschriebenen Formulare III im Wege der betreffenden Gemeindevorstehung der zuständigen politischen Behörde I. Instanz vorzulegen.

Die für die Todtenbeschau nöthigen Drucksorten sind dem Todtenbeschauer von der betreffenden Gemeindevorstehung beizustellen.

§ 19. Im Falle einer Verhinderung oder beabsichtigten Abwesenheit ist der Todtenbeschauer verpflichtet, der Gemeinde-

vorstehung hievon die Anzeige zu erstatten, damit rechtzeitig für einen Ersatz Sorge getroffen werden kann.

§ 20. Diese Instruktion tritt zugleich mit der Todtenbeschau-Ordnung, d. i. mit 1. April 1896 in Wirksamkeit.

Anhang

Formulare I.

Aerztlicher Behandlungsschein
für

Vor- und Zuname :

Alter :

Stand :

Wohnort :

Letzte Krankheit :

Tag und Stunde des Ablebens :

am

Der behandelnde Arzt :

Formulare II.

Protokoll-Nr.

Gemeinde :

Politischer Bezirk :

Land : Salzburg :

Juxta zum Todtenbeschauzettel.

Vor- und Zuname des Verstorbenen :

Dessen Alter :

Stand :

Geburtsort :

Vaterland :

Wohnung :

Tag und Stunde des Ablebens :

Letzte Krankheit :

Tag und Stunde der Beerdigung :

Verfügung mit den Effekten des Verblichenen :

Vorkehrung zur Reinigung der Lokalitäten, woselbst dieses Individuum gestorben ist :

Behandelnder Arzt :

Todtenbeschauer :

Formulare III.

Todtenbeschau-Protokoll

für die Gemeinde

bis

geführt vom Todtenbeschauer

Leichenbeschau-Register.

Jahrgang und Monatstag	Fortlaufende Zahl	Vor- und Zuname des Verstorbenen	Dessen Alter	Stand oder Gewerbe	Geburtsort, Vaterland und Wohnung	Tag und Stunde seines Ablebens	Krankheit, auf welche der Tod erfolgte	Tag und Stunde der Beerdigung	Name des behandelnden Arztes	Verfügung mit den Effekten des Verblichenen

Consulter encore:

Dr. Friedrich Presl: Separatausgabe der neuen österr. Gesetze. Totenbeschau, Rettungsverfahren beim Scheintod und Beerdigungswesen nach der österreichischen Gesetzgebung.

E. — Allemagne.

(La notice qui suit est extraite du Manuel d'hygiène de Weyl, II^e volume).

In Preussen nahm sich das Allgemeine Landrecht der Totenschau an und führte Registrierung wie Konstatierung des Todes (neben den Bestimmungen hinsichtlich der Beerdigungsplätze) im Teil II Titel 11 gesetzlich ein. Die Register waren die pfarramtlich geführten Kirchenbücher. Hinsichtlich der Todesfeststellung brachte die Instruktion vom 31. Oktober

1794 noch Anweisungen zur Verhütung des Scheintodes (erneuert 1847). Die ärztlichen Beziehungen anlangend, so hat sich gerade für Preussen die Art und Weise der Todesfeststellung desshalb ungleichmässig entwickelt, weil die ärztliche Totenschau und der ärztliche Totenschein mittelst polizeilichen Ortsstatuts in Gemeinden eingeführt werden kann, aber nicht eingeführt werden muss. Berlin besitzt die Einrichtung einer für forensische Zwecke ausreichenden Leichenschau seit 1835: Keine Leiche darf beerdigt werden, ohne dass zuvor von einem Arzte der (in jetzt 16 Fragepunkten) genau vorgeschriebene Totenschein ausgestellt worden ist. Die Ausstellung erfolgt durch den behandelnden Arzt. Starb jemand ohne ärztliche Behandlung, so kann zur Ausführung der Leichenschau ein Arzt von den Angehörigen mit Auftrag versehen werden. Sind diese unvermögend, so bewirkt der Armenarzt, bei anderweitigen Complikationen und in besonderen Notfällen der Amtsarzt die Leichenschau und die Ausfüllung des Totenscheins. Stets müssen (z. B. gemäss der poliz. Verf. vom 21. September 1853) die Leichen unehelicher Kinder, wenn solche totgeboren wurden oder innerhalb 24 Stunden nach der Geburt verstarben, von den Amtsärzten beschaut werden. In allen Fällen, in denen der Verdacht entsteht (aus der Beschaffenheit der Leiche, ihrem Fundort, Verletzungen, verdächtiger Umgebung, Plötzlichkeit des Todes), dass Schuld eines anderen zum Eintritt des Todes beigetragen habe, wird seitens der einzelnen Polizeireviere oder des „Leichenkommisariates“ der Staatsanwaltschaft sofortiger Bericht erstattet. Diese Behörde ist alsdann einzig zuständig, die Leiche zur Beerdigung zuzulassen oder, nach anderweitigem Ermessen, die gerichtliche Leichenschau bzw. Obduktion zu verfügen.

Eine Reihe von Haupt- und Mittelstädten Preussens sind in sich mehrender Anzahl diesem Vorgehen gefolgt, auch einzelne preussische Kreise. Sie alle haben die rein ärztliche Leichenschau in der Erkenntniss acceptiert, dass die Totenschau durch Laien — wie sie in Oesterreich, Württemberg, Bayern, Sachsen, Hessen, Baden angenommen und dadurch allerdings zu einer allgemeinen geworden ist — nur unsichere Wege gehen und nur als Notbehelf betrachtet werden kann.

Auf die Notwendigkeit der „Einführung der obligatorischen Leichenschau im Deutschen Reiche“ (unter welcher in erster Linie natürlich stets die ärztliche Leichenschau verstanden bleiben muss) hat die gleichnamige Petition deutscher Lebensversicherungs-Gesellschaften 1881 (und seitdem vielfach in gleichsinnigen Anträgen und gestützt auf die Agitation in ärztlichen und hygienischen Körperschaften) hingewiesen. Wenn es einzelnen Autoren, die diesen spröden Stoff kritisch beleuchtet haben, nicht verständlich erscheint, wie alle die schwerwiegenden Gründe, welche die Neuzeit für die Massnahme der völlig geordneten Totenschau vorzubringen hat, nicht durchgeschlagen haben, so scheint bei diesen Kritiken ein wesentlicher Umstand nicht völlig gewürdigt zu sein. Praktisch beruht die ungleichmässige Behandlung des Bedürfnisses einer Leichenschau durch Sachverständige im ganzen Umfange der Sterbeziffer auf der ungleichmässige Verteilung der Aerzte im Lande. Angenommen selbst, dass es rein numerisch nicht an bereitstehenden Aerzten für diesen Dienst fehlt, so setzt diese Bereithaltung in dem Mass, dass die Totenschau mindestens 24 Stunden nach erfolgtem Ableben bewirkt werden soll, eine so durchgebildete Versorgung mit Aerzten voraus, wie sie in Deutschland noch kaum irgendwo, in den östlichen Reichsgegenden aber ganz sicher nicht existiert. (Auch in Bayern war der Gesetzgeber genötigt, wegen dieser Schwierigkeit für die Kontrollierung der Laienschau durch die ärztliche einen 48-stündigen Zeitraum auszuwerfen.) Neben dieser mehr technischen Schwierigkeit erscheint im deutschen Reichsgebiet die rein materielle, mit dem Kostenpunkt verknüpfte Schwierigkeit von grosser Bedeutung, weil eine gewissenhafte, der Aufgabe vollständig gerecht werdende Totenschau nur dadurch gewährleistet werden kann, dass sie entsprechend, d. h. mit Einschluss der beschwerlichen Reisen der Aerzte, honoriert werde. Die Gesetzgebung und die beratenden Instanzen haben die Frage, wem die nicht ganz unbeträchtlichen Kosten aufzuerlegen sind, wohl erwogen — aber nicht gelöst. Die einzige mögliche Lösung, Reichsfonds für dieses Interesse, das im eminenten Sinne ein öffentliches ist, zur Verfügung zu haben, liegt gleichwohl im Zuge

der Entwickelung, welche das Leichenwesen während der europäisch-germanischen Epoche durchgemacht hat: in der Entwickelung desselben zu einem Gebiete des öffentlichen Rechts. Dieses Entwickelungsstadium ist über dasjenige, welches das Bestattungswesen als Sitte bei allen Völkern durchgemacht, nicht weniger herausgewachsen, als über seine zweite Epoche, in welcher zur Sitte das bürgerliche Recht hinzutrat (die Fragen nach dem Privatrecht der Bestattung und nach dem rechtlichen Tode des Abwesenden — neben dem wirklichen). An das einfache Recht auf die Bestattung (im Erdgrabe) als solche knüpfen sich bereits in der zweiten Hälfte des vorigen und in den ersten Dezennien dieses Jahrhunderts Anschauungen über ein öffentliches Recht, die vorerst gebunden schienen an gewisse kirchliche Rechtsgrundsätze und an den Druck, welchen die zunehmende Dichtigkeit der Bevölkerungen auf sie ausüben musste. Unter dem unmittelbaren Einfluss dieser Rechtsanschauungen durfte sich das sanitäre Toten- und Begräbnisswesen herausbilden, ein durch die Beihilfe der Sanitätsordnungen und der hygienischen Wissenschaft abgerundetes, in seinen selbständigen Rechtsbegriffen und wohldurchdachten polizeilichen Sanitätsgesetzen und -anstalten bereits eine gewisse Vollkommenheit vortäuschendes System.

Wenn aber während des neunzehnten Jahrhunderts nunmehr an dieses System sich noch ein neues, das statistische Prinzip angeschlossen hat, welches nicht blos mehr den Tod und die Bestattung, sondern auch die Todesart öffentlich feststellen will, so folgt bereits aus der Anerkennung des Prinzips seine Verwirklichung durch öffentliche Kosten. Noch eindringlicher rechtfertigt sich diese Notwendigkeit, die Totenschau durch Reichsmittel (Staatsmittel) zu regeln, durch ihren ausgesprochenen Zweck, in der öffentlichen Feststellung der Todesart das Mittel zu erlangen, hygienische Ursachen und Wirkungen zu erkennen, und das Verständniss des Ablebens — und zwar des durch keine Gewaltursache bedingten Ablebens ebenso wie des durch Verschuldung eines anderen oder des durch eine ungewohnte Seuche herbeigeführten Todes — zum

Verständniss dessen zu erheben und auszubilden, was für die Lebenden heilsam ist.

Die Beratungen über ein Leichenschangesetz, wie sie zuerst im deutschen Reichstage im Januar 1875 (dann in mehrfacher Wiederholung) stattgefunden haben, mussten darauf führen, das zu erhoffende Gesetz nicht in zu nahe Verbindung zu setzen mit dem Personenstandsgesetz, dass es vielmehr durchzuschlagen befähigt sein dürfte als ein unentbehrliches Grundprinzip und hauptsächlichstes Teilstück der Reichsmedizinalstatistik. Die wesentlichsten Formen, welche die Todesbescheinigung haben müsste, stehen wohl fest. Sie muss erkennen lassen den Sterbeort, den Vor- und Familiennamen des Verstorbenen, Geburtsjahr, Geburtstag, Familienstand, Beruf, Tag und Stunde des erfolgten Ablebens, das Wodurch? des Ablebens, das Verhältniss des Verstorbenen zum Totenschauer (Arzte), die Merkmale des Todes, die Ausschliessung von Verletzungen und der Ansteckungsfähigkeit der tödlichen Krankheit, im Gegenfalle die gegen die Weiterverbreitung getroffenen Massnahmen, eine Angabe über etwaige Wiederbelebungsversuche. (Diese Aufstellung hat sich bei den Berliner Todesbescheinigungen durchaus bewährt.)

Unwidersprochen bewährt hat sich ferner an allen Plätzen, wo es zur Einführung und praktischen Prüfung gelangt ist, das

System der Todesursachen nach Virchow.

(Benutzt im statistischen Amt der Stadt Berlin mit den während der Benutzung dieses Systems eingeführten Veränderungen. — Um eine einheitliche Bearbeitung der Todesfälle in den verschiedenen Städten zu ermöglichen, sind auch die in den Totenscheinen hier und da vorkommenden unvollkommenen Bezeichnungen in Klammern [] aufgeführt.)

I. Infektionskrankheiten.

1. Masern, Morbilli, Röteln [nervöse Masern].
2. Scharlach, Scarlatina, Scharlachbräune, Scharlachwassersucht, [typhöser Scharlach], Scharlachnierenenzündung.
3. Pocken, Variola, Variolois, Varicella, natürliche, modifizierte, [blutige] Menschenblattern; Windblattern, [auch Lungenschlag mit Pockengift].
4. Rose, Erysipelas, Wander-, Blatter-, Brand-, Haut-, Kopfrose, Rotlauf, Blasenrotlauf.

5. Rachen- und Mandelbräune, Diphtheria, Diphtheritis, [diphtheritische Geschwüre, diphtheritische Bräune,] brandige Bräune, Mundfäule, brandige Rachenentzündung, brandige Entzündung der Mundschleimhaut, diphtheritische Blutzersetzung.
6. Croup, Angina membranacea, Laryngitis fibrinosa, häutige Bräune, Kehlkopfbräune, Luftröhrenbräune.
7. Keuchhusten, Tussis convulsiva, Stickhusten, einschliesslich Stimmritzenkrampf, Spasmus glottidis.
8. Grippe, Influenza.
9. a) Eitervergiftung, Pyaemia, auch Septhaemia (Septikämie), Blutvergiftung, Eiterfieber, Wundfieber.
b) Hospitalbrand, Gangraena nosocomialis.
10. Kindbettfieber, Febris puerperalis, Wochenbettfieber, Gebärmutterbrand, Gebärmutterdiphtherie, [Entbindungsfeber,] einschl. Unterleibsentzündung während und nach der Geburt (Peritonitis puerperalis).
11. Karbunkel, Anthrax vulgaris.
12. Abdominaltyphus, Typhus abdominalis (Typhoidfieber), Unterleibstyphus, Schleimfieber, Nervenfieber, [typhöses Fieber, Faulfieber, Gehirntyphus].
13. Fleckfieber, Typhus exanthematicus, Typhus petechialis, Flecktyphus, Ausschlagtyphus.
14. Rückfallfieber, Febris recurrens, Rückfalltyphus.
15. Ruhr, Dysenteria. Rote, weisse, Gallen-, Darmruhr, Darmdiphtherie.
16. Epidemische Cholera, Cholera asiatica s. epidemica.
17. Mumps, Parotitis epidemica s. maligna, Ziegenpeter, epid., bösartige Ohrspeicheldrüsenentzündung.
18. Epidemische Genickstarre, Meningitis (Arachnitis) cerebrospinalis epidemica.
19. Kaltes Fieber, Febris intermittens, Wechselseifieber.
20. Akuter Gelenkrheumatismus, Rheumatismus, rheumatisches Fieber.
21. Syphilis.
22. Sonstige Infektionskrankheiten, z. B. Blasendiphtherie, diphther. Augenentzündung, Frieseln (Miliaria).

II. Zoonosen

(von Thieren übertragene Krankheiten).

23. a) Hundswut, Hydrophobia.
b) Milzbrand, Pustula maligna (Anthrax contagiosus).
c) Rotzkrankheit, Malleus humidus.

III. Vergiftungen.

24. Tierische und pflanzliche Gifte, z. B. Schlangenbiss, Morsus serpentis; Opium, Nikotin etc.
25. Mineralische Gifte.
a) akute Vergiftung,
b) chronische Vergiftung (Bleikolik).

26. Giftige Gase, Kohlendampf, Leuchtgas, Erstickung durch Gase.
27. Trunksucht, Alkoholismus, Delirium tremens.

IV. Parasiten.

28. Trichinen, Trichinosis.
29. Sonstige Wurmkrankheiten, Blasenwürmer (Cystica), namentlich Echinococcus, Cysticercus [Finnen] und sonstige Entozoen, Wurmfieber, Helminthiasis.
30. Schwämmchen, Aphthae, Soor [Stomatitis mycotica].

V. Tod durch äussere Einwirkungen, gewalsamer Tod.

31. a) Verbrennung und Verbrühung, Brandwunden.
 - b) Erfrieren.
 - c) Ertrinken.
 - d) Erhängen, Erdrosseln, Strangulation.
 - e) Ersticken, Asphyxia.
 - f) Hitzschlag, Sonnenstich, Insolatio.
 - g) Blitzschlag.
 - h) Explosion.
 - i) Ueberfahren und durch Maschinen getötet.
 - k) Sturz und Schlag, Schädelbruch, Schädelverletzung, Hirnerschütterung.
 - l) Schusswunde.
 - m) Stich-, Schnitt- und Bisswunde.
 - n) Folgen der Operation, Verblutung.

VI. Störungen der Entwicklung und Ernährung.

(Entwickelungskrankheiten, konstitutionelle Krankheiten.)

32. Lebensschwäche der Neugeborenen, Debilitas et asphyxia neonatorum, Mangel an Atembewegung, Kopfblutgeschwulst, Entwickelungshemmung.
33. Bildungsfehler, Vitia primae formationis [z. B. gespaltenes Rückgrat, Afterverschluss, Mangel des Mastdarmendes, Rückenmarkwassersucht, Wolfsrachen, Gehirnbruch u. s. w.]
34. Zähnen, Dentitio. [Zahndurchbruch, Zahndurchbruch, Zahnfieber.]
35. Englische Krankheit, Rachitis, weicher Hinterkopf, Craniotabes.
36. Schwindsucht der Kinder, Atrophia infantum acquisita, Atrophie der Kinder.
37. Drüsenabzehrung, Scrofulosis, [Skrofeln, Bauchskrofeln, innere Drüsenentzündung, Drüsengeschwür, Drüsenleiden, Drüsenanschwellung,] Drüsenkrankheit, Drüsenvereiterung, Drüsenverhärtung, Drüsenfieber, [Tuberkulose der Drüsen].
38. Erschöpfung, Inanitio, Entkräftung [Abzehrung (Abmagerung), schlechendes Fieber, Zehrfieber].
39. Altersschwäche, Marasmus senilis.
40. Brand der Alten, Gangraena senilis.

41. Brand, Gangraena.
 - a) Brandgeschwür, Ulcus gangraenosum.
 - b) Druckbrand, Decubitus, *brandiges* Durchliegen.
 - c) Wasserkrebs, Noma, Cancer aquaticus.
42. a) Krebs und Geschwülste (Carcinoma et tumores alii). Alle Arten von Krebs, Brustkrebs, Markschwamm, Speicheldrüsenverhärtung, Leberschwamm, Blutschwamm, Schädelgeschwulst, Wirbelsäulengeschwulst, Gehirngeschwulst (Tum. cerebri), Nasenpolyp, Ohrenpolyp, Geschwulst am Halse, Unterleibsgeschwulst, Gewächs im Leibe.
b) Neubildungen an der Gebärmutter, Gebärmutterverhärtung, Gebärmuttergeschwulst, Gebärmutterpolyp, Fibroid (Fibromyoma), Gebärmutterkrebs (Carcinoma uteri).
43. Kropf, Struma.
44. a) Skorbut, Scorbatus.
b) Blutfleckenerkrankheit, Morbus maculosus Werlhofii, Purpura [haemorrhagica].
c) Bluterkrankheit, Haemophilia, Haemorrhaphilia [Blutzersetzung, Blutentmischung, Säfteentmischung, freiwillige Blutungen].
45. Blutmangel, Anaemia. [Blutleere,] Bleichsucht, Chlorosis.
46. Weissblütigkeit, Leucaemia.
47. Wassersucht, Hydrops.
48. Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus, Meliturie, Harnruhr, Zuckerruhr.
49. Gicht, Arthritis [vera].
50. Bronzekrankheit, Morbus Addisonii.
51. Sonstige Störungen der Ernährung und Entwicklung.

VII. Krankheiten der Organe.

A. Krankheiten der Haut und Muskeln.

[Unbestimmte Hautkrankheiten, Hautauschlag, Flechten, Blasenausschlag, Hautentzündung, Ausschlagfieber].

52. Blutschwärtsucht, Furunculosis, [Blutgeschwür, Eiterbeule].
53. Zellgewebeentzündung, Phlegmone, Zellgewebevereiterung, Sehnscheidenentzündung, [Eitergeschwulst,] [Muskelvereiterung,] Lymphgefäßentzündung, [Zellhautentzündung].
54. Zellgewebeverhärtung der Neugeborenen, Induratio telae cellulosa neonatorum, [Bindegewebeverhärtung].
55. Nabelentzündung, Omphalitis, Nabelvereiterung, Nabelbrand, Nabelgefäßentzündung, Nabelarterienentzündung.
56. Sonstige Krankheiten der Haut und des Zellgewebes, Pemphigus, Eczema.
57. Progressive Muskelentartung, Atrophia musculorum progressiva.

B. Krankheiten der Knochen und Gelenke.

58. Knochen- und Gelenkentzündung, Ostitis, Knochenhautentzündung (Periostitis), Knochenmarkentzündung (Osteomyelitis), Knocheneiterung (Caries), Knochenbrand (Necrosis), Gelenkeiterung (Pyarthros), chronischer Rheumatismus.

59. Knochenerweichung, Osteomalacia.

C. Krankheiten des Gefäßsystems.

60. a) Herzbeutelentzündung, Pericarditis.
b) Wassersucht des Herzbuntels, Hydropericardium.
61. Herzvergrößerung, Hypertrophia et dilatatio cordis, Herzerweiterung.
62. Herzfehler, Vitia cordis, org. Herzkrankheit, Herzklappenfehler, Blausucht (Cyanosis).
63. Zerreissung des Herzens, Ruptura cordis.
64. Herzlähmung, Paralysis cordis. Herzschlag (Apoplexia cordis), Herzkrampf, Herzverfettung, Fettherz.
65. Arterienkrankheiten, Arteriarum morbi. Aortenerweiterung, Aneurysma [Schlagadererweiterung, Pulsadergeschwulst]. Arterienverstopfung, Embolia, Schlagaderriss, [Bersten eines Blutgefäßes].
66. Venenkrankheiten, Venarum morbi. Aderbruch, Krampfaderbruch (Varix). Venenentzündung (Phlebitis), [Aderverhärtung, Aderentzündung,] Blutgefäßverstopfung, Venenverstopfung (Thrombosis), Pfortaderentzündung (Pylephlebitis).

D. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane.

67. Hirnhautentzündung, Meningitis, Entzündung der harten Hirnhaut (Pachymeningitis), Entzündung der weichen Hirnhaut (Arachnitis).
68. Tuberkulöse Hirnhautentzündung, Meningitis (Arachnitis) tuberculosa s. granulosa.
69. Gehirnhöhlenwassersucht, Hydrocephalus internus, Gehirnwassersucht, Wassersucht, Wasserkopf, Wasserschlag.
70. a) Gehirnentzündung, Encephalitis, einschl. Eiterung, Gehirnabscess, Gehirntuberkeln, Gehirnskropheln.
b) Gehirnerweichung, Encephalomalacia.
71. Gehirnschlag, Apoplexia sive haemorrhagia cerebri, Schlaganfall, Blutschlagfluss, Gehirnblutung.
72. Gehirnlähmung und Nervenschlag, Paralysis cerebri, Gehirnödem, Congestionen, nach dem Gehirn, Gehirnanämie, [Paralyse].
73. Geisteskrankheit, Mania, Blödsinn, [Schwäche, Erschöpfung nach Tobsucht,] allgemeine progressive Paralyse.
74. Rückenmarkentzündung, Myelitis, Rückenmarkhautentzündung, Meningitis spinalis.
75. Rückenmarksschwindsucht, Tabes dorsalis, Rückenmarksdarre.
76. Rückenmarkslähmung, Paralysis spinalis, Rückenmarkserweichung.
77. a) Eklampsie der Gebärenden und Wöchnerinnen, Eclampsia puerperarum.
b) Eklampsie der Schwangeren, Eclampsia gravidarum.
78. Fallsucht, Epilepsia, Veitstanz, Chorea.
79. Starrkrampf, Tetanus et trismus, Wundstarrkrampf, Kinnbackenkrampf (Mundklemme).
80. Sonstige Krämpfe, Spasmi et convulsiones, Eklampsie der Kinder

und sonstige Nervenkrankheiten, Gehirnreizung, [Kopfreissen, Kopfkrampf, Reflexkrampf, Schüttellähmung].

81. Ohrenkrankheiten, Morbi aurium.
82. Augenkrankheiten, Morbi oculorum [z. B. Augenentzündung, Verengerung der Augen].

E. Krankheiten der Respirationsorgane.

83. Kehlkopfentzündung, Laryngitis, Entzündung der Luftröhre, Luftröhrenkatarrh.
84. Kehlkopfverengerung, Laryngostenosis.
85. Halsschwindsucht, Phthisis laryngea et trachealis, Kehlkopfschwindsucht, [Halsdrüsenerentzündung].
86. Akute Bronchitis, Bronchitis acuta, Kapillarbronchitis, Katarrhal fieber, [Schnupfen].
87. Chron. Bronchialkatarrh, Bronchitis chronica, [Lungenschleimfluss], chron. Katarrh, Catarrhus senilis, Lungenkatarrh, Lungenverschleimung, [Schleimsucht, Luftröhrenverschleimung, Hustenkatarrh].
88. Lungenentzündung, Pneumonia.
89. Lungenschwindsucht, Phthisis pulmonum, Schwindsucht, Tuberkulose, gallop. Schwindsucht, [Lungenknoten,] Lungenabzehrung, [Brustkrankheit,] Lungenvereiterung, Lungenabscess, Lungengeschwür, Lungensucht, Zehr husten, [organ. Brustleiden,] hektisches Fieber, Miliartuberkulose.
90. Lungenblutsturz, Haemoptoë, Bluthusten, Blutsturz, [Lungenblutung, Lungenzerreissung].
91. Lungenemphysem, Emphysema pulm., Asthma, [Lungenkrampf, Brustkrampf, Engbrüstigkeit, Erstickungskatarrh, Lungenerweiterung].
92. Lungenbrand, Gangraena pulmonum.
93. Lungenlähmung, Paralysis pulm., Lungenödem, (Oedema pulm.) Lungen schlag (Apoplexia pulm.)
94. Brustfellentzündung, Pleuritis, Rippenfellentzündung, Lungenfell entzündung, Eiterbrust, [Brustfistel, Seitenstechen].
95. Brustwassersucht, Hydrothorax.
96. Luftaustritt in die Brusthöhle, Pneumothorax.

F. Krankheiten des Verdauungsapparates.

97. Krankheiten der Zunge, Morbi linguae [Zungenvereiterung].
98. Krankheiten der Ohrspeicheldrüse, Morbi parotidis, [Ohrspeichel drüsenerweiterung].
- 98a. Halsentzündung, Pharyngitis, Rachenkatarrh, Halsabscess.
99. Krankheiten der Speiseröhre, Morbi oesophagi, [Speiseröhrenver engung, Speiseröhrenentzündung].
100. Unterleibentzündung, Peritonitis, Vereiterung im Unterleibe, Unter leibsabscess, [Bauchhöhlenabscess.] Beckenabscess, [Unterleibs fistel,] Darmfistel, Mastdarmfistel.

101. Bauchwassersucht, Ascites.
102. Brüche, Herniae, Bauchbruch, Leistenbruch, [brandiger Bruch,] Nabelbruch, Unterleibsbruch, Darmeinklemmung, Brucheinklemmung (Hernia incarcerata), Mastdarmvorfall (Prolapsus recti).
103. Darmverschluss, Ileus, Darmverengerung, Darmerweiterung, [Darmverstopfung, Darmverschiebung,] innere Einklemmung (Incarceratio interna). Kotverhaltung, Koterbrechen (Miserere), Darmeinschiebung (Intussusceptio), Darmverschlingung (Volvulus), Darmverschliessung (Enterostenosis).
104. Magenkatarrh, Febris gastrica, Catarrhus ventriculi, Magenerweichung, Magenentzündung, Gastritis, [Magenfieber,] chronisches Erbrechen [Vomitus chronicus].
105. Magengeschwüre, Ulcus ventriculi, Magenfistel, Magenperforation (Durchbohrung), Magenkampf.
106. Magenverengerung, Stenosis ventriculi, Magenverhärtung, organ. Magenleiden.
107. Bluterbrechen, Haematemesis, Magenblutung.
108. Darmblutung, Haemorrhagia intestinalis, Mastdarmblutung, Hämmorrhoiden.
109. Darmzerreissung, Ruptura intestinalis, Darmdurchbohrung (Perforatio intestini), [Darmerguss, Darmbrand].
110. Durchfall, Diarrhoea, Sommerdurchfall, Darmkatarrh. [Verdauungsschwäche].
111. Kinderdurchfall, Diarrhoea infantum, Zahnrühr, Zahndurchfall, Verdauungsschwäche der Neugeborenen.
112. Brechdurchfall, Cholera nostras s. sporadica, Brechruhr, Cholerine.
113. Magen- und Darmentzündung, Gastroenteritis, Blinddarmentzündung, Typhlitis, Perityphlitis.
- 113a. Magen- und Darmkatarrh.
114. Darmkampf, Spasmus intestinalis, Darmkolik, [Dolores colici,] Kolik, Trommelsucht (Meteorismus, Tympanites), Blähnsucht.
115. Unterleibsschwindsucht, Phthisis intestinalis, Darmschwindsucht, Darmgeschwüre, Darmtuberkeln, Unterleibsabzehrung.
116. Gekrössschwindsucht, Phthisis mesenterica, Gekrössdrüsenviereiterung, [Unterleibsdrüsen, Gekrösfieber, Darmverhärtung].
117. Sonstige Unterleibskrankheiten, Intestinorum morbi, [Unterleibsliden, Unterleibskrankheit, Unterleibsgeschwür, organische Leiden im Unterleibe, Unterleibsieber, Unterleibsschwäche, Darmleiden].
118. Krankheiten der Milz, Morbi lienis, Milztumor (Tumor lienis), Milzvergrösserung, [Miltzverhärtung, Milzanschwellung,] Milzentzündung, Splenitis.
119. Gallensteine, Cholelithiasis, Gallensteinkolik.
120. Gelbsucht, Icterus, Gallenfieber (Gelbsucht der Neugeborenen).
121. Leberentzündung, Hepatitis, Leberabscess, [Lebervvereiterung,] Leberverschwärzung.

122. Akute Leberatrophie, Atrophia hepatis acuta, Lebererweichung.
123. Chronische Leberatrophie, Atrophia hepatis chronica, Leberverhärtung, [Leberanschwellung, Lebervergrößerung, Leberentartung, organ. Leberleiden, Leberschrumpfung,] Lebercirrhose.

G. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

124. Entzündung und Lähmung der Harnwege (Harnröhre und Harnblase), Cystitis et urethritis, einschl. Blasenkatarrh, Blasenvereiterung, Blasenbrand, Blasenkampf, Urinverhaltung.
125. Sonstige Leiden der Blase, der männlichen Geschlechtsteile und der Prostata, einschl. Harnröhrenverengerung, Harnröhren- und Blasenfistel.
126. Harnvergiftung, Uraemia, Harninfiltration.
127. Steinkrankheit, Lithiasis, Blasenstein, Nierenstein.
128. Nierenentzündung, Nephritis, Bright'sche Krankheit, Nephritis albuminosa, [Eiweisskrankheit,] Nierenschrumpfung, [Nierenatrophie,] Granularatrophie, Nierenwassersucht, Hydronephrosis.
129. Nierenvereiterung, Nephritis purulenta, Nephrophtisis.

H. Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.

130. Bauchschwangerschaft (Graviditas extrauterina), [abnorme Schwangerschaften, Schwangerschaft um unrechten Ort,] Tubenschwangerschaft.
- 130a. Zufälle der Schwangerschaft, Morbi gravidarum, Blutungen in der Schwangerschaft, Placenta praevia, einschl. Brustdrüseneentzündung, Brustdrüsenaabscess, Mastitis.
131. Fehlgeburt, Abortus.
132. Gebärmutterriss, Ruptura uteri, [Gebärmutterdurchreibung].
133. Folgen der Entbindung, Sequelae puerperii, Blutungen während der Geburt und im Wochenbett, Metrorrhagia puerperalis.
134. Gebärmutterblutung ausserhalb der Geburt und des Wochenbettes, Metrorrhagia non puerperalis.
135. Gebärmutterentzündung und sonstige Gebärmutterleiden ausserhalb der Geburt und des Wochenbettes, Metritis non puerperalis, Gebärmuttervereiterung, [Gebärmutterleiden, Gebärmutterverengung, Gebärmutterkrämpfe].
136. Eierstockswassersucht, Hydrops ovarii, Eierstocksgewächs, Eierstocksgeschwulst.
137. Eierstocksentrzündung, Oophoritis, sonstige Eierstocksleiden.
138. **VIII. Unbestimmte oder nicht angegebene Krankheiten**
[z. B. Entzündungsfebris, Eitererguss, Schleimhautentzündung, Entzündung der Nasenschleimheit, Entzündung, innere Entzündung, innere Krankheit etc.]

Pour de plus amples renseignements sur les règlements en vigueur dans les différents États de l'Allemagne, nous renvoyons à: *Guttstadt, Deutsches Gesundheitswesen*, tome II^{me}, pp. 441—517.

Nous reproduisons encore un projet de loi émanant de l'office sanitaire de l'Empire (Kaiserliches Gesundheitsamt in Vierteljahrsschrift f. öff. Ges. 10. Bd. S. 558):

Entwurf eines Gesetzes über Leichenschau.

Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preussen etc., verordnen im Namen des Deutschen Reichs, nach erfolgter Zustimmung des Bundesrathes und des Reichstages, was folgt:

§ 1.

In Orten mit mehr als 5000 Einwohnern ist jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen.

Durch die Leichenschau ist festzustellen, dass der Tod eingetreten und welches seine wahrscheinliche Ursache ist.

§ 2.

Die Leichenschau wird, wenn nicht ein anderer Arzt, welcher den Verstorbenen behandelt hatte, an die Stelle tritt, durch diejenigen Aerzte bewirkt, welche hierzu nach Anordnung der Landesregierungen von den betheiligten Gemeinden zu bestellen sind.

§ 3.

Von jedem Sterbefall ist dem zur Leichenschau bestellten zuständigen Arzte unverzüglich Anzeige zu machen.

Die Anzeige kann unterbleiben:

1. wenn der zur Vornahme der Leichenschau bestellte Arzt selbst den Verstorbenen in der Krankheit, welche den Tod zur Folge hatte, ärztlich behandelt und durch diese Behandlung aus eigener Wahrnehmung Kenntniss von dem Sterbefall erlangt hat;
2. wenn ein anderer Arzt, welcher den Verstorbenen behandelt hat, nach den Vorschriften des § 6 die Leichenschau vornimmt, sowie den Leichenschein ausstellt und einsendet.

§ 4.

Zu der Anzeige (§ 3) ist das Familienhaupt und, wenn ein solches nicht vorhanden oder verhindert ist, Derjenige verpflichtet, in dessen Wohnung oder Behausung der Sterbefall sich ereignet hat.

Im Falle eines Leichenfundes liegt die Anzeige demjenigen Beamten ob, welchem die nächste Sorge für die Leiche zufällt.

§ 5.

Bei Sterbefällen, welche in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Hebammen-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten sich ereignen, trifft die Verpflichtung zur Anzeige den Vorsteher der Anstalt oder den von der zuständigen Behörde ermächtigten Beamten.

§ 6.

Nach Empfang der Anzeige oder nach der durch eigene Wahrnehmung erlangten Kenntniss von dem Sterbefall hat der zur Leichenschau verpflichtete Arzt sobald als möglich, spätestens bis zum Mittag des auf die Anzeige folgenden Tages, die Besichtigung der Leiche da, wo dieselbe sich befindet, vorzunehmen.

Liegen unzweifelhafte Zeichen des natürlich eingetretenen Todes vor, so hat der Arzt sofort den Leichenschein nach dem vorgeschriebenen Schema doppelt auszufertigen.

Die eine Ausfertigung, welche die Angabe der Todesursache nicht enthalten darf, ist alsbald dem zur Anzeige des Sterbefalls Verpflichteten (§§ 4, 5) auszuhändigen.

Die zweite, mit der Angabe der Todesursache zu versendende Ausfertigung des Leichenscheines hat der Arzt an die zuständige Medicinalbehörde einzusenden.

Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass die betreffende Person eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, so hat der Arzt unverzüglich der zuständigen Justiz- oder Polizeibehörde Anzeige zu machen, den Leichenschein nur einmal auszufertigen und diese mit Angabe der Todesursache zu versendende Ausfertigung an die zuständige Medicinalbehörde einzusenden.

§ 7.

Welche Gebühren für die Leichenschau zu entrichten sind, unterliegt der Bestimmung der Landesregierungen. Zur Entrichtung ist Derjenige verpflichtet, welcher die Kosten der Beerdigung zu bestreiten hat.

§ 8.

In Orten mit mehr als 5000 Einwohnern darf die Eintragung eines Sterbefalles, ausser den Fällen des § 58 Absatz 2 des Gesetzes über die Beurkundung des Personenstandes etc. vom 6. Februar 1875 (R. G. Bl. S. 23), erst nach Vorweisung des Leichenscheins erfolgen.

§ 9.

In Orten mit 5000 oder weniger Einwohnern muss die Leichenschau, sowie die Ausfertigung und Einsendung des Leichenscheins nur dann stattfinden, wenn der Verstorbene sich während der Krankheit, welche den Tod zur Folge hatte, in einer fortgesetzten ärztlichen Behandlung befunden hat. Zur Vornahme der Leichenschau, sowie zur Ausfertigung und Einsendung des Leichenscheins ist alsdann der Arzt verpflichtet welcher den Verstorbenen zuletzt behandelt.

Hat dieser Arzt nicht aus eigener Wahrnehmung Kenntniss von dem Sterbefall erlangt, so ist ihm die Anzeige von dem Familienhaupt oder dem

an dessen Stelle Verpflichteten (§ 4) unverzüglich zu machen. Für die Vornahme der Leichenschau, sowie für die Ausfertigung und Einsendung des Leichenscheins gelten die Bestimmungen des § 6.

§ 10.

Wer den durch die in §§ 4 bis 6, 8 und 9 für ihn begründeten Verpflichtungen nicht nachkommt, wird mit Geldstrafe bis zu einhundert Mark bestraft.

Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von dem zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist.

§ 11.

Unberührt bleiben die Landesgesetzlichen Bestimmungen, welche in Beziehung auf die Leichenschau weitergehende Verpflichtungen begründen, als die Vorschriften dieses Gesetzes.

§ 12.

Auf Sterbefälle von Angehörigen des activen Heeres, sowie auf Sterbefälle, welche in einem unter der Verwaltung von Militärbehörden stehenden Gebäude sich ereignen, finden die §§ 1 bis 10 keine Anwendung. In welcher Art bei solchen Sterbefällen die Leichenschau vorzunehmen ist, wird durch kaiserliche Verordnung bestimmt.

§ 13.

Dieses Gesetz tritt mit dem

in Kraft.

Urkundlich etc.

Gegeben etc.

Consulter encore:

Grotfend: Das Leichen- und Begräbniswesen im preussischen Staate, bes. für Polizei- und Medizinalbeamte, Pfarrer und Kirchenvorstände bearbeitet, Arnsberg (1870).

Mair: Die Reformbestrebungen im bayrischen Leichenschauwesen, Bayr. Int.-Bl. (1877) N° 40.

Rob. Volz: Zur Einführung einer Mortalitätsstatistik, V. f. öff. Ges. 4. Bd. 200.

Die Leichenschau im Grossherzogthum Baden, V. f. öff. Ges. 4. Bd. 201.

Märklin: Petition des Niederrhein. Vereins f. öff. Ges. an den hohen Deutschen Reichstag, betr. den Erlass eines Ges. über die *obligatorische* Leichenschau, Korresp.-Bl. d. Vereins etc. (1875) 38.

Die *obligatorische* Leichenschau, D. Med.-Ztg. (1885) 297.

Die obligatorische Leichenschau vor dem Deutschen Reichstage und vor der Kommission für Reichsmedizinalstatistik, V. f. öff. Ges. 7. Bd. (1875) 464.

Erklärung über die Emanation eines Leichenschaugesetzes, V. f. öff. Ges. 8. Bd. (1876) 96.

Beneke: Welche Massregeln müssen genommen werden, um eine allgemeine Mortalitätsstatistik durchführen zu können? V. f. öff. Ges. 7. Bd. 292.

Hermann Wasserfuhr: Zur Organisation der Sterblichkeitsstatistik. V. f. öff. Ges. IV. 1872 p. 185.

Luxembourg, le 1^{er} juillet 1899.

La Commission :

Dr P. KOCH, président;

Dr M. KLEIN, Dr A. WEBER, Ch. SIEGEN, membres;

Dr A. PRAUM, secrétaire.



ADDENDA.

A ajouter à la page 41 du supplément, in fine :

La Société royale de médecine publique en Belgique encouragée et aidée par les pouvoirs publics, a essayé de combler les lacunes de la législation. Les membres effectifs de la Société s'engagent à envoyer tous les mois au bureau central des indications détaillées sur les causes de chacun des décès tombés sous leur observation. Les observations les plus utiles sont ainsi réunies chaque année.

Page 72: Bernheim: Entwurf eines Leichenschangesetzes für das Königreich Preussen.

Page 72: Composition de la Commission: Dr P. KOCH, président, Dr M. KLEIN, Dr A. WEBER, Dr A. SCHUMACHER, membres Dr A. PRAUM, secrétaire.



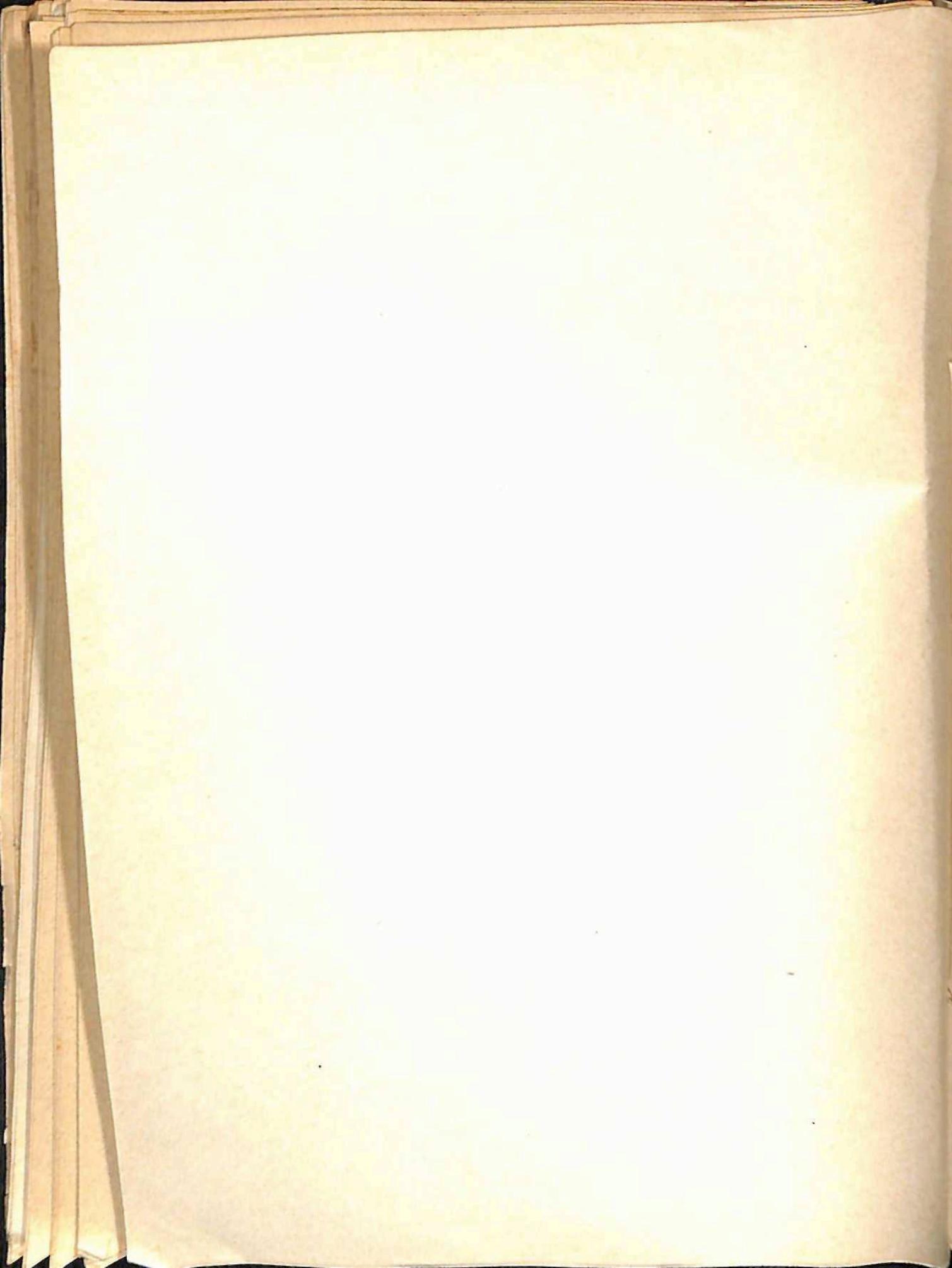


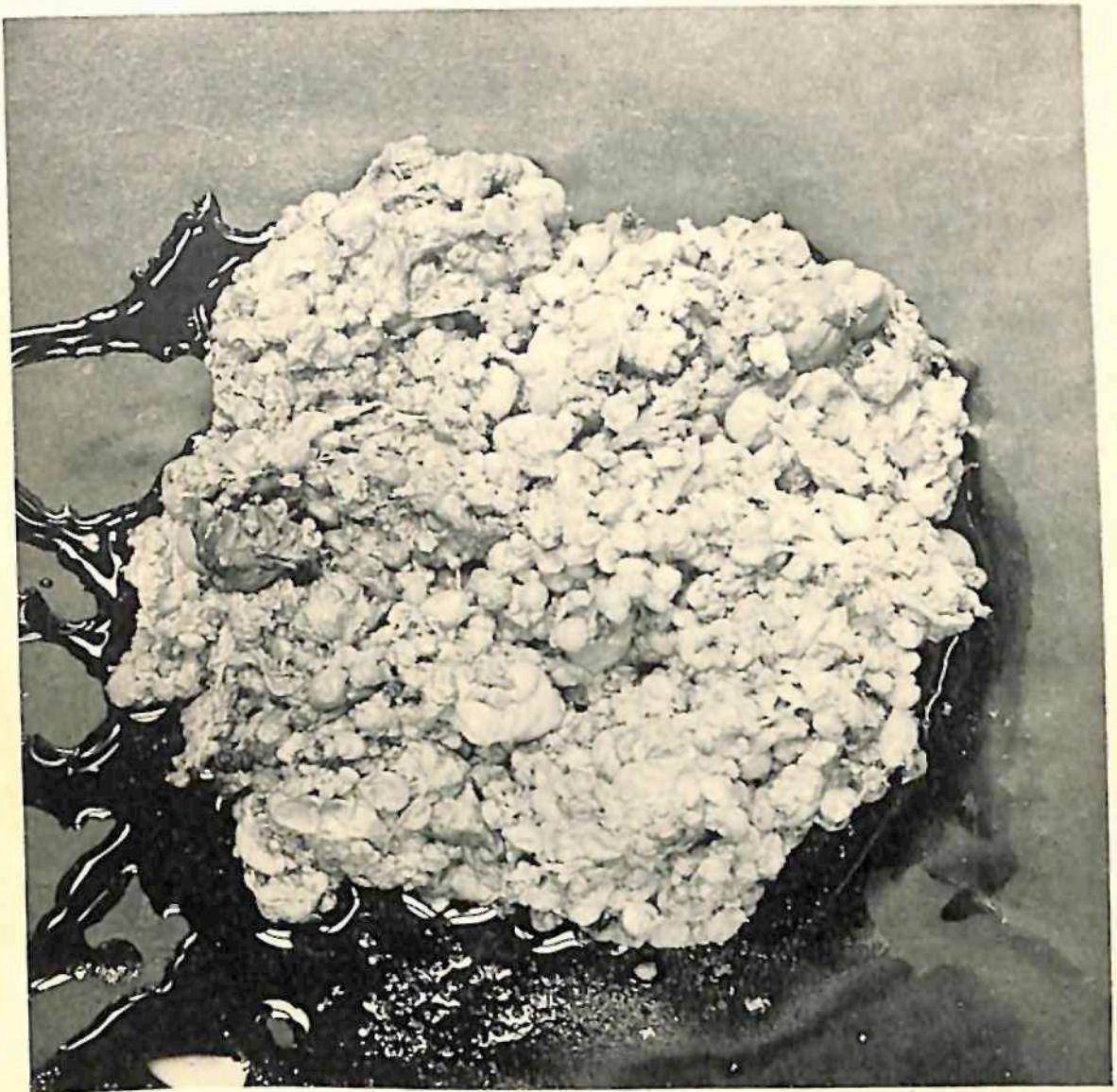
TABLE DES MATIÈRES.

	Pages.
Liste des membres de la Société	3
Allocution prononcée par Monsieur le docteur Klein aux funérailles du docteur Lehnertz.....	7
Extraits des comptes-rendus des assemblées générales de la Société.	11
Eine leichte Form der Luxation des Oberschenkelkopfes, beobachtet von Dr Ernest Feltgen.....	21
Eine Hautentzündung von sehr grosser Ausdehnung beobachtet von Dr Ernest Feltgen.....	25
Beitrag zur Lehre über die Incubationszeit bei Tetanus traumaticus, von Dr Ernest Feltgen	29
Ueber einen günstig verlaufenen Fall von subcutaner Ruptur der Harnröhre in der pars membranacea, mit nachfolgender Harninfiltration und Septikämie, von Dr Wilhelm Krombach, prakt. Arzt, zu Luxemburg-Bahnhof.....	33
Ueber eine Cholecystotomie wegen Hydrops vesicæ felleæ von Dr Wilhelm Krombach, prakt. Arzt, zu Luxemburg-Bahnhof	37
Ueber eine Haematocele in der rechten Schultergegend, von Dr Wilhelm Krombach, prakt. Arzt, zu Luxemburg-Bahnhof	45
Dispositions législatives et administratives concernant l'art de guérir dans le Grand-Duché de 1882 à 1899.	
I. Organisation, examens	53
II. Pratique dans les communes frontières.....	59
III. Hygiène publique	62
IV. Tarifs	74
V. Pharmacie.....	76
VI. Service médical des indigents	77
VII. Laboratoire pratique de bactériologie.....	78
VIII. Établissement de maternité	84

Supplément.

Rapport et documents se rattachant à la question de la constatation des décès, recueillis par la commission nommée le 29 octobre 1898	3
Addenda	73





Photogr. der von Dr ERNEST FELTGEN im *Bulletin de la Société des Sciences médic.*, 1898, beschriebenen Blasenmole
(auf S. 39-42).

(Photogr. ausgeführt von Dr Praum).

CODE DES RAPPORTS CONFRATERNELS ENTRE MÉDECINS.

ART. I^e.

Les médecins honorent leur profession en se respectant eux-mêmes et en témoignant, dans leurs rapports confraternels, tant en paroles qu'en action, les plus grands égards les uns aux autres.

ART. II.

Le confrère appelé en cas d'urgence auprès d'un malade dont le médecin est momentanément empêché, se bornera à prescrire la médication nécessaire pour le moment et s'abstiendra de toute réflexion sur la médication suivie jusque là.

ART. III.

Il ne devra réitérer sa visite que s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

ART. IV.

Le médecin appelé en consultation devra s'abstenir vis-à-vis du malade tout aussi bien que de son entourage de toute observation de nature à porter préjudice à la confiance accordée au médecin ordinaire.

La consultation doit se faire entre médecins seuls et chaque parole qui pourrait mettre en défaveur l'un ou l'autre des médecins consultants est éminemment repréhensible. Le traitement convenu sera donné et surveillé par le médecin ordinaire; ce dernier exécutera les opérations, pansements, etc., à moins qu'il ne veuille en charger l'un des confrères.

ART. V.

Le médecin consultant n'ira voir le malade que sur nouvelle invitation du médecin traitant.

ART. VI.

Il ne devra jamais accepter la succession dans cette maladie soit aiguë soit chronique.

ART. VII.

Le cabinet du médecin est un terrain neutre, où il peut donner ses conseils à toutes les personnes qui voudront les lui demander.

