

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wiking-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensionsexemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Redaktion:

Dr. L. Becker Geh. Med.-Rath Berlin.	Dr. Braehmer Geh. San.-Rath Berlin.	Dr. Florschütz Gotha.	Dr. Fürbringer Geh. Med.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Haug Professor München.	Dr. Kionka Professor Jena.	Dr. Kirchner Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof. Berlin.	Dr. A. Leppmann Med.-Rath. Berlin.	
Dr. von Liszt Geh. Just.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Loebker Professor Bochum.	Dr. Ostertag Professor Berlin.	Dr. Puppe Priv.-Doz. u. Gerichtsarzt Berlin.	Radtke Kaiserl. Reg.-Rath Berlin.	Dr. Roth Reg.- u. Geh. Med.-Rath Potsdam.	Dr. Silex Professor Berlin.	Dr. Stolper Breslau.	Dr. Windscheld Professor Leipzig.

Dr. F. Leppmann - Berlin.

Verantwortlicher Redakteur.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902.

№ 8.

Ausgegeben am 15. April.

Inhalt:

Originalien: Stursberg, Zur Beurtheilung des Zusammenhangs zwischen multipler Sklerose und Trauma. S. 153.
Knotz, Zur Frage der traumatischen Neurosen. S. 155.
Cahen, Syphilis und Unfall. S. 159.
Referate: Sammelbericht. Stolper, Die neueren Arbeiten über traumatische Erkrankungen der Wirbelsäule. S. 162.
Chirurgie. Riegner, Subkutane Zerreißung des Sinus longitudinalis durae matris. S. 165.
Tilman, Ueber Hirnverletzungen durch stumpfe Gewalt und ihre Beziehungen zu den Brüchen des knöchernen Schädels. S. 165.
Hlott, Eindringen eines Pfeifen-Mundstücks in den Gaumen und Durchbohrung des Bodens der Augenhöhle. S. 165.
Watt, Traumatisches Emphysem der Augenlider. S. 166.
Vergiftungen. Oehmke, Selbstmord durch Schwefeldunst. Erstickung oder Vergiftung. S. 166.
Conzens, Folgen einer Salzsäurevergiftung. S. 166.

Kratter, Ueber Phosphor und Arsen als Fruchtabtreibungsmittel. S. 166.
Jaquet, Ueber Brommethylvergiftung. S. 167.
Aus Vereinen und Versammlungen: Zwei Diskussionen über das Recht des Arztes zur Fruchttödtung. (I. Berl. Med. Ges. Sitzungen vom 22. und 29. Januar, 5. und 12. Februar 1902. II. Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg, Sitzung vom 6. Januar 1902.) — Berliner Bahnärztlicher Verein. S. 167.
Gerichtliche Entscheidungen: Aus dem Reichs-Versicherungsamt: Erwerbsfähigkeit und Versicherungspflicht im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes bei einem Menschen, der beide Hände verloren hat. S. 170.
Bücherbesprechungen: Kolb, Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten. — Zur Besprechung eingegangen. S. 170.
Tagesgeschichte: Fürsorge für Unfallkrüppel. — Mittheilung ärztlicher Gutachten an die Unfallverletzten seitens der Berufsgenossenschaften. — Der Gebührengesetz-Entwurf vor der Berlin-Brandenburgischen Aerztekammer. — Heilstätte für Geschlechtskranke. — Das Gesetz über die öffentliche Gesundheit in Frankreich. S. 171.

Aus der medizinischen Universitätsklinik zu Bonn,
Direktor Geheimrath Prof. Dr. Schultze.

Zur Beurtheilung des Zusammenhangs zwischen multipler Sklerose und Trauma.

Von

Dr. H. Stursberg,

Assistenzarzt der Poliklinik.

Windscheld hat vor Kurzem in dieser Zeitschrift*) über einen Kranken berichtet, dessen Leiden er als multiple Sklerose deutet und auf eine Verletzung als ursächliches Moment zurückführt. Angeregt durch diese Mittheilung, möchte ich im Folgenden kurz 3 Fälle dieser Erkrankung besprechen, die auf Unfälle zurückgeführt wurden und im Laufe des vorigen Jahres in der Bonner medizinischen Klinik zur Beobachtung und Begutachtung kamen. Sie bieten bezüglich der Vorgeschichte eigenthümliche Verhältnisse, vermöge deren sie für

*) 1902, Heft 1. Vergl. übrigens betr. der Diagnose des dort mitgetheilten Falles: Kaplan-Finkelburg, Anatomischer Befund bei traumatischer Psychose mit Bulbärscheinungen etc. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1900, S. 210ff.

die Beurtheilung des Zusammenhanges der herdförmigen Verhärtung mit Traumen ein gewisses Interesse beanspruchen können.

Im ersten Falle handelte es sich um den 37jährigen Dreher L., aufgenommen am 12. April 1901. Seiner Angabe nach stammt er aus gesunder Familie, ist verheirathet, Vater von 4 gesunden Kindern. Er behauptet auf das Bestimmteste, früher, abgesehen von einer Eiterung am linken kleinen Finger, nie krank gewesen zu sein. Am 3. Februar 1900 stürzte er angeblich in Folge Abgleitens eines Schraubenschlüssels bei der Arbeit an der Drehbank hinterrücks zu Boden und schlug mit dem Hinterkopfe auf einen Eisenblock auf. Er habe sich dabei eine stark blutende Kopfwunde zugezogen, sei 2—3 Minuten lang bewusstlos und 5 Wochen (nach den Akten nur 3 Wochen) wegen der Kopfwunde und wegen Bestehens von Kopfschmerzen und Schwindel arbeitsunfähig gewesen. Nach Wiederaufnahme seiner Thätigkeit befel ihn plötzlich während einer Eisenbahnfahrt um Mitte April desselben Jahres ein so heftiges Schwindelgefühl und eine derartige „Steifheit“ in den Beinen, dass er nicht allein gehen konnte. Nach eintägiger Schonung trat Besserung ein, völlig verschwanden aber die Beschwerden nicht mehr. Am 6. September 1900 zwangen zunehmendes Schwindelgefühl, Flimmern vor den Augen und Doppeltsehen ihn zum Niederlegen der Arbeit. Eine Inunktionskur, welche im Krankenhaus mit ihm vorgenommen wurde, blieb ohne Erfolg.

Bei der Aufnahme klagte L. über Kopfschmerzen, Schwindel, Steifigkeit in den Beinen, Doppeltsehen beim Blick nach rechts, über des Nachts auftretende blitzartige Zuckungen durch den ganzen Körper und über schlechten Schlaf. Beim Wasserlassen und bei der Stuhlentleerung bestanden keine Beschwerden.

Der Untersuchte ist ein ziemlich kräftig gebauter und gut genährter Mann. Neben einer oberflächlichen Narbe am linken Unterschenkel und einer narbigen Verkrümmung des kleinen Fingers der linken Hand findet sich am Hinterkopfe links etwas unterhalb der Lambdanaht eine kleine, oberflächliche, gut verschiebbliche, angeblich druckempfindliche Narbe, die von dem in Frage stehenden Unfall herühren soll.

Erkrankungen der Brust- und Bauchorgane sind nicht nachweisbar.

Die Kniereflexe sind beiderseits erheblich gesteigert, beiderseits besteht sehr lebhafter Patellar- und Fussklonus. Fusssohlenreflexe ziemlich lebhaft, Plantarflexion der Zehen. Cremasterreflexe sehr schwach, Bauchreflexe nicht deutlich nachzuweisen. Auch die Armreflexe sind gesteigert, auf beiden Seiten sehr lebhafter Ulnareflex und Reflexzuckungen beim Beklopfen der Handwurzelknochen. Kinnreflex lebhaft. Hornhautreflex links normal, rechts etwas herabgesetzt.

Die Sehfähigkeit des linken Auges soll wesentlich schlechter sein als die des rechten; dem entspricht der Augenspiegelbefund*), der links Atrophie der Papille, rechts vielleicht etwas blässere Farbe derselben erkennen lässt. Ausserdem besteht auf beiden Augen Chorioiditis disseminata. Pupillen ohne Besonderheiten. Beim Blick nach aussen ziemlich lebhafter, feinschlägiger Nystagmus. Die rechte Nasolabialfalte ist etwas verstrichen, der rechte Mundwinkel bleibt beim Zähnezeigen etwas zurück. Im Uebrigen sind die Gehirnnerven frei von Störungen; die Sprache ist regelrecht.

Die Kraft der Arme und Beine ist gut erhalten. In den Letzteren geringe, aber deutliche Spasmen; keine Ataxie. An den Händen Intentionstremor angedeutet. Gang deutlich spastisch. Starkes Romberg'sches Phänomen.

Sensibilität intakt.

Keine psychischen Abnormitäten.

Auf Grund dieses Befundes waren wir wohl berechtigt, die Diagnose auf „herdförmige Verhärtung des Gehirns und Rückenmarks“ zu stellen. Wenn auch der Unfall nicht allzu schwer war, so lag doch die Vermuthung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen ihm und dem zentralen Leiden nahe, und wir konnten daher in unserem Gutachten einerseits nicht völlig ausschliessen, dass das Trauma bei vorhandener Disposition vielleicht die Rolle eines auslösenden Momentes gespielt haben könnte, andererseits schien es uns aber mindestens ebenso wahrscheinlich, dass das Leiden schon vorher bestand, und dass der Unfall sogar möglicherweise als Folge eines durch die zentralen Veränderungen bedingten Schwindel- oder Schwächeanfalls aufzufassen war, ähnlich demjenigen, welchen der Kranke im April 1900 durchmachte.

Ein Hinweis hierauf veranlasste Nachforschungen seitens der Krankenkasse und diese ergaben, dass L., abgesehen von einigen anderen Erkrankungen, im Jahre 1889 4 Wochen lang an „akuter (spinaler) Lähmung“ gelitten hatte. Wenn nun auch seitens des Arztes, welcher ihn in den letzten Jahren behandelte, Anzeichen eines Nervenleidens nicht beobachtet wurden, so glaubten wir doch, die damalige Erkrankung als erste Aeusserung der multiplen Sklerose aufzufassen und einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Verletzung und dem Leiden in Abrede stellen zu müssen, zumal jetzt die Glaubwürdigkeit des Untersuchten in etwas zweifelhaftem Licht erschien. Auch eine Verschlimmerung des Zustandes wesentlicher und dauernder Art in Folge des Unfalles konnten wir mit Rücksicht auf das weite Zurückliegen der ersten Erscheinungen nicht als besonders wahr-

scheinlich gelten lassen, vielmehr mussten wir zugeben, dass in Anbetracht des progressiven Charakters der multiplen Sklerose wahrscheinlich auch ohne die nicht allzu schwere Verletzung die Entwicklung des Leidens den gleichen Verlauf genommen hätte.

Ähnliche Verhältnisse bot der zweite Fall, dessen Krankengeschichte ich vorausschicke.

Der unverheirathete, 32jährige Tagelöhner W. aus T. wurde am 11. April 1901 auf Freibett in die Klinik aufgenommen. Seine Mutter ist angeblich wegen Brustleidens seit 4 Jahren bettlägerig, Vater und Geschwister sind gesund. Abgesehen von mehrfach aufgetretenen Hautausschlägen (Ekzem) war W. bis zum Jahre 1896 nicht krank. Damals wurde er längere Zeit wegen eines Augenleidens behandelt, der Arzt habe von „Schnerven-Entzündung“ gesprochen. Im Juni 1899 sei ihm ein schwerer Stein aus etwa 1 m Höhe auf den Kopf gefallen; eine wenige Minuten andauernde Bewusstlosigkeit sei die Folge gewesen, eine halbe Stunde später habe er wieder arbeiten können. Am folgenden Tage sei ein „Brennen“ im linken Auge aufgetreten, welches nach ein paar Tagen wieder vorüberging. 4–6 Wochen nach dem Unfall bekam er plötzlich nach 2–3 stündiger Arbeit ein „stumpfes, spannendes“ Gefühl in den Beinen, welches sich bis Mitte Oktober 1899 so verschlimmerte, dass er seine Beschäftigung aufgeben musste. Um diese Zeit bemerkte er auch ein „spannendes Gefühl“ im Kreuz und im Leib und Beschwerden beim Wasserlassen; anfangs war bei der Entleerung stärkeres Pressen nothwendig, während später das Zurückhalten nach Verspüren des Dranges Schwierigkeiten machte. In den letzten Monaten bemerkte er ein „taubes Gefühl“ in den Händen und eine Behinderung der Sprache. Das Sehvermögen nahm ab.

Die Untersuchung ergibt einen ziemlich grossen, mässig genährten Mann, dessen Brust- und Bauchorgane keine krankhaften Veränderungen erkennen lassen. Am linken Unterarm leichter ekzematöser Hautausschlag.

Der Kniereflex ist rechts beim Beklopfen der Sehne gesteigert, links mittelstark, beiderseits nicht von abnormen Stellen auslösbar.

Rechts besteht ziemlich lebhafter Fussklonus; links mittelstarker Achillessehnenreflex, kein Klonus. Radius- und Tricepsreflexe sind beiderseits mittelstark; links schwächer, rechts deutlicher Ulnareflex. Fusssohlenreflex vorhanden, kein Babinski. Cremaster- und Bauchreflexe fehlen.

Die Pupillen erscheinen ziemlich weit, rechts > links, Lichtreaktion vorhanden, aber wenig ausgiebig. Beim Blick nach aussen sehr deutlicher Nystagmus. Ophthalmoskopisch ist die linke Papille etwas grau, die rechte etwas blass gefärbt, bei letzterer ist die temporale Hälfte blässer als die nasale. Sprache etwas langsam und monoton.

Die Kraft der Arme ist gut erhalten, links etwas schwächer als rechts. Deutlicher Intentionstremor. In beiden Beinen bestehen erhebliche Paresen, besonders ausgesprochen in der Peroneusmuskulatur. Keine deutlichen Spasmen.

Die Sensibilität ist am rechten Unterschenkel, weniger am rechten Oberschenkel und in der rechten Unterbauchgegend gestört; Berührungen werden stellenweise nicht empfunden, „spitz“ und „stumpf“ nicht deutlich unterschieden und die Schmerzempfindung erscheint herabgesetzt. Das Lagegefühl ist an den Beinen stark gestört. Im Uebrigen regelrechtes Verhalten der Sensibilität.

Betreffs dieses Kranken wurde die Klinik nach seiner Entlassung um ein Gutachten angegangen, da er inzwischen Ansprüche auf eine Unfallrente erhoben hatte. Aus den Akten der Berufsgenossenschaft ergab sich, dass Dr. Sch., welcher den W. im Jahre 1896 behandelte, bereits damals die Augenkrankung als Anzeichen einer centralen Störung aufgefasst hatte, weil er gleichzeitig Herabsetzung der Pupillen- und Kniereflexe feststellen konnte. Ausserdem findet sich eine Bemerkung, dass W. 1894 wegen „allgemeiner Schwäche der Glieder“ gefeiert habe, eine Angabe, die sich vielleicht auch schon auf das beginnende nervöse Leiden beziehen lässt.

Unter diesen Umständen konnte selbstverständlich auch hier der Unfall nicht als Entstehungsursache der multiplen

*) Die Augenbefunde wurden durch Herrn Privatdozent Dr. Hummelsheim kontrollirt.

Sklerose angesprochen werden, wir konnten aber auch eine Verschlimmerung wesentlicher und dauernder Art durch die Verletzung, zumal diese verhältnissmässig geringfügig gewesen zu sein scheint und ausserdem nur den Kopf betroffen hatte, nicht als wahrscheinlich bezeichnen. Schwieriger würde voraussichtlich die Beurtheilung gewesen sein, wenn uns W. bereits als Rentenbewerber überwiesen worden wäre, da wir dann wie beim Fall I durch ihn selbst wohl keine Mittheilung von der früheren Erkrankung bekommen hätten. Falls auch die Berufsgenossenschaft durch Zufall ohne Kenntniss davon geblieben wäre, hätte sich wohl leicht auch bei diesem Kranken ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Sklerose konstruieren lassen.

Fall III wurde auf Veranlassung des Reichsversicherungsamtes von Herrn Geheimrath Schultze und Professor A. Schmidt begutachtet.

Der 60 Jahre alte Aufseher P. M. aus M., am 11. November 1901 in die Klinik aufgenommen, war angeblich früher stets gesund, hat zwei Feldzüge mitgemacht und will früher nie gezittert oder an Gehstörungen gelitten haben. Potus wird geleugnet.

Am 4. Dezember 1899 stürzte er von einem Gerüste; im Anschluss daran trat Bewusstlosigkeit ein. Auf welchen Körpertheil er fiel, ist nicht bestimmt festzustellen, wahrscheinlich auf die rechte Seite. Neben Verletzungen im Gesicht und an den Unterschenkeln erlitt er zwei Rippenbrüche rechterseits. Er klagt über Erschwerung des Gehens, über beständiges Zittern an Händen und Füßen, über Störungen des Gesichts und Gehörs, ausserdem über Beschwerden, die sich auf die Organe der Brust- und Bauchhöhle beziehen. Da der Befund der letzteren für die Beurtheilung der nervösen Störungen ohne Belang ist, lasse ich ihn unberücksichtigt. Die Untersuchung des Nervensystems ergab Folgendes:

Sämmtliche Sehnenreflexe an Armen und Beinen sind gesteigert, zeitweise besteht Patellar- und Fussklonus. Von den Hautreflexen fehlt der Bauchdeckenreflex. Die Pupillen sind gleichweit, reagiren gut auf Lichteinfall und Akkomodation. Keine Störungen der Augenbewegungen, kein Nystagmus. Abgesehen von Presbyopie bietet der Augenbefund nichts Abweichendes. Die Hörschärfe ist beiderseits herabgesetzt; Herr Privatdozent Dr. Eschweiler stellte beiderseits getrübe Trommelfelle fest und nimmt ausserdem auf Grund der Stimmgabelprüfung an, dass der schallempfindende Theil des Gehörorgans nicht intakt ist. Erkrankungen der übrigen Gehirnnerven bestehen nicht. Die Muskulatur des Stammes und der Extremitäten ist überall gut entwickelt und genügend kräftig. Der Umfang des linken Unterschenkels beträgt 3 cm weniger als der des rechten, sonst sind keine Differenzen zwischen beiden Seiten erkennbar. Die Spannung der Muskulatur ist erhöht.

Der Gang ist spastisch, jedoch in etwas eigenartiger, mit Wackeln verbundener Weise; die Fussspitzen und die äusseren Fussränder werden dabei über den Boden geschleift.

An den Händen, weniger in den Füßen und am Kopfe besteht ein beständiges, mässig schnellschlägiges Zittern, welches bei ruhiger Lage nachlässt und bei Bewegungen stärker wird, ohne jedoch den Charakter des Intentionstremors anzunehmen. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit wird dasselbe, ebenso wie die Störung des Ganges, zweifellos geringer, verliert sich aber nicht ganz.

Die Sensibilität ist nicht beeinträchtigt, ebensowenig die Harnentleerung.

In diesem Falle ist die Diagnose nicht mit solcher Bestimmtheit zu stellen, wie in den beiden anderen, jedoch lässt sich in Uebereinstimmung mit Herrn Professor Dinkler-Aachen, welcher den Kranken früher begutachtete, wohl annehmen, dass „höchst wahrscheinlich eine Rückenmarkserkrankung vorliegt, welche hauptsächlich die Pyramidenbahnen betheilt“, und dass es sich vermuthlich um multiple Sklerose handelt. Dass das Leiden seine Entstehung dem Unfalle verdanke, konnte nicht als wahrscheinlich bezeichnet werden, dagegen musste mit Rücksicht auf die Schwere der Erschütterung eine Beschleunigung seiner Entwicklung durch ihn als möglich zugegeben werden.

Wie bereits erwähnt, bestritt M. das Vorhandensein von Krankheitserscheinungen in früherer Zeit, dagegen enthalten die Akten eine Mittheilung von Dr. W., wonach in dem Heimathsorte des Untersuchten allgemein bekannt sei, dass er schon früher gezittert habe und schlecht gegangen sei. Ob weitere Nachforschungen deshalb angestellt wurden, entzieht sich bisher unserer Kenntniss. —

Diese Beobachtungen mahnen doch wohl hinsichtlich der Annahme eines traumatischen Ursprungs der multiplen Sklerose zur Vorsicht und sie bestärken uns wesentlich in der Anschauung, dass manche angeblich auf Verletzungen zurückzuführende Fälle durch eine genaue Erforschung der Vorgeschichte als bereits früher bestehend erwiesen werden können, und dass deswegen die Anamnese sich ebenso wie bei Rentenbewerbern auch bei anderen Kranken nicht nur auf subjektive Angaben stützen darf, die ja auch einmal aus irgendwelchen Gründen, z. B. infolge Gedächtnisschwäche in späteren Stadien der Erkrankung, unzuverlässig sein können.

Vielmehr halten wir besondere Erhebungen in jedem Falle für unbedingt nothwendig und glauben, dass bei Berücksichtigung dieser Forderung die Zahl der auf äussere Gewalteinwirkungen zurückzuführenden Sklerosen noch erheblich geringer werden wird.

Allerdings wird noch eine grössere Reihe von Kranken übrig bleiben, bei denen eine Verschlimmerung durch einen Unfall zugegeben ist. Eine solche darf aber unseres Erachtens nur dann angenommen werden, wenn das ganze zentrale Nervensystem von einer erheblichen Erschütterung betroffen wurde, wie in unserem dritten Falle anerkannt werden musste. Wir glauben dagegen nicht, dass z. B. eine lokale Einwirkung auf den Kopf einen wesentlichen Einfluss auf Rückenmarksherde haben oder gar die Entstehung von solchen veranlassen kann. Auch die Hypothese Gussenbauer's, welcher eine Fortleitung der Erschütterung durch die Cerebrospinalflüssigkeit annimmt, vermag uns einen derartigen Zusammenhang nicht wahrscheinlich zu machen. —

Herrn Geheimrath Schultze, meinem hochverehrten Chef, spreche ich für die Ueberlassung des Materials, sowie für die gütige Durchsicht des Aufsatzes meinen ergebensten Dank aus.

Aus dem Stadtspital zu Banjaluka (Bosnien).

Zur Frage der traumatischen Neurosen.

Von
Dr. Ignaz Knotz,
Leiter des Spitäles.

Nach Verletzungen oder Erschütterungen des Körpers, manchmal nach einem überstandenen Schrecken oder grösserer Angst, also einer seelischen Erschütterung, meist aber durch beide Faktoren gleichzeitig werden bekanntlich eine Reihe von „funktionellen“ Nervenstörungen hervorgerufen, welche entweder vorwiegend das Bild der Hysterie, der Hypochondrie, Neurasthenie oder einer einfachen Psychose, am häufigsten aber einer Mischform dieser Leiden darbieten und trotz allen Einwürfen auch heute noch als „traumatische Neurosen“ (Oppenheim) bezeichnet werden. Der ehemals hochgehende, oft erbittert geführte Kampf um Namen und Wesen dieser Leiden ist vielfach einer ruhigeren Auffassung gewichen.

Aber auch die neueste Arbeit über dieses Thema*) beleuchtet noch eine Menge strittiger Punkte und widmet namentlich der Frage einen breiten Raum, welchen Antheil Simu-

*) Dr. L. Bruns-Hannover, Die traumatischen Neurosen. Unfallsneurosen. Nothnagels Spec. Path. u. Ther. XII. I. 4. Wien Hölder. 1901.

lation und Uebertreibung an dem Krankheitsbilde haben. Da dürften denn drei Fälle „traumatischer Neurosen“, die sich, völlig unbeeinflusst von anderen Ursachen, lediglich aus dem Unfall heraus entwickelt haben, für den Gerichts- und Unfallsarzt nicht ohne Interesse sein.

Bevor ich über diese Fälle kurz berichte, möchte ich eine Bemerkung vorausschicken, die sich dem Kenner hiesiger Verhältnisse unabweislich aufdrängt, wenn er die neuerdings besonders in Deutschland wiederholt aufgetauchte Behauptung vernimmt, die „traumatischen Neurosen“ seien meistens auf dem Boden der Unfallversicherungs-Gesetzgebung entstanden, ja durch dieselbe geradezu gezüchtet worden.

Diese Hypothese auf ihre Giltigkeit für deutsche Verhältnisse nachprüfen zu wollen, liegt mir völlig ferne; dort mögen ja im aufreibenden Kampfe um die lockende Rente seltsame „Unfallsfolgen“ erblühen.

Hierzulande aber giebt es keine allgemeinen Unfallsversicherungs-Gesetze, keine Renten, daher auch keine Kämpfe um dieselben. Ja auch die Schadenersatzansprüche nach Verletzungen sind meist lächerlich geringe und werden selten ernstlich angestrebt.

Die Beschädigten haben zudem gar keine Ahnung von der in Frage kommenden Symptomengruppe und könnten sie übrigens unmöglich in ihrer Gesamtheit vortäuschen.

Die bosnischen Bauern sind meist kräftige, einfach lebende Männer, welche dem gewohnheitsmässigen Alkoholmissbrauch nicht ergeben sind, wiewohl Ausschreitungen gelegentlich des Besuches der nächsten Stadt oder an hohen Feiertagen vorzukommen pflegen.

Doch scheint dieser gelegentliche Alkoholmissbrauch die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems der Eingeborenen eben so wenig herabgesetzt zu haben als die relativ noch verbreitete Syphilis.

Tabes und progressive Paralyse, die man ätiologisch so oft mit Syphilis verknüpfen will, kommen nämlich, wie ich schon anderweitig*) hervorhob, unter der einheimischen Bevölkerung sehr selten zur Beobachtung.

Geradezu auffallend ist die grosse Zahl schwerer Schädelverletzungen mit günstigem Ausgange, eine Thatsache, die den hiesigen Gerichtsärzten wohlbekannt ist und unsere Prognose oft in günstigem Sinne beeinflusst.

Man kann also der hiesigen Landbevölkerung eine ziemliche Widerstandsfähigkeit gegen Erkrankungen des Nervensystems namentlich nach Traumen, nicht absprechen.

In selteneren Fällen ist nun diese Widerstandsfähigkeit aus irgend einem Grunde mehr weniger vermindert; dann dürfte es eben auch leichter zu feinen, vielfältigen organischen Veränderungen als Folge des körperlichen Traumas kommen; aber auch die gleichzeitige seelische Erschütterung findet leichter Angriffspunkte, wirkt überwältigend auf das Individuum und ruft so die Neurose hervor.

I.

Zaim H., 34 Jahre alt, muham., Tagelöhner aus Vrbanja bei Banjaluka, stammt aus gesunder Familie, überstand vor 10 Jahren Syphilis. Sonst war er immer gesund, Nerven- oder Geisteskrankheiten kamen weder in der Ascendenz noch in der Descendenz vor. Seine Vorfahren (Muhamedaner) tranken nicht, P. seit 10 Jahren öfter Schnaps. Am 1. September 1900 stürzte P. von einer im Bau begriffenen Brücke 4–5 m tief auf steinigem Boden, wurde bewusstlos in seine Wohnung getragen, wo ich ihn einige Stunden nach der Verletzung besuchte.

*) J. Knotz. Ein Fall von Pseudobulbärparalyse mit einseitiger reflektorischer Pupillenstarre. Wiener med. Wochenschrift. No. 45, 1901.

Grosser, kräftig gebauter, muskulöser, ziemlich gut genährter Mann. Sensorium noch ziemlich benommen, auf kräftige Anrufe reagiert Patient und beantwortet einzelne Fragen mühsam. Puls 60. Pupillen gleich weit, reagieren ziemlich prompt.

An Verletzungen findet man auf der rechten Körperhälfte: mehrere hirsekorn-grosse Hautabschürfungen über der Innenseite der Patella.

Handgelenksgegend stark geschwellt, über dem proc. styl. ulnae eine hellergrosse Hautabschürfung; Zeichen von heftiger Kontusion und Distorsion des Handgelenkes; Fraktur des proc. styl. ulnae.

Ueber dem Stirnhöcker eine 2 cm lange, knieförmig gebogene seichte Rissquetschwunde.

Auf der linken Seite nur eine kronengrosse Hautabschürfung über der Patella.

Beim Eintritt ins Stadt-Spital (3. September 1900) war Patient etwas verwirrt, lag aber während der nächsten Tage meist ruhig im Bette, liess Harn unter sich; Stuhl erst am 4. September auf Laxans; Puls 76–80; Temperatur immer normal.

In unbewachten Momenten erhob er sich, ging, hin und her taumelnd, zur Thür, musste sich jedoch, um im Gange weiterzukommen, an der Mauer anhalten. Er beantwortet die gestellten Fragen zwar sinngemäss, doch ist die Sprache langsam, hie und da unverständlich; mitten in der Rede setzt er sich oft auf oder macht eine andere unbegründete Bewegung. Gedächtnis ungestört.

Patient klagt über Schwäche in der rechten Hand und im rechten Bein; Lähmungen nirgends konstatirbar, jedoch herabgesetzte motor. Kraft in den rechten Extremitäten.

Hörschärfe: Flüstersprache beiderseits auf 1 m. Zentrale Sehschärfe fast normal.

Einige Zeit nach der Verletzung bemerkte Patient eine Sehstörung. Das Gesichtsfeld beider Augen erwies sich konzentrisch erheblich eingeengt (Perimeteruntersuchung wurde damals nicht vorgenommen).

Seit der Verletzung besteht eine Sensibilitätsstörung, welche nicht nur die Haut, sondern auch die Schleimhäute im Bereich der rechten Körperhälfte betrifft.

Während des Spitals-Aufenthaltes (3. September bis 9. Oktober 1900) heilten die Wunden und die Fraktur aus, der Gang besserte sich allmählich, die übrigen Beschwerden aber blieben unverändert. Patient kam noch oft ins Ambulatorium, seine Gemüthsstimmung war gedrückt, er begründet dies damit, dass er nicht arbeiten könne, sein rechter Arm und das rechte Bein seien schwach, auch sehe er nicht gut.

Im August 1901 bot Patient folgenden Befund:

Intelligenz und Gedächtniss anscheinend ungestört; Patient ist schmerzlich verstimmt, er führt dies auf die Trauer um sein vor einem Monat verstorbenes Weib zurück, gleich darauf klagt er aber auch, dass er zu Nichts mehr taue, da er Nichts erwerben könne und betteln müsse u. s. w.

Es besteht kein Schwindelgefühl, keine Krampfzustände; Schlaf ungestört.

Sensibilität: Auf der linken Körperhälfte werden Berührung, Stich, Druck, Wärme- und faradische Reize normal empfunden und nach ihrer Stärke unterschieden, dagegen ist auf der ganzen rechten Körperhälfte die Empfindlichkeit der Haut und aller Schleimhäute für alle erwähnten Reize deutlich herabgesetzt, auch die Muskeln des rechten Beines zucken auf faradische Reize etwas schwächer als normal.

Sinnesfunktionen: Sehschärfe beiderseits = $\frac{5}{6}$, Ge-

sichtsfeld rechts auf 25°, links auf 30° um den Fixationspunkt konzentrisch eingeschränkt.

Keine Hörstörung. (Hörschärfe beiderseits: Flüstersprache auf 15 m!)

Riechschärfe: rechts etwas geringer als links.

Geschmacksempfindlichkeit: Auf der rechten Zungenhälfte für süß und sauer erloschen, für bitter angedeutet, auf der linken Zungenhälfte für alle Qualitäten normal.

Reflexe: Bindehaut-, Hornhaut-, Nasenreflex rechts kaum angedeutet, links deutlich. Triceps-, Bauchdecken-, Cremaster-, Fusssohlen- und Patellarreflexe beiderseits vorhanden, letzterer rechts deutlicher als links.

Pupillen reagieren auf Licht, akkommodativ und konsensuell prompt.

Motilitätsstörungen: Rhythmisches, kleinschlägiges Zittern der rechten Hand, weniger des rechten Beines, motorische Kraft der rechten Extremitäten auffallend geringer als die der linken.

Facialis intakt, Zunge wird gerade herausgestreckt. Keine Atrophie.

Gang breitspurig, bei schnellerem Gehen noch etwas taumelig; rechtes Bein zeigt ataktisches Schleudern. Bei Augenschluss kein Schwanken.

Sprache ungestört. Allgemeiner Ernährungszustand befriedigend; Blasen- und Mastdarmfunktion ungestört.

Die ehemals normale Libido sexualis und Potenz seit der Verletzung völlig erloschen, keine Erektionen, seither nur zwei Pollutionen bei schlaffem Gliede.

Aus der Symptomenreihe obigen Falles tritt eine Gruppe stark hervor: rechts, also auf der Körperseite, welche nach dem Sturz aus 4—5 m Höhe die meisten und gewichtigsten Verletzungen davon trug, fand sich Hemianästhesie, Verminderung der motorischen Kraft, ferner sensorielle (Riech- und Geschmacks-) Störungen, endlich eine Herabsetzung einiger Reflexe, eine Symptomengruppe, deren hysterischen Charakter u. a. auch die (beiderseitige) konzentrische Gesichtsfeldbeschränkung bekräftigt; eine etwa durch traumatische Blutung in die innere Kapsel bedingte Hemianästhesie müsste nämlich offenbar von Hemianopsie begleitet sein.

Mit den Symptomen hysterischer Art ist aber der Befund nicht erschöpft.

Es bestanden anfangs auch Kommotionserscheinungen; Bewusstlosigkeit, Sprach-, Blasen- und Mastdarmstörungen, die bald wichen, während die Gangstörung sich nur zum Theil zurückbildete. Diese sowie die chronische Verstimmung, das Darniederliegen von Potenz und Libido sexualis sind derart in das Krankheitsbild verwebt, dass die Beurtheilung als „traumatische Neurose mit vorwiegend hysterischem Charakter“ gerechtfertigt erscheint. P. hat den Unternehmer des Brückenbaues, bei dem er verunglückte, nie geklagt und auch keinen Schadenersatzanspruch erhoben.

II.

Mile S., 35 Jahre, aus Vilusi, Bezirk Banjaluka, erhielt anlässlich einer Rauferei am 13. Oktober 1901 einen Fusstritt gegen die rechte Bauchseite ohne namhafte Folgen, drei kleine Schnittwunden an der rechten Hand, Quetschungen in der Lendenwirbelgegend und schliesslich einen Hieb mit einem Holzpflöck auf die linke Schädelseite, worauf er bewusstlos zu Boden stürzte und während der Uebertragung ins nächste Haus wiederholt „Galle und Blut“ erbrach.

Erst am nächsten Tage erwachte er aus der Bewusstlosigkeit, erbrach noch blutige Flüssigkeit, konnte aber schon wenige Worte mit schwacher Stimme aussprechen.

Auch aus der Nase ging Blut ab.

In den nächsten Tagen erholte er sich so weit, dass er sich flüsternd und langsam sprechend verständlich machen konnte; er klagte über Kopfschmerzen, namentlich in der linken Hinterhauptsgegend, und Schwindel, seit der Verletzung sehe er auf dem linken Auge „wie durch ein Sieb“ und höre auf dem linken Ohre nichts.

Der Verletzte ist bei der gerichtsärztlichen Untersuchung am 17. Oktober 1901 noch sehr hinfällig, kann nicht gehen. Temp. 37,8, Puls 84—92, schwach, gleichmässig, nicht aussetzend. —

Am Schädel sieht man folgende Verletzungen:

In der Mitte zwischen linkem Scheitelhöcker und Warzenfortsatz eine hellergrosse grünliche Verfärbung der Haut. Diese Stelle ist etwas geschwellt und druckempfindlich. 1 Zentimeter nach aufwärts von der Mitte der linken Jochbrücke eine linsengrosse, jedoch unregelmässig begrenzte rosa verfärbte, theilweise mit Krusten bedeckte oberflächliche Hautabschürfung. 1 Zentimeter über dem äusseren Ende der linken Augenbraue eine dreieckige 1/2 cm breite, mit der Spitze ohrwärts sehende, mit Krusten bedeckte ähnliche Veränderung.

Die Augenuntersuchung ergibt:

Pupillen gleich und mittelweit, reagieren prompt.

Sehschärfe und Gesichtsfeld des rechten Auges normal.

Links: Sehschärfe = Fingerzählen auf 1/2 m; Gesichtsfeld hochgradig konzentrisch eingeschränkt.

Hörprüfung: R.: = Flüstersprache auf 1 1/2 m, L. wird selbst laute Konversationsprache unmittelbar vor dem Ohre nicht vernommen.

Geruchssinn: R normal, L erloschen.

Geschmacksempfindung: L vollkommen erloschen.

Die Sensibilitätsprüfung ergibt: Völlige linksseitige Hemianaesthesia, Anaesthesia der ganzen Mund- und Zungenschleimhaut, selbst ein Durchstechen der Zunge löst keinen Schmerz aus. —

R. im Uebrigen normale Empfindlichkeit der Haut und Schleimhaut.

Reflexe: Rechts alle lebhaft;

Links: Cornealreflex	} fast erstorben.
Konjunktivalreflex	
Nasenreflex	
Gaumenreflex	

Bauchdeckenreflex beiderseits nicht nachweisbar, Patellarreflexe beiderseits, rechts lebhafter, vorhanden.

Motorische Kraft der linken Extremitäten im Vergleiche zur andern Seite bedeutend herabgesetzt.

Der Verlauf brachte nur langsame Besserung; nach neunwöchentlicher Bettlägerigkeit begann Patient langsam umherzugehen und erholte sich bis 24. Dezember 1901 so weit, dass er zum 30 km weit entfernten Stadt-Spital reiten konnte.

Befund: Schwacher, mässig gut genährter Mann, am ganzen Körper rhythmisches kleinschlägiges Zittern, bei längerem Stehen schwankt Patient; Romberg deutlich.

Die seinerzeitigen Verletzungszeichen spurlos verschwunden, Schädelknochen überall glatt.

Sehschärfe und Gesichtsfeld: R. normal, L. konzentrisch noch auf ca. 50° um den Fixationspunkt eingeschränkt, vor dem linken Auge sieht Patient fortwährend Funken in lebhafter Bewegung.

Hörprüfung: R. = 6 m Flüstersprache,

L. = 1 „ „

Geruch: R. = normal,

L. = erloschen.

Geschmack: R. Zungenhälfte = normal,

L. = erloschen.

Sensibilität: Die ganze linke Körperoberfläche vom Gesicht gegen das Bein zunehmend unterempfindlich für alle Qualitäten der Empfindung, insbesondere wird ein sehr starker faradischer Strom namentlich am Bein nur als Berührung empfunden.

Reflexe: L. Korneal- und Konjunktivalreflex fast normal; Nasen-Gaumenreflex herabgesetzt.

Bauchdecken- und Kremasterreflexe beiderseits nicht nachweisbar; Patellar-Reflex L. eben deutlich, R. jedoch deutlich erhöht, alle anderen Reflexe R. normal.

Motorische Kraft der L. Extremitäten im Vergleich zu R. noch deutlich herabgesetzt.

Erektionen sollen sich seit einiger Zeit wieder eingestellt haben, doch hat Patient seit der Verletzung keinen Koitus vollzogen.

Auch dieser zweite Fall weist nach einem Schlage auf die linke Schädelhälfte neben den Kommotions- und Frakturzeichen eine Reihe von Nervenstörungen auf, welche überwiegend auf der linken Körperhälfte lokalisiert sind und in Uebereinstimmung mit dem früheren Falle hauptsächlich der Hysterie angehören, sodass auch für diesen Fall die Beurteilung als „traumatische Neurose vorwiegend hysterischen Charakters“ gerechtfertigt erscheint. —

Die Prognose dürfte hier günstiger sein als im vorigen Falle.

III.

Marko P., 35 Jahre, aus dem Bezirk Kotor-Varos, überstand vor 25 Jahren Typhus, vor 2 Jahren eine mässige Quetschung der rechten Hand durch das Rad eines Wagens. Er und die ganze Familie war sonst gesund. P. trinkt nicht, desgleichen sein Vater, nur die Mutter trank Schnaps. Am 28. Juli 1900 erhielt P. mit einer Holzschaufel auf Nacken und Hinterhaupt einen Schlag und mit einer eisernen Haue einen wuchtigen Hieb aufs Vorderhaupt, blieb eine Stunde danach bewusstlos, es ging ziemlich viel Blut aus der Nase ab, Patient musste dreimal erbrechen.

Die ziemlich heftige Blutung aus der Nase dauerte allmählich abnehmend noch längere Zeit an. Anfangs sah Pat. alle Gegenstände nur wie durch einen sehr dichten Nebel, erst am sechsten Tag nach der Verletzung begann er besser zu sehen, immer aber erblickte er gerade nur den Fleck, wo er eben hinsah.

Ins Bezirksspital Kotor-Varos (damaliger Leiter: Herr Dr. M. Bermann) übertragen, bot Patient am 3. August 1900 folgenden Befund dar:

Ziemlich kräftiger Mann; Puls 60, Temperatur normal. In der Mitte des oberen Stirnbeintheiles zieht eine circa 4 cm lange, unregelmässige, bis zum anscheinend unverletzten Knochen reichende Rissquetschwunde der weichen Schädeldecken. — Sonst keine andere Verletzung. Aus der Nase geht noch immer etwas Blut ab.

Patient kann sich weder aufrecht erhalten, noch kann er ohne Hilfe gehen, er schwankt hin und her, „es drehe sich Alles um ihn“, auch in ruhiger Lage scheinen ihm fixe Gegenstände herum zu tanzen. Sämmtliche Gegenstände erscheinen ihm grün gefärbt und wie von Nebel umhüllt.

Amblyopie und konzentrische Gesichtsfeld-Beschränkung in hohem Grade auf beiden Augen nachweisbar. — Patient klagt über heftigen Kopfschmerz. Auch im Verlaufe noch Kopfschmerzen, die Patient in die Stirngegend lokalisiert und Schwindel, der ihn namentlich beim Blick in grelles Licht und bei Lagewechsel erfasst.

Daneben plagte ihn Schlaflosigkeit, sein karger Schlaf wurde durch schreckhafte Träume (Visionen verschiedener

Ungeheuer) gestört; es traten häufig Pollutionen bei schlaffem Gliede auf, die Libido sexualis lag vollständig darnieder im Gegensatz zum Verhalten vor der Verletzung.

24. August 1900. Gang noch immer sehr unsicher und schwankend, obwohl Patient seine Bewegungen mit den Augen überwacht. Romberg'sches Symptom sehr deutlich ausgeprägt. Patellarreflexe hochgradig gesteigert. Pupillen übermittelweit, links > rechts, reagieren auf Licht, konsensuell und akkomodativ träge.

Amblyopie wesentlich gebessert, konzentrische Gesichtsfeld-Beschränkung unverändert. Farbensinn normal.

Die Stimmung des Patienten ist eine gedrückte, weinerliche, der Gesichtsausdruck missmuthig und schwer leidend.

Allgemeiner Ernährungszustand gesunken. An Stelle der Stirnwunde eine bewegliche Narbe.

Am 3. Dezember 1900 sah ich den Patienten anlässlich der Hauptverhandlung.

Befund: Ernährungszustand ziemlich gut, Miene noch etwas leidend, Schwindelgefühl und Kopfschmerz namentlich beim Niederbeugen öfters wiederkehrend; Gang bei offenen Augen ziemlich sicher, bei geschlossenen schwankend; kehrt sich Patient hierbei schnell um, so fällt er beinahe zu Boden; Romberg deutlich, Patellar-Reflexe lebhaft, keine Blasen-, Mastdarm-, keine Sensibilitätsstörungen. Potenz und Libido sexualis arg darniederliegend (Patient hat nach seiner Angabe in fünf Monaten nur einmal mühsam den Koitus vollzogen). Pat. schläft besser.

Augenbefund: Lider und Bulbi nach Lage, Form und Beweglichkeit normal. Ophthalmoskopischer Befund normal.

Pupillen reagieren ungestört; links > rechts.

Sehschärfe rechts = $\frac{6}{8}$ (— 0.25 D),

links = $\frac{6}{6}$ (— 0.50 D).

Die Gesichtsfeldprüfung mittelst Perimeters ergibt auf beiden Augen eine erhebliche konzentrische Einschränkung, und zwar rechts auf circa 25°, links auf circa 30° um den Fixationspunkt.

Im obigen Falle fand sich, wie ein Rückblick lehrt, bei einem kräftigen Manne nach Schlägen auf den Kopf anfängliche Bewusstlosigkeit, Blutung aus der Nase, hochgradige, beiderseitige Amblyopie und konzentrische Gesichtsfeld-Einschränkung, Blendungsgefühl, heftiger Schwindel, Gangstörung, Romberg'sches Symptom, erhöhte Patellarreflexe.

Später traurige Verstimmung, Schlafstörung, schreckhafte Träume, Potenz und Libido sexualis fast erloschen.

Verlauf: Allmähliche Besserung fast aller Symptome deutlich. Gegenwärtig leidet P. noch an Kopfschmerz und Schwindelanfällen, wobei er angeblich alles grün sehe.

Bei Beurteilung dieses Falles wurde Gehirnerschütterung und Sprünge an der Schädelbasis mit konsekutiven Blutergüssen aus den zerrissenen Duralgefässen angenommen, und damit für die Amblyopie und beiderseitige konzentrische Gesichtsfeld-Einschränkung der Weg zu einem anatomischen Erklärungsversuche geebnet.¹⁾

Für die meisten übrigen Symptome aber erweist sich dieser Weg vorläufig ungangbar.

Es verhält sich damit ähnlich wie in beiden vorigen Fällen, nur gehört hier die hervortretende Symptomengruppe der Neurasthenie an, führt aber ebenfalls, wie dort der hysterische Symptomenkomplex, im Krankheitsbilde noch einige Züge mit, welche auch für diesen Fall die Bezeichnung „trau-

¹⁾ Vergleiche ähnliche Fälle: I. Knotz, Beobachtungen über Seh- und Hörstörungen, sowie über Augenmuskellähmungen nach Schädelverletzungen, Wiener med. Presse No. 30, 31, 35, 1900.

matistische Neurose“ (jedoch vorwiegend neurasthenischen Charakters) am zutreffendsten erscheinen lassen.

Die genauere Analyse aller dieser Symptome, des Verlaufes, der Diagnose, Prognose und Therapie würde viel zu weit führen und überdies das Ziel dieser Mittheilung wesentlich verrücken. Ich möchte nur noch kurz auf die Eingangsworte zurückkommend betonen, dass es den Beschädigten nicht in den Sinn kam, die längere Fortdauer ihrer nervösen Störungen zur Erreichung höheren Schadenersatzes zu verwerthen, obwohl der unzweifelhafte Zusammenhang des Leidens mit den Verletzungen bei der gerichtsärztlichen Beurtheilung entsprechend hervorgehoben wurde. „Begehrungsvorstellungen“ im Sinne Strümpells sind also auszuschliessen.

Mit dem Wegfall der erwähnten Absicht zerfällt auch der Verdacht auf Simulation der Symptome in sich selbst.

Mit Recht kann man daher behaupten, dass die Untersuchten von der Bedeutung und Tragweite der fraglichen Störungen bis zur Verhandlung überhaupt nichts wussten und auch durch die paar Untersuchungen darauf nicht aufmerkssam wurden.

Wo bleibt unter solchen Verhältnissen eine „Züchtung der traumatischen Neurose“, wenn für diese Annahme wirklich alle Vorbedingungen fehlen?

Nein! Die drei vorgeführten Fälle wenigstens haben sich „jenseits von Gut und Böse“ der modernen Entschädigungs- und Unfallversicherungs-Gesetze entwickelt.

In diesem Lichte betrachtet dürften die Fälle dem Gerichts- und Unfallsarzt immerhin einiges Interesse abgewinnen und ihn veranlassen, mit dem Verdacht auf Simulation und Aggravation von Unfallsneurosen zurückhaltender zu sein.

Die auch hier vertretene Meinung C. Edinger's und S. Auerbach's,¹⁾ dass die Bezeichnung „Traumatische Neurosen“ im Sinne Oppenheim's²⁾ als die zutreffendste bis auf Weiteres beizubehalten sei, dürfte der mehr praktischen Richtung der oben erwähnten Sachverständigengruppe zusagen. Dies soll uns aber nicht hindern, in Würdigung der neuerdings von Sachs und Freund³⁾ vorgebrachten Einwürfe, die genauere Diagnose des Einzelfalles anzustreben und sie durch Hervorhebung der vorherrschenden Symptomengruppe (Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenie u. s. w.) in der Benennung zu präzisieren.

Gelingt es einmal, die den „funktionellen“ Nervenstörungen zu Grunde liegenden geweblichen Veränderungen aufzudecken, dann können wir den altbewährten Namen ruhig über Bord werfen, — ein neuer, besserer wird ja ohnehin gleichzeitig mit dieser Entdeckung geprägt werden!

Syphilis und Unfall.

Zugleich als Beitrag zur Frage der berufsgenossenschaftlichen Vertrauensärzte.

Von

Dr. P. Cahen-Berlin.

Zur Beantwortung der jetzt aktuell gewordenen Frage, ob Vertrauensärzte für die Berufsgenossenschaften überhaupt eine Nothwendigkeit seien, erscheint mir der nachfolgend ge-

schilderte Fall verwerthbar zu sein, den ich aus diesem Grunde mitzutheilen Veranlassung nehme:

Am 6. März 1901 erhielt ich von der Norddeutschen Textil-Berufsgenossenschaft den Auftrag, einen am 27. Februar verunglückten Maschinenmeister G. Sch. in seiner Wohnung zu besuchen und mitzutheilen, ob es sich empfehle, gemäss § 76 schon jetzt in das Heilverfahren einzugreifen, gegebenen Falls auch in welcher Weise und aus welchen Gründen.

Die beiliegende Unfallanzeige besagte:

G. Sch., 8. August 1853 geboren, verheirathet.

Am 27. Februar Vormittags verunglückt.

Verletzung ist noch nicht zu konstatiren. Der Betroffene fühlt sich nur schwach und unwohl und rieth ihm der Arzt vorläufig nur Ruhe an.

Der Verletzte schmiedete Vormittags mit dem Heizer E. O. zusammen. Beim Zuschlagen, das H. besorgte, ging der Hammer vom Stiel und traf den Sch. in der Gegend der Weichen. Er hatte wohl momentane Schmerzen, die aber bald nachliessen, so dass er den Vorfall nicht weiter beachtete. Heute erklärte er nun plötzlich, so schwach zu sein, dass er nicht arbeiten könne.

Der Arzt hat erklärt, dass er eine Verletzung bis jetzt nicht konstatiren könne und rieth ihm, wie schon vorher gesagt, nur ein paar Tage Ruhe an.

Berlin, 1. März 1901.

Unterschrift.

Bei meinem Besuche am 11. fand ich den Patienten im Bette liegend, mit starker Schwellung der Lymphdrüsen der rechten Leistengegend und derber Infiltration und Röthung der Haut in dieser Gegend. Auf der Brust und dem Bauch ein Roseola-Exanthem. Patient gab auf Befragen an, er habe, da die Schmerzen und die Schwellung in der Leistengegend nicht nachgelassen, 2 Tage Jodkali genommen, sofort sei der Ausschlag entstanden, der trotz Aussetzen des Mittels nicht verschwand.

Meine daraufhin gestellte Diagnose, dass es sich um frische Syphilis handle, bestätigte sich bei dem zweiten Besuch am 30. März. Der Ausschlag bestand fort.

Ich erklärte der Berufsgenossenschaft, dass es sich nach meiner Auffassung gar nicht um Folgen eines Unfalles hier handle, empfahl ihr aber gleichzeitig dem behandelnden Arzt folgende Fragen vorzulegen:

1. An welchem Tage nahm Pat. zuerst wegen seines angeblichen Unfalles Ihre Hilfe in Anspruch?

2. Was gab der Verletzte Ihnen über die Entstehungssache seines Leidens an und wie schilderte er Ihnen gegenüber den Hergang des angeblichen Unfalles?

3. Wie war der objektive Befund bei der ersten Untersuchung und wie lautete die subjektive Angabe des Verletzten und wie stellten Sie die Diagnose?

4. Welche Krankheit liegt bei dem Sch. nach den während der Behandlung von Ihnen gemachten Beobachtungen vor?

5. Welchen Verlauf nimmt das Heilverfahren und welches sind die Aussichten für die Zukunft?

Darauf erging folgendes Gutachten.

20. 4. 01.

Der Maschinenmeister G. Sch., welchen ich vor 1 Jahr an einem Furunkel des linken Unterarmes behandelt habe, konsultirte mich zum ersten Mal am 1. März dieses Jahres wegen einer sehr schmerzhaften Geschwulst in der rechten Leistengegend, verbunden mit grosser Abgeschlagenheit und dem Gefühl von Fieber. Derselbe gab an, am 27. Februar sei ihm ein Schmiedehammer gegen die rechte Leistenbeuge geflogen und seit dieser Zeit bestehe der jetzige Zustand, während er sich vorher vollständig gesund befunden habe.

¹⁾ C. Edinger und S. Auerbach, Unfallnervenkrankheiten, Eulenburg's Encyklopädie XXV. S. 64.

²⁾ Oppenheim, Die traumatischen Neurosen. Berlin 1889. A. Hirschfeld.

³⁾ Dr. Heinrich Sachs und Dr. C. S. Freund, Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchung und Begutachtung. Berlin W. 1899 Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld S. 414.

Die objektive Untersuchung ergab bei dem mittelgrossen, aber kräftigen Manne eine grosse, allgemeine Schwäche, stark belegte Zunge, Stuhlverhaltung. Temperatur und Puls normal.

In der rechten Leistenbeuge findet sich eine auf Druck und spontan sehr schmerzhaft Geschwulst von der Grösse eines kleinen Apfels. Die Haut darüber ist geröthet und nicht in Falten zu erheben, die Geschwulst selbst auf der Unterlage leicht verschieblich.

Die Diagnose lautete: entzündliche Lymphdrüsengeschwulst in Folge äusserer, direkter Gewalt, event. verbunden mit einem Bluterguss in die Lymphdrüsen.

Da sich die Krankheitserscheinungen unter der üblichen Behandlung (Ruhe, kalte Umschläge, Abführmittel) nicht besserten, wurde dem Sch. eine Jodkur (Dr. Sandow's brausendes Salz) verordnet. Nach 2 Tagen klagt Patient über heftige Kopfschmerzen, Schnupfen, Halsschmerzen und zeigt über den ganzen Körper vertheilt einen knötchenförmigen Ausschlag von kupferrother Farbe. Nach dem Aussetzen des Jods liessen die subjektiven Beschwerden bedeutend nach, der Ausschlag aber blieb bestehen und führte an einzelnen Stellen zu schwer heilenden Substanzverlusten. Anfangs April stellte sich dann noch eine Entzündung der rechten Regenbogenhaut ein.

Die nun sofort eingeleitete Quecksilberkur hat bis heute bereits eine wesentliche Besserung im Befinden des Sch. bewirkt, so dass die vollständige Wiederherstellung in kurzer Zeit (3—4 Wochen) zu erwarten ist. Es ist also wahrscheinlich, dass durch das Trauma ein alter latenter Herd (von einer vor 25 Jahren acquirirten und damals behandelten Syphilis) in der rechten Leistenrinne des Körpers mit dem wieder kräftig gewordenen Gift überschwemmt hat.

Die Geschwulst in der rechten Leistenbeuge ist noch ungefähr nussgross und auf Druck nicht mehr schmerzhaft, so dass irgend welche Folgen des Unfalles nicht zu befürchten sind.

Diesem Gutachten gegenüber betonte ich, dass es sich um frische, vom Unfall unabhängige Syphilis handele, wonach die Berufsgenossenschaft den Verletzten mit seinen Ansprüchen abwies.

Das Schiedsgericht verurtheilte die Berufsgenossenschaft zur Zahlung einer Rente von 15%, mit der Motivirung, dass es sich dem „durchaus schlüssigen und sachlich begründeten“ Gutachten seines Sachverständigen, des als Kreisarzt geprüften Dr. X., vollkommen anschliesse.

Das Gutachten lautet:

Wie aus den Akten hervorgeht, und Sch. auf Befragen selbst angiebt, ist er am 27. Februar d. Js. dadurch verunglückt, dass ihm bei der Betriebsarbeit der eiserne Theil eines Hammers, im Gewichte von 5—6 kg an das Gemächt geflogen ist. Hierbei will er sich eine Hoden- und Drüsenentzündung zugezogen haben. Nachdem er dieserhalb von Herrn Dr. U. bis zum 13. Mai d. J. behandelt worden, hat er seine Thätigkeit wieder aufgenommen. Eine Unfallrente ist ihm indess nach Ablauf der Karenzzeit von der zugehörigen Genossenschaft nicht bewilligt worden, sodass er sich zur Klage beim Schiedsgericht gezwungen sieht, denn er habe beim Bücken immer noch Stiche im rechten Hoden, ebenso wie bei schwerer Arbeit. Seine alte Arbeit könne er daher nicht mehr in ihrem ganzen Umfange verrichten, und verdiene er nur 27 Mark wöchentlich gegen 80 Mark vor dem

*) Nach der Unfallanzeige flog der Hammer in die Weichengegend, nach Angabe des Dr. U. gegen die rechte Leistenlage, jetzt gegen das Gemächt.

Unfall. Früher will er immer gesund und auch Soldat gewesen sein.

Sch. ist ein 48jähriger, mittelgrosser fettleibiger Mann, mit seinem Alter entsprechend normalen Brust- und Bauchorganen. Seine Schlagadern lassen bereits beginnende Verhärtung erkennen. In seiner linken Leistenbeuge bemerkt man zwei strichförmige quergestellte helle und völlig reaktionslose Hautnarben von einer vor 20 Jahren stattgehabten Infektion. In der rechten Leistengegend sind leicht angeschwollene Lymphdrüsen zu fühlen. Auf dem ganzen Körper sieht man rosaröthliche Flecke vermischt mit eitrigem, pustulösem Ausschlag, letzteren namentlich auf den Streckseiten der Extremitäten. Beim Berühren der Hoden klagt Sch. über eine Empfindlichkeit des rechten; doch ist eine Abnormität an demselben nicht zu beobachten. Auf den Handflächen schuppt die Haut leicht ab. Im Halse, namentlich am rechten Gaumenbogen, sieht man Geschwüre mit schmutzig-grauem Grunde. Die Drüsen in der Gegend des Unterkiefers und im Genicke sind geschwollen; ebenso in der Umgebung der Ellenbogengelenke. An den Augen sind z. Z. krankhafte Erscheinungen nicht zu beobachten. Ebenso verhält sich das zentrale und periphere Nervensystem normal. Alle Gebiete erweisen sich in funktioneller wie in anatomischer Beziehung als gesund. Dasselbe gilt von den Knochen, besonders an dem Schädel, den Schienbeinen und den Rippen. Die Zunge ist belegt. Der Stuhlgang soll in Ordnung sein. Fieber ist nicht vorhanden. Der Urin enthält keine fremden Beimengungen.

Gutachten.

Nach diesem Befunde leidet Sch. an einem Hautausschlage, an Geschwüren im Rachen und an Drüsenanschwellungen zumal in der Leistengegend, am Halse und in der Umgebung der Ellenbogengelenke. Diese Krankheitserscheinungen deuten darauf hin, dass wir es bei dem Sch. mit sekundären Erscheinungen einer syphilitischen Infektion zu thun haben.

Was nun den Zusammenhang dieser sekundären syphilitischen Erscheinungen mit dem am 27. Februar 1901 von dem Sch. erlittenen Unfall anbetrifft, so muss ein solcher ärztlicherseits zugegeben werden.

Um aber diesen Zusammenhang annehmen zu können, muss zuerst jedes andere Moment, welches die sekundären Erscheinungen der Syphilis hervorrufen kann, ausgeschlossen werden. Dazu gehört zunächst eine Neu-Infektion auf natürlichem Wege (Koitus oder sonstige Berührung mit syphilitisch erkrankten Personen oder mit Gegenständen, welche von derartig infizirten Personen gebraucht worden sind). Solche Ursachen oder die körperlichen Befunde, welche darauf hindeuten, zu finden, ist dem behandelnden Arzte, der auch zugleich die erste Untersuchung vorgenommen hat, nicht gelungen. Die Diagnose, welche dieser Herr nach den ersten Beobachtungen aufgenommen hat, lautet nach seinem Gutachten vom 20. April 1901 (cfr. Blatt 9/10 der Genossenschafts-Akten) entzündliche Lymphdrüsengeschwulst in Folge äusserer direkter Gewalt, eventuell verbunden mit einem Bluterguss in die Lymphdrüsen. Erst nach längerer Beobachtung kam Herr Dr. U. zu der Ueberzeugung, und die daraufhin eingeleitete Behandlung hat durch ihre günstige Wirkung die Annahme bestätigt, dass es sich bei dem Sch. um einen Neuausbruch seines vor ca. 20 Jahren acquirirten Leidens (Syphilis) handelt.

Zeichnet sich doch gerade dieses Leiden dadurch aus, dass es selbst viele Jahre nach der ersten Infektion, nachdem der davon Betroffene sich des besten Wohls erfreut hat, häufig ohne nachweisbare Ursachen von Neuem auftritt.

Häufig, wie ich eben bemerkt habe, ohne nachweisbare Ursache; sorgfältige Beobachtungen haben indess ergeben, dass alle möglichen Reize ein solches Wiederauftreten auslösen können; und zu diesen Reizen gehören auch die mechanischen Insulten. Man geht dabei von der Voraussetzung aus, dass Reste der die Krankheit erregenden Substanz in einzelnen, ganz verschiedenartig gestalteten Organen aufgespeichert liegen bleiben, und erst dann wieder zur Lebensthätigkeit angereizt werden, wenn das betreffende Organ von einem Insult getroffen wird. Zu diesen Organen gehören hauptsächlich die Lymphdrüsen. Es steht nun fest, dass der Sch. vor ungefähr 20 Jahren syphilitisch infiziert worden ist; er ist dann, nachdem die Krankheit damals für erloschen erklärt worden ist, bis zu seinem Unfalle gesund geblieben, hat auch gesunde Kinder erzeugt. Es ist ferner erwiesen, dass er am 27. Februar 1901 von einem schweren Hammer in der rechten Leistengegend getroffen worden ist, und dass im Anschluss hieran eine entzündliche Schwellung der Lymphdrüsen dieser Partie aufgetreten ist. Wenn sich dann im Verlaufe der nächsten Wochen Krankheitserscheinungen bei Sch. einstellten, welche auf sekundär syphilitische Infektion hindeuten, so ist nach dem oben Gesagten, bei dem Ausschluss jeder anderen Gelegenheitsursache, ein Zusammenhang des jetzigen Leidens des Sch. mit dem Unfalle vom 22. Februar 1901 mindestens sehr wahrscheinlich, wenn nicht mit Sicherheit anzunehmen.

Bei der Verschiedenartigkeit im Auftreten der syphilitischen Erkrankung ist natürlich auch der Einfluss auf das Allgemeinbefinden und auf die Arbeitsfähigkeit ein mannigfaltiger.

An und für sich braucht bei dem Zustande, in dem sich Sch. augenblicklich befindet, die Arbeitsfähigkeit gar nicht zu leiden, da weder der Ausschlag, noch die geschwollenen Drüsen und die Geschwürsbildung die Körperkraft wesentlich beeinträchtigt oder Schmerzempfindungen verursacht haben; und thatsächlich versieht ja auch Sch. seinen Dienst als Maschinenmeister.

Trotzdem muss Sch. seinem Körper eine besondere Pflege angedeihen lassen; er muss sich vor Erkältungen und übermässigen Anstrengungen in Acht nehmen, er muss besondere Aufwendungen auf eigenes Geschirr, Wäsche u. s. w. machen und schliesslich auch in ärztlicher Behandlung und Beobachtung bleiben.

Die Einbusse, welche Sch. hierdurch in seinem Erwerb erleidet, schätze ich nun ärztlicherseits und zwar vom 30. November 1901 ab, auf 15 Prozent seiner Arbeits- und Erwerbsfähigkeit überhaupt.

Zum Schlusse versichere ich, dass ich die Angaben des Sch. wahrheitsgetreu niedergeschrieben, sowie mein eigenes Gutachten nach bestem Wissen und Gewissen abgegeben habe.

Dr. X.

als Kreisarzt geprüft.

Da diesem Gutachten für mich keine überzeugende Kraft innewohnte, vielmehr meine Diagnose, dass es sich um frische Syphilis handele, dadurch zur Evidenz bestätigt wurde, rieth ich der Berufsgenossenschaft, Rekurs einzulegen, vorher aber den Verletzten durch Professor Lassar untersuchen zu lassen. Ich betonte die Wichtigkeit gerade dieses Falles für die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts und stellte anheim, eventuell ein Gutachten des Medizinalkollegiums einzuholen. Das Reichsversicherungsamt folgte aber dem Gutachten des Professor Lassar und setzte die Entscheidung der Berufsgenossenschaft, die einen Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankung leugnet, wieder in Kraft.

Das Gutachten des Professors Lassar lautet: 21. November

1901. Der Maschinenführer J. Sch. hat sich am heutigen Tage meiner ärztlichen Untersuchung unterzogen. Danach ist derselbe behaftet mit zahlreichen über den ganzen Stamm und die Extremitäten verbreiteten rothen Flecken, die zum grossen Theil narbige Einsenkungen zeigen. Einige derselben sind mit gründigen kleinen Belägen bedeckt. Am Lippensaum, der Zunge und der linken Rachenwand, finden sich sogenannte Schleimpapeln. Die Drüsen der Leistengegend, in der Ellenbogenbeuge und am Halse, sind geschwollen. An der Glans ist eine frisch erodirte Papel auf leicht erhärtetem Grunde. Daneben eine Narbe, deren Alter sich nicht mehr genau bestimmen lässt. Dieser Befund giebt eindeutig denjenigen einer relativ frischen Syphilis, deren Entstehungszeit nicht länger als ein Jahr zurückdatiren kann. Der Anfangsherd lässt sich nicht mehr mit Sicherheit feststellen, um so weniger als der Patient angiebt, bereits im Jahre 1882 eine Infektion erlitten zu haben. Jedoch ist jene aller Berechnung und Wahrscheinlichkeit nach nicht syphilitischer, sondern lediglich venerischer Natur gewesen. Es hat sich damals um ein Ulcus (sogenannten weichen Schanker) mit Bubo gehandelt, dessen Operationsnarben noch heute zu sehen sind. Hiernach kann ich mich dem Herrn Vorgutachter nicht anschliessen. Selbst wenn man annehmen wollte, dass eine frühere Erkrankung vorausgegangen und nur durch das jetzige Trauma gleichsam neu hervorgerufen und aufgerührt sei, müsste mindestens die Sicherheit bestehen, dass die erste Erkrankung wirklich Syphilis gewesen war. Dem ist aber nicht so. Vielmehr pflegen Laien Vorkommnisse dieser Art durchweg als Syphilis zu bezeichnen, während lediglich venerische Lokal-Erscheinungen vorgelegen haben mögen. Hierfür spricht auch der Umstand, dass der Patient in der ganzen Zeit mit oder ohne erneute Kuren frei von weiteren Erscheinungen geblieben ist. Fällt somit das grundlegende Moment fort, dass überhaupt Syphilis vordem vorausgegangen sei, so kann auch nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft und der persönlichen Erfahrung des Unterzeichneten keinesfalls als nachweisbar angenommen werden, dass eine veraltete Infektion sich bei beliebigem körperlichen Anlass plötzlich in allgemeinen frischen Symptomen wieder etablire. Die Berührungen zwischen Körperverletzung und Syphilis sind wohl bekannt und sicher konstatiert. Sie beziehen sich aber auf örtliche Erscheinungen in dem Sinne etwa, dass an dem Ort, wo der Stoss erfolgt ist, oder eine Verwundung Platz gegriffen hat, sich die bis dahin versteckten latenten Keime der Syphilis von Neuem einstellen und hierselbst gummöse Späterscheinungen zeitigen. Alle diese Vorkommnisse gehören in die Rubrik der Spät-Syphilis, deren Symptome durchweg einen besonderen und als solchen erkennbaren Charakter tragen. Die im Fall Sch. von dem vorbehandelnden Arzt und bei der jetzigen Nachuntersuchung festgestellten Symptome aber gehören insgesamt und ausschliesslich der Krankheitsphase in unmittelbarem Anschluss an frische Infektion an. Eine solche muss auch stattgefunden haben, obgleich dem Patienten angeblich hiervon nichts bekannt ist, und zwar bereits am Ende vorigen oder Anfangs diesen Jahres vor dem Unfall, da bereits im März von ärztlicher Seite allgemeine Erscheinungen — wie sie sich erst längere Wochen nach erfolgter Ansteckung zu zeigen pflegen — beobachtet worden sind. Nach alledem stehen Unfall und Syphilis in diesem Falle nicht in ursächlichen, sondern ausschliesslich in zufälligem Zusammenhange.

Professor Lassar.

Würden seitens der Berufsgenossenschaft die Verletzten nur durch den behandelnden Arzt und nicht auch gleichzeitig durch den Vertrauensarzt untersucht und begutachtet, so hätte

in diesem Falle für die Berufsgenossenschaft kein Grund vorgelegen, dem angeblich Verletzten eine Rente zu versagen; höchstens hätte eine Differenz über die Höhe der zu zahlenden Rente entstehen können. War aber einmal seitens der Berufsgenossenschaft eine Entschädigungsverpflichtung im Prinzip anerkannt, so hätten auch später eingeholte Gutachten, die einen Zusammenhang zwischen Unfall und den vorliegenden Krankheitserscheinungen bestritten, an diesem Rechtszustand nichts mehr ändern können.

Beim Ableben des Mannes würde noch die Frage, ob durch den Wiederausbruch der Syphilis die Lebensdauer verkürzt sei, zur Entscheidung gelangt sein.

Ich glaube deshalb die Bedeutung des Falles für die Beurtheilung der Eingangs genannten Frage nicht überschätzt zu haben und habe die Ueberzeugung, dass auch die wortgetreue Wiedergabe des ärztlichen Gutachtens für die Leser nicht ohne Interesse gewesen ist.

Berlin im März 1902.

Referate.

Sammelbericht.

Die neueren Arbeiten über traumatische Erkrankungen der Wirbelsäule.

Von Dr. P. Stolper-Breslau.

Die Verletzungen der Wirbelsäule haben durch drei auf ein jeweils sehr reiches Material gestützte grössere Arbeiten am Ende des jüngst verflossenen Jahrhunderts eine erschöpfende Bearbeitung erfahren, es sind diejenige von William Thorburn (Manchester): „A contribution to the surgery of the spinal cord“ (London 1889), die von Theodor Kocher (Bern): „Die Verletzungen der Wirbelsäule zugleich als Beitrag zur Physiologie des menschlichen Rückenmarks“ (Mittheil. a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. d. Chirurgie I, Jena 1897) und endlich die von W. Wagner (Königshütte) und P. Stolper: „Die Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks“ (Band 40 der Deutschen Chirurgie, Stuttgart 1898). Ihre Ergebnisse als bekannt vorausgesetzt, sei nur hervorgehoben, dass der englische Chirurg vornehmlich den aus der Beobachtung von Wirbel-Frakturen, -Luxationen und -Distorsionen sich ergebenden Lehren für die Segmentdiagnose des Rückenmarks sein Augenmerk geschenkt hat. Seine Arbeit ist ebenso wie die Kocher'sche eine überaus dankenswerthe, aus der klinischen Anschauung gewonnene Bestätigung, aber auch eine Erweiterung unserer physiologischen, durch das Experiment gewonnenen Erfahrungen über die Bedeutung der Rückenmarkszentren und -bahnen. Die von Thorburn und von Kocher gegebenen Tafeln der spinalen Sensibilität und Motilität sind mit bewundernswerth feiner Beobachtung und mit seltenem Fleiss gewonnen; wir können ihrer bei der Beurtheilung von Rückenmarksverletzungen und -krankheiten nicht mehr entzihen.

Auch was die eigentlichen Wirbelverletzungen anlangt, hat Kocher grundlegende Gesichtspunkte für die Eintheilung derselben an die Hand gegeben, und als erster an einem grossen Material erwiesen, dass auch für die Wirbelbrüche und -Verrenkungen gewisse Typen durchaus charakteristisch sind. Er hat zunächst die partiellen Wirbelverletzungen von den Totalluxationsfrakturen unterschieden, weil für ihn der Gesichtspunkt massgebend war, es müssten alle Wirbelläsionen, die nothwendig eine schwere irreparable Markläsion zur Folge haben, streng geschieden werden von denjenigen, bei denen dies zwar möglich ist, aber nicht nothwendig der

Fall zu sein braucht. Unter die partiellen Wirbelläsionen zählt er deshalb neben den Kontusionen und Distorsionen und den isolirten Frakturen der Wirbelbogen und -dornen auch die isolirten Luxationen der Seitengelenke und die isolirten Frakturen der Wirbelkörper.

Die zweite Gruppe von Wirbelsäulen-Verletzungen fasst er zusammen unter dem Namen der Totalluxationsfrakturen, bei denen nothwendiger Weise immer das Mark in erheblicher Weise geschädigt ist in Folge der starken Wirbelverschiebung. Er spricht von Totalluxation, wenn die Seitengelenke (Processus articul.) verrenkt und auch die Synchondrose unter Zertrümmerung und Verschiebung der Bandscheibe gelöst ist, von Totalluxationsfraktur, wenn der Wirbelkörper statt der Bandscheibe zertrümmert ist. Er hält die Luxation der Seitengelenke für die Regel, Bruch der Gelenkfortsätze für die Ausnahme. Je nachdem der lädirte Wirbelkörper stärker komprimirt ist und dafür weniger dislocirt, oder aber eine Schrägfraktur — nach K. immer (? Referent) von hinten oben nach vorn unten verlaufend — mit starker Verschiebung nach vorn vorhanden ist, unterscheidet er Kompressionsluxationsfrakturen von Luxationsschragfrakturen.

Wagner-Stolper's auf ein Material von mehreren hundert Fällen gestützte, mehr systematische Bearbeitung der Lehre von den Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks hält einmal mit Rücksicht auf die Therapie die Scheidung reiner Luxationen von den Frakturen und Luxationsfrakturen aufrecht und betont andererseits besonders den Mechanismus der Kompression, der bei fast allen Wirbelbrüchen eine Rolle spielt. Die Kompressionsfraktur ist der Haupttypus der Wirbelkörperbrüche. Die Art des Zustandekommens (Zusammenstauchung) und das Ueberwiegen spongiöser Substanz machen diese eigenartige, nur am Fersenbein ähnlich vorkommende Bruchform erklärlich. Sie haben bezüglich der Kümmell'schen sogen. Spondylitis traumatica eine merkwürdiger Weise nicht beachtete Auffassung ausgesprochen, die jetzt allmählich die herrschende zu werden scheint. Insbesondere berücksichtigen sie auch die späteren Folgezustände von Rückgratverletzungen und zeigen auch an reichlichen anatomischen Präparaten die Vorgänge der Wirbelfraktur: Heilung mit der bis zur Eburnation gesteigerten Zusammenpressung der Spongiosa und dem lediglich von der Corticalis ausgehenden Kallus. Wenig beachtet sind bislang die von ihnen abgebildeten Präparate von Kompressionsfraktur allerleichtesten Grades und ihre Beschreibung von Fällen schwerer tödtlicher Markläsion ohne anatomisch nachweisbare Wirbelsäulenverletzung, Distorsionen also, welche für die Frage des Zustandekommens von Haematomyelie, leichtester Myelodelese und besonders der Kümmell'schen Krankheit der Berücksichtigung werth sind.

Aber im Einzelnen soll auf diese umfangreichen Arbeiten nicht eingegangen werden. Von den späteren Publikationen wollen wir hier unerörtert lassen die in einem künftigen Referat zu behandelnden Arbeiten über direkt traumatische Rückenmarksverletzungen und die Bedeutung der Traumas für jene Gruppe von Rückenmarkskrankheiten, wie multiple Sklerose, Tabes, Poliomyelitis, über welche die Meinungen noch sehr auseinandergehen.

Die primär traumatischen Wirbelsäulenerkrankungen sind in den letzten Jahren verhältnissmässig selten behandelt worden. G. Roux de Brignoles (Marseille) hat 1898, noch ohne Kenntniss der Arbeiten von Kocher und Wagner-Stolper, über die Brüche der Wirbelsäule geschrieben. Er giebt eine interessante historische Uebersicht über die Entwicklung der Lehre von den Wirbelverletzungen in Frankreich, wo dieselbe wohl mehr als bei uns, auch

experimentell, angefasst worden ist, besonders durch Chedevergne, Molière und Ménard. Letzterer kam bei Leichenversuchen zu dem Schluss, dass die starke Flexion (arrachement) und die Stauchung und Zermalmung (écrasement) in der Regel zusammenwirken, und dass auch bei Sturz auf das Gesicht bzw. die unteren Extremitäten mit gebeugtem Stamm Frakturen im lumbodorsalen Abschnitt zu Stande kommen, wie dies die praktische Erfahrung inzwischen vielfach bestätigt hat. Roux unterscheidet demgemäss Abrissfrakturen (Horizontalfrakturen und Schrägfrakturen; letztere mit vorderem und hinterem Keilfragment; das obere meist kleiner) und Kompressionsfrakturen (dans l'écrasement), wobei der ganze Körper zermalmt ist, vornehmlich unter Verminderung der Höhe der Vorderfläche. Letztere betrafen oft mehrere Wirbelkörper.

Roux hebt besonders hervor, dass das vordere Längsband (Ligam. longit. ant.) oft von der Vorderfläche der Körper und Bandscheiben abgelöst ist und die Frakturstelle überbrückt, während das hintere leicht zerrissen wird durch die hintere obere Kante der Wirbelkörper. Bezüglich der begleitenden Rückenmarksverletzung neigt Chedevergne der Ansicht zu, dass in der Regel das Rückenmark wie eine Violine über den Steg so über die hintere obere Kante des frakturirten Wirbelkörpers gespannt und demgemäss gequetscht wird (Zerrungsläsion), während Felizet, Ménard und Chipault es sich so vorstellen, dass das Rückenmark wie in einem Schraubstock gefasst wird zwischen frakturirtem Wirbelkörper und dem Bogen des nächst höheren Wirbels (Kompressionsläsion). Diese Auffassung führt naturgemäss zu einer lebhafteren Empfehlung der Laminektomie, der auch Roux das Wort redet, und die in Chipault ihren eifrigsten, nach des Referenten Ansicht aber weit über das Ziel hinausschiessenden Verfechter hat.

Chipault hat auf dem internationalen medizinischen Kongress in Paris 1900 (Statistique thérapeutique de 147 fractures vertebrales) von einer verblüffenden Zahl von Erfolgen blutigen Eingreifens bei Wirbelsäulenbrüchen berichtet, nachdem er in seiner „Chirurgie du système nerveux“ bereits die Technik der Laminektomie (Resektion der Wirbelbögen) und die Naht des total querdurchquetschten Rückenmarks empfohlen hatte. Von letzterer ist begreiflicher Weise nicht mehr die Rede, und es ist unverständlich, wie Jemand, der die Heilungsvorgänge bei Markverletzung auch nur einigermaßen beobachtet hat, überhaupt von dem Zusammennähen des durchtrennten Rückenmarks reden kann. Trotzdem haben einige Chirurgen in der That die Rückenmarksnaht aus geführt. In Chipault's letzter Publikation ist davon nicht mehr die Rede. Sein Bericht wird in Deutschland wenigstens befremdlich erscheinen; Chipault hat 34 Mal den Wirbelkanal wegen Wirbelsäulenbruch eröffnet. Von 34 Fällen, welche 24—28 Stunden nach dem Unfall zur Behandlung kamen, wurden 20 expektativ behandelt. Zwei Mal veranlasste ihn trotz geringer Dislokation rasch zunehmende Parese zur Laminektomie, bei der er peridurale und perimedulläre Blutung fand. Fünf Mal laminektomirte er ohne Weiteres, um dann (3 Mal) die vorspringende hintere Wirbelkörperkante zu reseziiren, oder (2 Mal) zu reponiren. Nach Reduktion der Wirbelsäule fixirt er dieselbe — event. auch ohne Eröffnung des Wirbelkanals — durch Ligatur der Bögen, wie dies auch Hadra empfohlen hat. Zwei Mal laminektomirte er wegen Bogenbruch.

Bei alten Frakturen fand Chipault ungleich öfter die Indikation zur Resektion der Wirbelbögen; sein Bericht über die Erfolge ist indess zu knapp, die Begründung des Eingriffs nach unseren Erfahrungen zu ungenügend, als dass sich sein häufiges blutiges Vorgehen ohne Weiteres zur Nachahmung empfehlen liesse. Auch Abbé (Spinal fracture-paraplegia,

New York med. record 1900) und M. Gusmitta (Lucca): Casi e considerazioni di chirurgia dei traumatismi spinali (Clinica chir., 1901, No. 2—8) sind Enthusiasten der Frühoperation. Der Letztere berichtet über 13 Fälle von Wirbelsäulenverletzung. Seine operativen Erfolge sind keineswegs ermuthigend. So operirte er bei Fraktur des 1. und 2. Lendenwirbel-Dornfortsatzes bzw. -Bogens, wobei Paraplegie, die Sensibilität nur am linken Oberschenkel erhalten, Blasen- und Mastdarmlähmung vorhanden war. Die Nerven der Cauda equina fanden sich theils gequetscht, theils zerrissen. Nach drei Monaten war das rechte Bein aktiv beweglich, das linke paralytisch! Die Blasenentleerung erfolgte spontan, die Sensibilitätsstörung blieb bis zur Mitte des linken Oberschenkels normal. Derselbe Erfolg wäre ohne Operation auch wohl erreicht worden.

In einem anderen Falle mit Vorwölbung am 9.—11. Brustwirbeldorn fand er erst nach Resektion von im Ganzen 7 (!) Wirbelbogen einen Bruch des 5. Brustwirbelbogens und eine Erweichung des Marks in der Höhe des 11. Brustwirbels! Das schliessliche Ergebniss war gleich Null. In einem dritten Fall glaubt er durch Resektion des 2. und 3. Lendenwirbelbogens am dritten Tage und Entleerung einer unter Druck stehenden intrameningealen Blutansammlung das anscheinend unversehrte Mark entlastet zu haben. Der Erfolg bestätigt seine Annahme keineswegs. Denn nach zwei Jahren ging der Patient noch an Krücken und die Sensibilität beider unteren Extremitäten war gering. Bei einer Fraktur im Bereich des 5. und 6. Brustwirbels endlich machte man die Reduktion nach Calot, die Deformität schwand unter hörbarem Krachen. Der Mann wurde wieder zu Ackerarbeit fähig. Berücksichtigt man aber, dass eine komplette Querschnittsläsion nicht bestanden haben kann, da im Bereich der Paraplegie enorme Hyperästhesie bestand, so wird man auch den Erfolg dieser grossen Anstrengung (4 Mann an den Beinen, 4 an Armen und Schultern) nicht allzu hoch veranschlagen dürfen. Unsere Erfahrungen lehren, dass die Reduktion grosse Mühe selten macht, dass sie aber, wo es der Fall ist, als ein recht gefährlicher therapeutischer Eingriff angesehen werden muss.

Ueber schwerere frische Wirbelsäulenverletzungen berichten Wörner (Schwäb. Gmünd): Zur Kasuistik der Wirbelsäulenverletzungen (Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. II, 1899), und Spiridonow (Warschau): Zwei Fälle von Fraktur der Wirbelsäule in pathologisch-anatomischer und klinischer Hinsicht (Archiv für klinische Chirurgie Bd. 65 II, 1902).

Des ersteren drei Fälle sind jeder in seiner Art recht interessant und gut beschrieben. Es handelt sich erstens um einen Fall von anatomisch nahezu vollständiger, klinisch das Bild totaler Querschnittsläsion darbietender Halsmarkquetschung ohne ernstere anatomisch nachweisbare Wirbelläsion. Auch das erst sekundäre Auftreten der Paraplegie ist praktisch überaus interessant. Ein überfahrener kräftiger Mann wird mit einem Oberschenkelbruch ins Spital gebracht; er fühlt zwischen den Schultern heftige Schmerzen, ohne dass an der Wirbelsäule etwas zu finden ist. Nach Anlegung des Heftpflasterzugverbandes in guter Narkose noch gute Motilität der Extremitäten. In der folgenden Nacht tritt unter Schmerzen zwischen den Schultern totale motorische und sensible Lähmung der Beine, der Rumpfmuskeln, Erectio penis und eine partielle sensible-motorische Lähmung auch der Arme ein. Der Patient bekommt schon am dritten Tage eine schwere Cystitis mit mächtiger Epithelabstossung und geht am 28. Tage an Sepsis zu Grunde. Am gebrochenen Oberschenkel findet man reichliche Kallusbildung, ein beachtenswerthes Moment in der Diskussion über die Existenz trophischer Rückenmarksbahnen!

An der Wirbelsäule fand sich eine abnorme Beweglichkeit in der Bandscheibe zwischen 5. und 6. Halswirbel. *) Das Rückenmark zeigte in dieser Höhe eine ausgedehnte breiige Erweichung, die nur von einem schmalen Mantel erhaltener Rückenmarkssubstanz einschliesslich Pia zusammengehalten wurde. Das Mark erschien nach Eröffnung der Dura an dieser Stelle nicht deformirt, plattgedrückt! Es handelt sich also um eine Distorsion der Halswirbelsäule mit tödtlicher Markquetschung.

Den zweiten Fall von Wörner, den er als Spondylitis traumatica beschreibt, werde ich später mitberücksichtigen. Der dritte Fall ist eine diagnostisch nicht ganz aufgeklärte, mit Glück eingerichtete, aber später relaxirte Luxation des Atlas bei einem Knaben. Wörner hat sich der Röntgenphotographie bei Wirbelsäulenerkrankung mit bestem Erfolge bedient. In der That ist ja jetzt die ganze Wirbelsäule, ausgenommen den 8. Brust- bis 1. Lendenwirbel, mit den verbesserten Apparaten sehr deutlich zur Anschauung zu bringen.

Spiridonow berichtet, leider ohne Kenntniss der einschlägigen Literatur und darum auch ohne genügenden klinischen Befund über eine Kompressions-Fraktur des 1. Lendenwirbels und über eine solche des 7. Halswirbels.

Drei grade für den Gutachter recht beachtenswerthe Beobachtungen theilt E. Schäffer (Bingen) mit: Ueber Wirbel- und Rückenmarksläsion (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1901, 6). An dem ersten Fall interessirt der Entstehungsmechanismus, es kam durch eine schiebende direkte Gewalt zu einer Vorwärtsdislokation der oberen Lendenwirbel, die auch durch die Bauchdecken als Prominenz fühlbar waren. Dabei bestand Verkürzung der unteren Rumpfhälfte, primäre Lordose mit kompensirender Skoliose und tiefe Furchenbildung in den Bauchdecken oberhalb des Nabels, letzteres ein noch wenig beachtetes objektives Zeichen für die schwere Störung der statischen Verhältnisse. Endlich bestand in der Anococcygealgegend starke Hyperidrose. Auch Anidrose sah er in Folge Rückenmarkstrauma auftreten. Aus der Mittheilung zweier Fälle von Sakralmark- bzw. Kaudaläsion sei als besonders wichtig hervorgehoben, dass in einem Fall die Kyphose zwar deutlich sichtbar war, das Röntgenbild aber dabei doch keinen Aufschluss gab und dass in einem anderen, nachdem bereits erhebliche Besserung eingetreten und dieser Zustand auch längere Zeit stationär geblieben war, ohne äusseren Anlass eine Verschlimmerung eintrat, schwere motorische und sensible Störungen. Im Gegensatz zu Kienböck, dessen Arbeit dem Verfasser noch nicht bekannt sein konnte, zieht Schäffer aus letzterem Falle den Schluss, dass sich eine Syringomyelie aus traumatisch entstandenen Blutungen noch nach Jahren entwickeln kann. Als sicher beweisend wird man diesen Fall nicht ansehen können.

Giss: „Ueber einen Fall von Abfluss kolossaler Mengen von Cerebrospinalflüssigkeit“. (Mittheil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. Bd. VIII, 1901) berichtet über die Folgen eines Messerstichs ins Genick. Der 23jährige Verletzte ging 6 km nach Haus, ohne den Begleitern etwas von der Wunde zu sagen. Der erst am 3. Tage zugezogene Arzt fand eine kleine Wunde in Höhe des 6. Halswirbeldornfortsatzes links von der Mittellinie, Lähmung des rechten Arms, Schmerzen

bei passiver Bewegung desselben, 39° Temp. Es waren schätzungsweise 2—3 Liter Cerebrospinalflüssigkeit abgeflossen. Am 5. Tage wurde eine 7½ cm lange Messerklinge entfernt. Erst nach 5 Wochen schloss sich die Wunde endgiltig, bis dahin mochten mindestens 30 Liter Cerebrospinalflüssigkeit entleert sein. Zwei Jahr später war der Verletzte zwar noch immer etwas blass, aber im Allgemeinen kräftig und munter, nur gegen Alkohol überaus empfindlich.

Nach einem Messerstich zwischen 7. Hals- und 1. Brustwirbel, den von Arx (Olten) (Korrespond. Bl. für Schweizer Aerzte 1898) beschreibt, trat bei linksseitiger Einstichöffnung rechtsseitige Halsseitenläsion auf. Es blieb nach anfänglich rascher Besserung spastisch-paretischer Gang zurück.

Von leichteren direkt traumatischen Erkrankungen des Rückgrats sei noch jener Fälle gedacht, die als sogenannte Meningocele spinalis spuria traumatica beschrieben worden sind. Liniger hat diese Bezeichnung eingeführt, Schanz und Thiem haben sie aufgenommen. Letzterer bleibt auch jetzt noch auf diesem Standpunkt stehen, wie aus einer neueren Arbeit seines Schülers Schmidt (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1901, 7) hervorgeht. Die genannten Autoren sahen wiederholt nach schweren Quetschungen der Kreuzlendengegend hier eine subkutane Flüssigkeitsansammlung. Der durch Punktion gewonnene Inhalt hat, wenn man von grösserer oder geringerer Blutbeimengung absieht, hohe Ähnlichkeit mit Cerebrospinalflüssigkeit. Es ist Lymphe. Kleine Symptome von Spinalreizung (Parästhesien bei Druck auf den Tumor), das scheinbare Verschwinden der undulirenden Flüssigkeit bei vorwärts geneigtem Rumpf, die Wiederkehr nach Entleerung durch Punktion und endlich das Wirbelsäulentrauma haben diese Autoren dazu geführt, eine Art Cerebrospinalfistel anzunehmen, eine Kommunikation des peribzw. intramedullären Lymphraumes mit einer subkutanen Tasche, welche durch das Trauma gebildet ist. Die einen lassen diesen Erguss durch die Zwischenwirbellöcher und zwar durch die blindsackartigen Durafortsätze, die andern durch Einrisse im Bandapparat erfolgen. Referent hat früher bereits an der Hand von zwei eigenen Beobachtungen (Wagner-Stolper, Seite 339 u. f.) und neuerdings mit einer dritten zweifellos gleichartigen Verletzung gegen die oben angeführte Deutung und die dies ausdrückende Benennung Stellung genommen in einer Arbeit: „Die sogenannte Meningocele spinalis spuria traumatica, ein traumatisches Lymphextravasat bei Décollement traumatique de la peau“. Monatsschrift für Unfallk. 11. 1901. Schon Morel-Lavallée hat einen solchen Fall beschrieben. Die traumatischen Lymphextravasate, deren anatomische Verhältnisse Gussenbauer besonders beschrieben hat, werden auch an andern Körpertheilen vielfach beobachtet, oft wohl nicht richtig erkannt. Köhler hat in 1½ Jahren 22 Fälle von Décollement traumatique gesehen. Tangential einwirkende stumpfe Gewalten quetschen, oft ohne eine äussere Wunde zu machen, eine Gewebs-, Muskel- oder Hautschicht von der Unterlage ab; es kommt dabei zu ausgedehnten Zerissen von Lymphbahnen und grossen Lymphergüssen. Nicht anders ist der Vorgang nach meiner Ansicht bei der irrthümlich sogenannten Meningocele spinalis spuria traumatica; wir können also diesen Namen für das in der That eigenartige Krankheitsbild fürder nicht aufrecht erhalten.

Eine eigenartige Geschwulstform beschreibt C. Winkler-Breslau: Das Myelom in anatomischer und klinischer Beziehung (Virchow's Archiv 161. Bd. 1900). Er bezeichnet es als „ein dem Knochenmark homologes Gewächs, entstanden durch hochgradigste Hyperplasie derselben, und zwar ist stets das rothe Mark der Wirbelkörper, Rippen- oder Schädelknochen in den Zustand excessiver Geschwulstbildung versetzt, nicht

*) Wörner bleibt im Zweifel, ob diese Bandscheibenlockerung vom Unfall herrührt oder bei der schwierigen Auslösung der Halswirbelsäule im Atlanto-Occipital-Gelenk zu Stande gekommen ist. Diese Schwierigkeit ist mir bekannt und ihre Abstellung forensisch überaus wichtig. Ich empfehle in solchen Fällen, die Schädelbasis rund um das Foramen ovale zu ummeisseln, vom Schädelinneren aus. Man nimmt dann die Wirbelsäule in toto mit diesem Schädelbasisring heraus und sägt sie im Schraubstock auf.

das gelbe Mark der langen Röhrenknochen“, dessen Geschwülste Metastasen in die Entfernung treiben. Das Myelom hat nur eine auf den Entstehungsort beschränkte Geschwulstausbreitung analog dem Gliom. Uns interessiert das Myelom, weil es vorwiegend in der Wirbelsäule entsteht und weil der Verfasser für den von ihm beschriebenen Fall, wenn auch mit allem Vorbehalt, einem Trauma eine ätiologische Bedeutung beimisst. Ein 47jähriger Schmied fiel aus Mannshöhe mit der rechten Brustseite gegen eine eiserne Welle, klagte danach über Schmerzen in der Gegend, wurde in der sechsten Woche bettlägerig; nach weiteren sechs Wochen traten Zeichen der fortschreitenden Rückenmarkskompression auf, der nach zwölf Tagen schon der Tod folgte, circa vier Monate nach dem Unfall. Bei der Obduktion fand man weiche, markige, grauröthliche Geschwulstmasse in der Spongiosa sämmtlicher Wirbel und Rippen. Die Wirbelsäule war mehrfach zusammengebrochen, zeigte doppelten Gibbus. Nach Winkler kann eine Erschütterung des Thorax eine Verletzung des Markes der spongiosareichen Knochen desselben zur Folge haben und bei dem Heilungsprozess eine Vermehrung der Wachstums-Energie, eine Steigerung der Proliferations-Fähigkeit der Zellen des rothen Marks und damit die Geschwulstbildung anregen.

(Schluss folgt.)

Chirurgie.

Subkutane Zerreißung des Sinus longitudinalis durae matris.

(Aus der chir. Abtheilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau.)

Von Primärarzt Dr. Riegner.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 62, Heft 3 und 4.)

Ein Arbeiter fiel aus grosser Höhe aufs Pflaster und wurde gleich darauf in das Krankenhaus verbracht. Er war bei voller Besinnung, blutete aus dem rechten Nasenloch und erbrach oft. Die gleich weiten Pupillen reagierten gut; Lähmungen bestanden nicht. Der grösste Theil der Galea war durch einen schwappenden Bluterguss abgehoben; an einer umskripten Stelle neben der Medianlinie fanden sich jedoch die Weichtheile tief eingezogen und hafteten am Knochen fest. Der Puls, anfangs 74, sank allmählich auf 52 Schläge in der Minute; in den nächsten Tagen traten bis zur Raserei zunehmende Kopfschmerzen auf. Am fünften Tage bestand linksseitige Stauungspupille.

Diese Anzeichen deuteten auf eine Blutung im Schädel hin, welche bei dem langsamen Entstehen mit aller Wahrscheinlichkeit eine Venenblutung war. Eine Verletzung der Meninga media konnte bei dem Fehlen aller Erscheinungen von Seiten der Centralwindungen fast ausgeschlossen werden. Es wurde zur Operation geschritten. Bei Ablösung der abgehobenen Galea fand sich diese an einer Stelle in einen von vorn nach hinten rechts von der Mittellinie verlaufenden Knochenspalat eingeklemmt, aus welchem es blutete. Nachdem zur Feststellung des Sitzes der Blutung ein ungefähr 3×4 cm grosses Stück neben dem Spalt ausgemeisselt war, stürzte ein grosser Schwall von Blut vor, so dass Nichts übrig blieb, als zu tamponiren. Hierauf stand die Blutung. Als am vierten Tage der Tampon entfernt wurde, fand sich ein 1½ cm langer Riss in der harten Hirnhaut, aus welchem die aus dem Längsblutleiter stammende Blutung stattfand. Diese wurde durch Umstechung definitiv zum Stehen gebracht. Der Wundverlauf war ein guter. Die Stauungspupille bildete sich zurück, so dass nach zwei Monaten halbe Sehschärfe bestand.

Niehues-Berlin.

Ueber Hirnverletzungen durch stumpfe Gewalt und ihre Beziehungen zu den Brüchen des knöchernen Schädels.

Von Professor Dr. Tilmann.

(Archiv für klinische Chirurgie Bd. 66.)

Die Schussverletzungen des Schädels sind wiederholt der Gegenstand eingehendster experimenteller Studien gewesen, so dass in den Ansichten über ihre Theorie, über die Mitwirkung des Gehirns bei ihrer Entstehung und über die hier in Betracht kommenden physikalischen Gesetze Klarheit und grösstentheils Uebereinstimmung herrscht. Dagegen wurde die Mitwirkung des Gehirns bei der Entstehung der durch stumpfe Gewalt erzeugten Schädelbrüche bisher nicht in genügender Weise gewürdigt. T. hat sie zum Gegenstand eingehender experimenteller Untersuchungen gemacht und kommt auf Grund derselben zu folgenden Schlüssen:

1. Die bisher angenommenen Zahlen für die Elastizität des knöchernen Schädels bedürfen einer Einschränkung, da die Lamina ext. gegen die int. eingedrückt werden kann, ohne dass Letztere eine Schädigung erleidet.

2. Hirnverletzungen bei unverletztem Schädel können auch ohne Inanspruchnahme der Elastizität des Schädels erfolgen, da das Gehirn im Schädel beweglich ist und in Folge seines Beharrungsvermögens bei plötzlicher Störung der Ruhelage oder bei plötzlicher Hemmung einer Bewegung gegen die Schädelwand angeschleudert werden kann.

3. Bei doppelseitigem Angriff auf den Schädel kommen die Knochenbrüche nach den bekannten Gesetzen der Schädel-elastizität ohne Mitwirkung des Gehirns zu Stande.

4. Bei einseitigem Druck auf den unterstützten Schädel sind dieselben Grundsätze massgebend.

5. Bei einseitigem Stoss auf den unterstützten und den schwebenden Schädel kommt eine Flachlegung der getroffenen Schädelpartie mit Fissuren zu Stande; bleibt die Dura intact und sind die Bruchstücke deprimirt, so entsteht neben dem Stoss noch ein hydraulischer Druck im Schädel, der denselben auseinander sprengen kann. Diese Sprengung geschieht gewöhnlich in den durch das Trauma gesetzten Fissuren durch Verlängerung derselben. Ist die Dura mit verletzt, so kommt ein hydraulischer Druck nicht zu Stande; dann entwickeln sich durch Fortpflanzung des Stosses im Gehirn Quetschungen und Contracoup-Quetschungen. Ausschliesslich Contracoup-Quetschungen sind nur beim Stoss gegen den frei schwebenden Schädel möglich.

6. Bei Verletzungen durch Fall und Aufschlagen bringt das in Folge seines Beharrungsvermögens und seiner Schwere gegen die Aufschlagstelle angeschleuderte Gehirn die durch den Aufschlag gesetzten Fissuren zum Klaffen und verschlimmert die Knochenzerstörung.

7. Die indirekten Orbitaldachfrakturen bei Schussverletzungen sind eine Folge der Schusswirkung auf das Gehirn. Bei stumpfer Gewalteinwirkung ist es sehr wohl möglich, dass dieselben Folgen der Einwirkung der Schädigung auf das Gehirn sind.

Niehues-Berlin.

Eindringen eines Pfeifen-Mundstücks in den Gaumen und Durchbohrung des Bodens der Augenhöhle.

Von Dr. Herbert J. Illott.

(The Lancet 30. Nov. 1901.)

Ein 42 Jahre alter Mann fuhr auf einem Zweirad bergab, dabei riss ihm die Kette der Maschine, und er wurde mit wuchtigem Schlag auf die Strasse geschleudert. Während des Fahrens hatte er eine Tabakspfeife im Munde; auch die Pfeife wurde zerbrochen. Er bemerkte, dass das Mundstück der

Pfeife fehlte, glaubte aber, dass es irgendwo auf der Strasse liege und suchte weiter nicht danach. Durch den Sturz hatte er sich einen Bruch des linken Handgelenks zugezogen, ausserdem fühlte er Schmerzen auf der rechten Seite des Gesichts und aus seinem Munde lief Blut, welches von einer Wunde der Innenseite der rechten Wange aus der Gegend des ersten Mahlzahns stammte. Eine genauere Untersuchung des Mundes war unterblieben. Die Schwellung des Gesichtes nahm allmählig zu und wurde sehr schmerzhaft. Die Augenlider schwellen so an, dass der Kranke mehrere Tage lang nicht aus dem rechten Auge sehen konnte. Erst als diese Schwellung etwas zurückging, bemerkte man, dass der Augapfel mehr hervortrat und dass der Kranke Doppeltsehen hatte. Man dachte an einen Bruch der Augenhöhle und an Abscessbildung. Niemand vermuthete, dass ein Fremdkörper die Ursache sein könnte. Ersteinen Monat nach der erlittenen Verletzung entdeckte man durch Sondirung vom Munde her zuerst eine Eiterhöhle und dann erst den Fremdkörper, welcher aus dem Mundstück der Tabakspfeife bestand, und welches eine Länge von fast 3 Zoll hatte. Die Sonde konnte vom Munde aus bis in die Augenhöhle durch den durchbrochenen Knochen hindurchgeführt werden. Nach Entfernung des Fremdkörpers verheilte die Wunde ziemlich schnell, der Augapfel nahm seine normale Lage und Gestalt ein und auch das Doppeltsehen verschwand.

Franz Meyer-Berlin.

Traumatisches Emphysem der Augenlider.

Von J. G. Watt.

(The Brit. Med. Journal 15. März 1902.)

Beim Fussballspiel war ein 27 Jahre alter Mann an dem unteren Rand der Augenhöhle durch Stoss verletzt worden. Er setzte das Spiel fort; wenige Minuten später aber bemerkte er, nach dem Schneuzen der Nase, dass die beiden Augenlider mit Luft gefüllt wurden und dadurch vollkommenen Verschluss des Auges veranlassten. Am Auge selbst sah man Schwellung, aber kein Zeichen von Quetschung und man fühlte beim Drücken das charakteristische Knistern. Das Auge selbst war normal, nirgends bemerkte man eine Blutung. Die Luft wurde in wenigen Tagen resorbiert. Wie das Emphysem zu Stande gekommen ist, ist nicht ganz klar; vielleicht ist durch einen Bruch des Knochens eine Verbindung der Augenhöhle und des Sinus frontalis zu Stande gekommen und dadurch Luft bei dem heftigen Schneuzen der Nase in die Augenlider eingedrungen.

Franz Meyer-Berlin.

Vergiftungen.

Selbstmord durch Schwefeldunst. Erstickung oder Vergiftung?

Von Kreisphysikus Dr. Oehmke-Ballenstedt.

(Zeitschr. f. Med. B. 1902, No. 6.)

Der sehr eigenartige Fall betrifft einen 65jährigen Mann, welcher Selbstmord verübte, weil er schwer an Asthma litt. Er kaufte sich für 25 Pfg. Schwefel, schloss Fenster und Thüren und zündete den Schwefel an. Am nächsten Morgen fand man ihn todt im Bette.

Die wichtigsten Punkte im Obduktionsbericht waren folgende: die Hautfarbe war grünlich — die Sektion fand zwei Tage nach dem Tode im Hochsommer statt —, an den Knien und Unterschenkeln zeigten sich hell rosafarbene Flecke, das Gehirn war blutreich und schmutzig grün, die Kehlkopfschleimhaut schwarzgrün, die Milz fast schwarz.

Das Blut war flüssig, schmutzig braunroth, von unangenehm Geruch. Die Form der Blutkörperchen war unverändert, aber sie sahen blass aus. Spektroskopisch fand sich

statt der beiden Streifen des normalen Blutfarbstoffes ein etwa die gleiche Stelle, aber einen grösseren Raum einnehmendes verwaschenes Band und ein zweites Band in roth. Thierblut, welches mit Lösung von schwefliger Säure versetzt wurde, gab vollkommen dasselbe Bild. Es wurde festgestellt, dass das Leichenblut auf 100 Kubikzentimeter etwa 0,32 Gramm Säure enthielt.

Vom Gericht wurde die recht unwesentliche Frage gestellt, ob der Tod durch Erstickung oder Vergiftung eingetreten sei. Verf. neigt zur Annahme der Vergiftung.

Der Fall scheint in der medizinischen Literatur bisher einzeln dazustehen.

Folgen einer Salzsäurevergiftung.

Von R. Conzens-Bailey.

(The Brit. Med. Journal. 1. März 1902.)

Ein Dienstmädchen von 21 Jahren hatte sich mit Salzsäure vergiften wollen. Seitdem klagte es über zunehmende Beschwerden beim Schlucken, über Abmagerung, Aufstossen und Erbrechen von grossen Mengen klarer schaumiger Flüssigkeit. Häufige Versuche mit dünnen Bougies hatten wenig Erfolg. Man entschloss sich endlich zur Gastrotomie, welche die Patientin nur 9 Tage überlebte. Bei der Sektion fand man die Speiseröhre durch Narbengewebe der Wirbelsäure fest adhärent; eine fibröse Striktur, welche man nur mit dünnem Katheter passieren konnte, fand man gegenüber dem Schildknorpel des Kehlkopfes und darunter eine ausgedehnte Ulceration der Schleimhaut. Ferner fand sich am Pylorusende des Magens ein grosses Geschwür, das bis auf die Serosa zu verfolgen war. Die Oeffnung des Pylorus war bis zur Dicke eines Rabenfederkiels verengt. Der Fall ist deshalb bemerkenswerth, weil man zu Lebzeiten der Kranken nur die besonders hervortretenden Symptome von Seiten der Speiseröhre beachtet hatte, während die ausgedehnte Veränderung des Magenausgangs unbemerkt geblieben war.

Franz Meyer-Berlin.

Ueber Phosphor und Arsen als Fruchtabtreibungsmittel.

Von Prof. Dr. Kratter-Graz.

(Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1902, Januar.)

Der Phosphor ist als Fruchtabtreibungsmittel schon seit lange bekannt, doch wird bei Phosphorvergiftungen auf diesen Zweck der Einverleibung des Giftes wohl häufig noch nicht genügend geachtet. Kratter ist in der Lage, wieder sieben Fälle mitzutheilen, in denen ledige Mädchen Phosphor genommen hatten. Sechs von den Vergifteten starben, und es wurde zum Theil erst durch die Sektion die Schwangerschaft festgestellt. Die Siebente, welche selbst den verbrecherischen Zweck eingestand, kam mit dem Leben davon. Es stellte sich übrigens nachträglich heraus, dass die Betreffende sich geirrt hatte und gar nicht schwanger war.

Die Kratter'schen Fälle lehren, dass der Phosphor das denkbar schlechteste Fruchtabtreibungsmittel ist, denn unter sechs Malen war nur zweimal die Fehlgeburt wirklich erfolgt. Dennoch scheint er in Steiermark ziemlich häufig Verwendung zu finden. In Graz kamen von 1884 bis 1900 52 Phosphorvergiftungen, darunter 45 bei Frauen vor, von denen wiederum nur vier das vierzigste Lebensjahr überschritten hatten.

Arsenik als Fruchtabtreibungsmittel ist im Allgemeinen selten. Das klassische Werk von Lewin und Brenning kennt nur neun Fälle davon. Aus Steiermark, dem Lande der Arsenikesser, theilt Verfasser weitere fünf Fälle mit. Theils fand die Vergiftung mit gelbem oder rothem Schwefelarsen, theils mit weissem Arsenik statt. Bemerkenswerth ist, dass in einem dieser Fälle der Ehemann das Gift heimlich

sowohl von der Scheide als vom Magen aus, beizubringen gewusst hatte. Das Gift ist ebenso gefährlich und für den beabsichtigten Zweck vielleicht noch ungeeigneter als Phosphor. Obwohl die Bevölkerung ziemlich unschwer in der Lage ist, sich in den Besitz des Giftes zu setzen, und obwohl wahrscheinlich mehr Arsenik-Selbstmorde, als man gemeinhin annimmt, in Wirklichkeit missglückte Fruchtabtreibungen darstellen, ist doch die Zahl der bekannt gewordenen Todesfälle weit geringer als bei Phosphor, die Männer überwiegen die Frauen, und unter diesen sind mehr ältere, als unter den durch Phosphor Vergifteten.

Ueber Brommethylvergiftung.

Aus der med. Klinik in Basel.

Von Jaquet.

(Deutsches Archiv für klin. Medizin, Bd. 71, H. 4 u. 5 p. 370-386.)

Rückgreifend auf eine Veröffentlichung von Schuler von Mollis in der Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege 1899, p. 698 (Vergiftung mit Brommethyl?) berichtet Jaquet über Fälle, die von den Beobachtungen Schuler's nicht unwesentlich abweichen und sicher auf Brommethyleinathmung beruhen. Die Vergiftungsbilder sind durch primäre Schwächezustände, Schwindel, Dyspnoe, Amblyopie, Diplopie in leichteren, durch psychische Unruhe, Tobsuchtsanfälle und Delirien in schwereren Graden charakterisirt. Während bei einem 35jährigen Arbeiter in 14 Tagen alle Erscheinungen verschwanden, bildete sich bei einem 30jährigen nicht unabhängig von den Bestrebungen um die Unfallrente eine traumatische Hysterie bezw. Hypochondrie aus. Versuche an Kaninchen mit kontrollirten Brommethylmengen ergaben eine Abnahme der Spontaneität, Unvermögen normaler Haltung, allmähliche Abnahme der zuvor intakten Reflexerregbarkeit und Sensibilität, schliesslich letale Athmungs-lähmung in offenbarem Zusammenhang mit agonalen Konvulsionen. Bei Mensch und Thier schreitet die Wirkung des Brommethyls auch nach seiner Eliminirung voraussichtlich in Folge tiefer irreparabler Läsionen des Zentralnervensystems weiter fort. Von Gliedern der homologen Reihe wirkt das in eine toxikologische Gruppe mit dem Brommethyl zusammenzufassende Jodmethyl im ersten Stadium fast genau ebenso, bedingt aber im Gegensatz zu dem Brommethyl eine weit stärkere psychische Aufregung, ohne freilich dabei in Schnelligkeit und Stärke die Jodoformintoxikation zu erreichen. Uebrigens ist diese letztere — beim Menschen im Gegensatz zum Thier durch psychische Alterationszustände geradezu charakterisirt — mit der Jodmethylintoxikation trotz zweifelloser Analogie nicht in einer Gruppe vereinbar. Das Bromäthyl und das Bromoform, welche den schnellen Eintritt der Betäubung gemeinsam haben, unterscheiden sich von dem Brommethyl durch die auf der Ausscheidbarkeit beruhende vorübergehende Wirkung; denn eine länger anhaltende Wirkung, wie sie von Jendritza und Dreser veröffentlicht ist, muss für Bromäthyl als selten gelten. Akute Brom- und Jodwirkungen, bei denen man Inhalationen wegen der vorherrschenden örtlichen Reizerscheinungen nicht heranziehen kann, äussern sich in Schwindel, Müdigkeit, Sehstörung. Ob derartige Symptome auch grösseren Dosen Jodkali zur Last gelegt werden können, muss bei der guten Verträglichkeit derselben nach der Meinung des Autors mindestens fraglich bleiben. Derselbe fasst seine Beobachtungen dahin zusammen, dass Jod- und Brommethyl eine toxikologische Gruppe für sich bilden.

Ziegenhagen-Berlin.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Zwei Diskussionen über das Recht des Arztes zur Fruchttödtung.

I. Berl. Med. Gesellsch. 1902, Sitzungen vom 22. und 29. Januar, 5. und 12. Februar.

Herr **Kossmann**: Indikation und Recht zur Tödtung des Fötus.

Nach einer Einleitung historischen Inhalts geht K. zunächst auf den Standpunkt des Deutschen Strafrechts gegenüber der Fruchttödtung durch den Arzt ein. Er vermisst im Gesetz eine klare Bestimmung, durch welche die Bestrafung der Fruchttödtung ausser Geltung gesetzt wird, sobald sie vom Arzt zur Rettung der Mutter unternommen wird. Die Kommentatoren seien hiervon zwar sämmtlich überzeugt, vermögen aber nicht, ihre Anschauung durch Rechtsgründe zu beweisen. Vom ethischen Standpunkte meint Vortr., zweifellos werde man die künstliche Fehlgeburt nur einleiten dürfen, wenn man überzeugt sei, das kindliche Leben auch durch Verlängerung der Schwangerschaft nicht retten zu können. Unter diesem Gesichtspunkte geben unstillbares Erbrechen, Schwangerschaftsniere, Schwindsucht, Veitstanz, Epilepsie an sich keine Anzeigen zur Einleitung des Aborts. Was die Kindstödtung unter der Geburt betreffe, so sei abzuwarten, sobald bei abnormer Lage eine spontane Geburt ohne weitgehende Lebensgefahr für die Mutter nicht völlig unwahrscheinlich sei.

Ob man das Kind tödten dürfe, um die Mutter zu retten, das hänge von der Werthung der beiden Leben einander gegenüber ab. Statistisch sei festgestellt, dass das neugeborene Kind in Bezug auf voraussichtliche Lebensdauer der 23jährigen Mutter gleichstehe, einer älteren Mutter überlegen sei. Ferner sei das Leben des Kindes auch öfters in vermögensrechtlicher Beziehung wichtig. Gegen Behauptungen wie die, dass beim Tode der Mutter das Kind einen geringen Lebenswerth habe, oder dass die überlebende Mutter noch mehr Kinder gebären werde, sei vielerlei einzuwenden. Ferner sei zu berücksichtigen, ob nicht individuelle Verhältnisse (Syphilis, Krebs etc.) die Lebensaussichten des Kindes oder der Mutter ungünstig beeinflussten.

Sehr wichtig sei die Frage, ob überhaupt die Operationsaussichten für die Mutter bei Kindestödtung besser seien als bei derjenigen Operation, die das kindliche Leben rette, dem Kaiserschnitt. Auf Grund einer englischen Statistik hält K. das für unwahrscheinlich. Er rath dem Arzte, falls der Kaiserschnitt abgelehnt wird, die Leitung der Geburt niederzulegen und jede Verantwortung abzulehnen, statt zur Fruchttödtung zu schreiten.

Diskussion.

Herr Th. Landau bekämpft den Standpunkt, dass die Einleitung des künstlichen Aborts von der Unmöglichkeit, das Kind zu erhalten, abhängig zu machen sei. Selbst wenn die Beendigung der Schwangerschaft möglich erscheine, gebiete doch in manchen Fällen die Rücksicht auf die Mutter Einleitung der Fehlgeburt. Freilich dürfe man in anderen Fällen, wenn die Mutter doch nicht zu retten sei, wieder auch nicht das Kind zu opfern, um ihr die Beschwerden der Schwangerschaft zu nehmen.

Herr Dührssen geht noch weiter als der Vortragende, er rath dem Arzte, überhaupt keinen künstlichen Abort mehr einzuleiten, um bei der Unvollkommenheit des Strafgesetzbuches sich nicht schweren Strafen auszusetzen. Im konkreten Falle könne man nie wissen, ob die Sachverständigen überzeugt sein werden, dass die Operation durch die thatsächlichen Verhältnisse gerechtfertigt gewesen ist. Aehnlich sei es mit der Tödtung des Kindes in der Geburt. Pinard in

Paris stehe z. B. auf dem Standpunkt, diesen Eingriff als völlig unberechtigt zu erachten. Ein solcher Sachverständiger genüge, um einen wegen des betr. Eingriffs angeklagten Arzt verurtheilen zu lassen. Er selber ist übrigens kein so begeisterter Anhänger des Kaiserschnitts wie Kossmann. Für die Landpraxis z. B. seien die Resultate grosser Kliniken nicht massgeblich. Eine Aenderung des Strafgesetzbuchs sei dringend geboten.

Herr Kaminer, der früher Gelegenheit genommen hat, den künstlichen Abort bei Tuberkulose zu empfehlen, theilt Kossmanns Befürchtungen nicht. Umfragen bei einer grösseren Anzahl hervorragender Juristen haben ihm übereinstimmend ergeben, dass alle diese Herren bei Einwilligung der Mutter die ärztlicherseits als nothwendig erachtete Einleitung des Aborts für nicht strafbar hielten. Entsprechend äusserte sich Olshausen in seinem Kommentar. Noch nie sei bisher ein Arzt wegen rechtlicher Fruchttödtung vor Gericht gezogen worden.

Scharf wendet K. sich gegen die Auffassung, als sei das kindliche Leben höher als das der Mutter zu bewerthen. Keineswegs geht er aber so weit wie Maragliano, der aus Rücksicht auf das Gemeinwohl die Schwangerschaft einer Tuberkulösen beendet, um die Züchtung eines tuberkulösen Stammes zu verhüten. In dieser Absicht sei es vielmehr Sache der Aerzte, mehr als bisher Massnahmen zur Verhütung der Konzeption zu berücksichtigen.

Herr Freund steht auf Kaminers Standpunkt bezügl. der künstlichen Fehlgeburt; er rath, vor derartigen Eingriffen den vorgefundenen Zustand durch ein Aerztekollegium genau protokolliren zu lassen, in Rücksicht auf eventuelle spätere Sepsis.

Die Kindstödtung in der Geburt hält er praktisch für unentbehrlich.

Herr Czempin glaubt, dass Kossmanns Ausführungen mehr Verwirrung als Klarheit in die Sachlage gebracht haben. Er steht bezügl. des künstlichen Aborts etwa auf Kaminers Standpunkt. Was den Kaiserschnitt betrifft, so sei es nicht zu rechtfertigen, einer Frau, die schon mehrere Kinder gehabt habe, etwa bei Myom oder dergl. den Kaiserschnitt anzurathen. Die gute Statistik werde nur so lange bestehen, als die Operation selten und nur unter günstigsten Bedingungen ausgeführt werde; wolle man sie für die Praxis allgemein empfehlen, so werde man bald wieder 50 bis 60 statt 3 Prozent Todesfälle haben.

Herr Friedemann legt an Beispielen aus dem Leben dar, was man mit Kossmanns Maximen in der Landpraxis aus- und anrichten würde.

Herr Bruno Wolff betont gegenüber dem Vortragenden dass die Vergleichung der mittleren Lebensdauer von Mutter und Kind zu Trugschlüssen führe. Zunächst habe man daran zu denken, dass das neugeborene Kind lediglich hilfsbedürftig sei, während die Mutter eine schwer zu entbehrende Persönlichkeit mit zahlreichen Pflichten und Aufgaben sei.

Auf Grund einer Statistik aller poliklinischen Kindstödtungen von der Charité aus innerhalb zwei Jahren stellt W. die Aussichten dieser Operation selbst unter den ungünstigen Verhältnissen der poliklinischen Praxis als äusserst günstig für das Leben der Mutter dar. Aber abgesehen vom Vergleich der Zahlen liege die Sache so, dass man meist erst nach dem Blasensprung, also zu einer Zeit, wo die Chancen des Kaiserschnitts bereits sehr ungünstig seien, ja sogar in einem Stadium, in dem der Kaiserschnitt unmöglich sei, gerufen werde. Die Craniotomie sei heute seltener nötig als früher, sie sei in gewissen seltenen Fällen durch den Kaiserschnitt

zu ersetzen, sie sei an strenge Anzeigestellung zu binden — aber wenn diese Anzeigen erfüllt seien, habe der Geburtshelfer die Pflicht, diesen Eingriff vorzunehmen.

Nachdem Dührssen seinen Standpunkt noch einmal präzisirt hat, fasst Kossmann das Ergebniss der Erörterung zusammen. Er giebt zu, dass der ethische Gesichtspunkt, den er selbst einnehme, nicht von Jedermann getheilt zu werden brauche. Die Unvollkommenheit des Strafgesetzbuchs in dem von ihm gekennzeichneten Sinne sei nicht zu bestreiten und müsse beseitigt werden.

II. Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg, Sitzung vom 6. Januar 1902.

Herr Unterberger: Zur Indikation des künstlichen Aborts.

U. hat die Erfahrung gemacht, dass in letzter Zeit die Aerzte ihm viel häufiger als früher Frauen zur Einleitung der künstlichen Fehlgeburt überwiesen. Von 13 Fällen in den letzten zwei Jahren konnte er nur bei vier den Abort als unbedingt angezeigt anerkennen.

Er theilt die Indikationen ein in I. Zufällige Erkrankungen, die zur Zeit der Gravidität bestehen oder entstehen, II. Erkrankungen der Geschlechtsorgane, die künstlichen Abort erfordern, wenn Gravidität eintritt. III. Gefahrbringende Steigerungen von physiologischen oder pathologischen Zuständen durch die Gravidität.

Was die erste Gruppe betrifft, so hält U. Lungen-, Brustfellentzündung, Typhus, akute Exantheme nicht für Anzeigen zur künstlichen Fehlgeburt, Tuberkulose im Allgemeinen auch nicht, Herzfehler aber dann, wenn Kompensationsstörungen bald eintreten und andere Mittel versagen (hierzu ein Belegfall). Sehr wichtig sind nervöse Erkrankungen. Bei Hysterie und Epilepsie fand sich U. nie veranlasst, den Eingriff vorzunehmen, bei Melancholie nur einmal. Man muss auch nicht jede Gemüthsverstimmung bei Schwangeren als Melancholie deuten. Bei einer Polyneuritis nahm U. auf Lichtheims Rath vom Abort Abstand.

Unter Gruppe II sind alle Genitalerkrankungen, allenfalls mit Ausnahme besonders ungünstiger Fälle von Einklemmung der geknickten schwangeren Gebärmutter, auszuschliessen; auch enges Becken giebt heutzutage keine Anzeige mehr.

Unstillbares Erbrechen begründet selten, aber doch in manchen besonders ernsten Fällen, Nierenleiden ebenfalls nur ausnahmsweise die Einleitung der Fehlgeburt. Bei einer elenden Frau mit beiderseitiger Wanderniere, Hydronephrose, zeitweiliger Eiweissausscheidung etc. ging U. noch weiter und nahm die schwangere Gebärmutter ganz heraus.

Diskussion.

Herr Winter mahnt zu strenger Anzeigestellung gegenüber dem überhand nehmenden Drängen der Schwangeren nach Abort. Er hat den Eingriff nur dreimal, darunter einmal nach erfolgtem Fruchttod, gemacht. Praktisch kommen hauptsächlich schwerste Erbrechensfälle, chronische Nierenentzündung in den ersten Schwangerschaftsmonaten und schwerste Melancholien mit Selbstmordversuchen in Betracht.

Herr Hallervorden hat nie eine nervöse oder psychische Krankheit erlebt, die Fehlgeburt nothwendig gemacht hätte. Die Selbstmordgefahr bei Melancholien biete keine Anzeige. Der Erfolg sei fraglich.

Herr Hoppe hält Melancholie gleichfalls für keine Anzeige des künstlichen Aborts.

Herr Lichtheim hat nur zweimal Abort für angezeigt gehalten, einmal bei schwerster Chorea, bei der der Erfolg

glänzend war, einmal bei Herzfehler mit Kompensationsstörung in einem Falle, in welchem die Frau jedoch vor eingetretener Wirkung zu Grunde ging. (D. med. W. 1902, No. 7.)

Berliner Bahnärztlicher Verein.

63. Ordentliche Sitzung, Freitag, den 8. November 1901, Abends 8 Uhr, im Spatenbräu, Friedrichstr. 172.

Vorsitzender: Brähler, Schriftführer: Pollnow.

I. Geschäftliches.

Der Vorsitzende widmet dem verstorbenen Professor Arthur Koenig Worte des Nachrufs, in denen er hervorhebt, dass der Verstorbene der Ministerial-Kommission für die Neuordnung der Anforderungen an das Sehvermögen der Eisenbahn-Beamten als Mitglied angehört hat.

Dann giebt der Vorsitzende Kenntniss von folgenden Eingängen:

1. Der Herr Minister hat dem Ausschuss der deutschen Bahnärzte geantwortet, dass er es ablehne, zu einer zweiten Jahres-Sitzung der bahnärztlichen Vereine Freifahrtkarten zu gewähren.

2. In die Liste der Heilstätten der Pensions-Kasse sind aufgenommen: Elgersburg, Ilmenau, Kleinen, Homburg v. d. H. und Salzuflen.

3. Aus der Hinterlassenschaft des verstorbenen Bankiers Plauth ist dem Erholungsheim für Lokomotivführer eine Summe von 20 000 Mark zugefallen.

II. Das Anstellungsformular für die Beamten der preuss. Staatsbahnen. Ref. Pollnow, Korref. Silex, Schwechten.

Es findet auf Grund der Referate eine vertrauliche Besprechung der bestehenden Formulare statt, um den Delegierten zum Ausschusse die Ansichten des Vereins zur Kenntniss zu bringen.

III. Heilstätten-Erfahrungen in Anlehnung an einen Besuch in Görbersdorf: Brähler — wird vertagt.

IV. Anträge betreffend die bevorstehenden Wiederholungsprüfungen: Jung.

Der Vorsitzende bespricht die Nachtheile, die die bisher bestehende Anordnung, dass die Wiederholungsprüfungen durch die Bahnärzte der betreffenden Dienststelle und nicht durch die zuständigen Bezirks-Bahnärzte gemacht werden müssen, für die Bahnärzte hat, sowie das Missverhältniss, in dem das Honorar einzelner Aerzte zu der grossen Arbeit dieser Prüfungen steht. Er wünscht ferner, dass zu diesen Prüfungen dem Bahnarzte ein geeigneter Dienstraum der Bahnhöfe zur Verfügung gestellt wird, sowie ferner, dass für die Untersuchungen ein möglichst langer Zeitraum gewährt wird, so dass dieselben nicht vor März begonnen zu werden brauchen. Schliesslich hält er es für angemessen, dass in den Fällen, in denen von der Zuziehung des Bahnarztes bei einer praktischen Prüfung Abstand genommen ist, dem Bahnarzt von dem Ausfall der Prüfung Kenntniss gegeben wird.

Nach der Diskussion, an der sich Keller, Brähler und Schwechten betheiligen, wird beschlossen, die Königliche Eisenbahn-Direktion zu ersuchen:

1. Die Wiederholungsprüfungen vom März bis Dezember stattfinden zu lassen.

2. Geeignete Zimmer auf den Bahnhöfen zur Verfügung zu stellen.

3. Die Untersuchungen möglichst nach den Bahnarzt-Bezirken stattfinden zu lassen, und wenn dies nicht angängig sei, den Bahnärzten, welche Dienststellen haben, die höchsten Sätze des Honorars zu gewähren.

V. Aufgenommen in den Verein sind als ordentliche Mitglieder; Dr. Otto, Berlin O., Frankfurter Allee 76, Dr. Seebald,

Potsdam, Schützenplatz 1a und Dr. Wentzel, Kremmen. Als ausserordentliches Mitglied: Dr. Litthauer, W., Bellevuestr. 18. Pollnow, Schriftführer.

64. ordentliche Sitzung, Dienstag, den 18. Februar 1902, abends 8 Uhr, im grossen Sitzungssaale des Anhalter Bahnhofs.

Vorsitzender: Schwechten, Schriftführer: Pollnow.

I. Geschäftliches: Schwechten.

1. Die Königliche Eisenbahn-Direktion genehmigt in ihrer Antwort auf die diesbezügliche Eingabe des Vereins, dass die Wiederholungsprüfungen von März bis Oktober stattfinden sollen, und dass den Bahnärzten für dieselben geeignete Räume auf den Bahnhöfen zur Verfügung gestellt werden sollen. — Die übrigen Anträge werden abgelehnt.

2. Für den Ausschuss des Verbandes deutscher Bahnärzte sind von jetzt an 20 Mark für jedes Ausschussmitglied zu zahlen.

3. Der engere Ausschuss des Verbandes besteht z. Z. aus Brähler und Schwechten-Berlin, Herzfeld-Halle a. S., Zeitelmann-Bayern, Blume-Baden und Beck-Württemberg.

4. Das von Stich entworfene und im engeren Ausschuss berathene Einheitsformular wird dem Verein in der April-sitzung vorgelegt werden, ebenso die dazu gleichfalls von Stich entworfenen Erläuterungen.

5. Aufgenommen als ordentliches Mitglied ist Herr Dr. Riech-Johannisthal.

II. Stellung des Vereins zur beschränkten freien Arztwahl in der Betriebskrankenkasse.

Schwechten verliest ein Schreiben der K. E.-D., in dem mitgeteilt wird, dass von den Arbeiter-Vertretern des Kassenvorstandes die Frage der freien Arztwahl von Neuem angeregt ist, und dass die K. E.-D. die Ansicht der Aerzte über diese Frage kennen zu lernen wünscht.

Regierungs-Assessor Boetticher bemerkt hierzu erläuternd, dass die Mitglieder der Betriebs-Krankenkasse den Wunsch haben, die Auswahl unter den Aerzten benachbarter Bezirke treffen zu können und zwar immer für ein Jahr. Die Direktion habe sich bisher ablehnend verhalten, namentlich auch mit Bezug auf die bevorstehende Aenderung des Krankenkassen-Gesetzes.

Ramm: Die Charlottenburger Kassenärzte haben die in Rede stehende Angelegenheit unter sich besprochen und sind zu der Ansicht gekommen, dass ohne Erhöhung der Kassenleistungen an die Aerzte die beschränkte freie Arztwahl prinzipaliter abgelehnt werden müsse. Die schlechte Kassenlage sei durch die fortgesetzte Höhererschraubung der Kassenleistungen an die Mitglieder herbeigeführt, und jetzt, nach Herabsetzung dieser Leistungen, bessere sich die Finanzlage, und sie werde sich noch weiter bessern, wenn die Kassenleistungen nur das gesetzmässige Mindestmass betrügen. Er beantrage, prinzipaliter die beschränkte freie Arztwahl abzulehnen, eventuell eine Kommission zu ernennen, die den Modus einer beschränkten freien Arztwahl zunächst versuchsweise für Charlottenburg festsetzen solle.

Matzdorf fragt, welcher Zahlungsmodus gegebenen Falls eingeführt werden solle.

Regierungs-Assessor Boetticher antwortet, dass, wie in Köln, dies in der Art gedacht sei, dass die Kassenmitglieder im Beginn jeden Jahres sich den Arzt zu wählen hätten und dass dann wie bisher die Pauschalsumme nach der Kopfzahl an jeden Arzt gezahlt werden solle.

Matzdorf stellt fest, dass hiernach eine Erhöhung der Kassenleistungen an die Aerzte nicht eintritt.

Ramm erklärt, unter diesen Umständen die beschränkte freie Arztwahl ablehnen zu müssen, da durch dieselbe den Aerzten zweifellos durch die Nothwendigkeit, Besuche in grösseren Entfernungen als bisher machen zu müssen, grosse Lasten entstehen würden.

In der weiteren Besprechung wird noch von Schubert, Brumm, Simon, Jung gegen die Einführung der beschränkten freien Arztwahl — ohne Erhöhung des Honorars — bezüglich ohne Honorirung nach der Minimaltaxe gesprochen, und es gelangt schliesslich folgender Antrag Ramm zur einstimmigen Annahme:

Die heutige Versammlung des Berliner Bahnärztlichen Vereins beschliesst, mit Rücksicht darauf, dass die Novelle zum Krankenkassengesetz im nächsten Jahre Bestimmungen über die freie Arztwahl treffen wird, bis zu diesem Zeitpunkt die Einführung der beschränkten freien Arztwahl abzulehnen.

Regierungs-Assessor Boetticher fragt an, ob es den Kassenärzten genehm sein würde, wenn zur Verminderung der Bureau-Arbeit statt der einjährigen zweijährige Honorar-Berechnung stattfände. — Die Frage wird verneint. —

III. Kassenrevision.

Pollnow erstattet den Kassenbericht, der mit einer Einnahme von 473,01 Mark, einer Ausgabe von 245,21 Mark und einem Bestande von 227,80 Mark abschliesst. Auf Antrag der Kassenrevisoren Simon und Herzfeld wird dem Kassenführer Entlastung erteilt.

IV. Neuwahl des Vorstandes.

Schwechten bringt einen Brief Brähmers zur Verlesung, in dem dieser bittet, für dieses Jahr von seiner Wiederwahl Abstand zu nehmen, da sein augenblicklicher Gesundheitszustand und die Neuauflage seiner Eisenbahnhygiene ihn zur Einschränkung seiner Thätigkeit zwingt. Auf Antrag Silex wird trotzdem Brähler durch Akklamation zum ersten Vorsitzenden gewählt.

Der übrige Vorstand wird durch Stimmzettel gewählt und zwar

Schwechten zum stellvertretenden Vorsitzenden,
Ramm-Charlottenburg, Friedrich Karlplatz 16,
zum Schrift- und Kassenführer,
Pollnow zum stellvertretenden Schriftführer,
Jung, Hahn, Witte zu Beisitzern.

Nach Schluss der Sitzung vereinte ein gemeinsames Mahl in gewohnter Weise zur Feier des Stiftungsfestes die Mitglieder und Gäste. Pollnow, Schriftführer.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Erwerbsfähigkeit und Versicherungspflicht im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes bei einem Menschen, der beide Hände verloren hat.

Beschluss vom 29. Mai 1901.

In einem Streitfalle gemäss § 155 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899 hatte das Reichs-Versicherungsamt (Abtheilung für Invalidenversicherung) die Frage zu entscheiden, ob Jemand ungeachtet des Verlustes beider Hände im Sinne jenes Gesetzes erwerbsfähig bleiben und deshalb versicherungspflichtig sein könne. Nach § 5, Abs. 4 a. a. O. ist dies nicht mehr der Fall bei Personen, deren Erwerbsfähigkeit in Folge von Alter, Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd auf weniger als ein Drittel herabgesetzt ist, was dann angenommen werden soll, wenn sie nicht mehr im Stande sind, durch eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Thätigkeit, die ihnen unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufs zugemuthet werden kann, ein Drittel Desjenigen zu er-

werben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen. Die betreffende Person hatte beide Hände schon vor mehreren Jahren durch einen Unglücksfall verloren und wurde trotzdem seit geraumer Zeit als Waldhüter beschäftigt. Das Reichs-Versicherungsamt hat die Person in dieser Beschäftigung für versicherungspflichtig erklärt, indem es Folgendes zur Begründung ausführte:

Im Allgemeinen kann zwar einem Menschen, dem so wichtige, für die Verrichtung körperlicher Arbeit unentbehrliche Glieder fehlen, nicht die Fähigkeit zugesprochen werden, eine hinreichend lohnende Thätigkeit auszuüben. M., ein im Uebrigen gesunder kräftiger Mann von jetzt 33 Jahren, ist aber seit dem Jahre 1896 im Dienste der Gemeinde Gr. als Waldhüter beschäftigt gewesen und hat als solcher einen jährlichen Lohn von insgesamt 280 M. bezogen. Er hat sich die Fertigkeit angeeignet, vermittelt eines Instruments, welches in einen an seinem rechten Arme befestigten Holzansatz eingeschoben wird, allerhand Verrichtungen vorzunehmen, wie Schreiben, Schneiden, Ziehen und Stossen. Besonders seine Schreibfertigkeit ist derart, dass er ordnungsmässig ein Tagebuch über die Waldarbeiten führt. Die Gemeinde ist in jeder Beziehung mit ihm zufrieden, ebenso der vorgesetzte Oberförster, der sich dahin ausgesprochen hat, dass er so gut wie jeder andere Gemeinewaldhüter das leiste, was man heutzutage von einem solchen billiger Weise zu verlangen berechtigt sei, und dass seine Schrift sogar besser sei, als die der meisten seiner Berufsgenossen in anderen Gemeinden. Durch seine Thätigkeit verdient M. thatsächlich mehr als die Hälfte des ortsüblichen Tagelohns, ein Umstand, der an sich die Vermuthung für seine Erwerbsfähigkeit begründet. Die Thätigkeit als Waldhüter kommt aber für Personen, die, wie M., dem Arbeiterstand angehören, auf dem allgemeinen Erwerbsgebiet als geeignete Beschäftigung in Betracht und mit Rücksicht auf die Fertigkeiten, die sich M. zu eigen gemacht hat, auf sein Lebensalter und seine sonst kräftige Körperbeschaffenheit ist anzunehmen, dass er diese Thätigkeit oder eine ähnliche andere, wie als Aufseher, Bote, auch im Allgemeinen so ausüben kann, dass er damit noch den Mindestverdienst erzielt. Dass ihm diese Beschäftigung als Waldhüter nur in Folge besonderen Entgegenkommens der Gemeinde gewährt wird, dafür bieten die Ermittlungen keinen Anhalt. M. kann also nicht als erwerbsunfähig angesehen werden, und er ist demgemäss mit Recht von der unteren Verwaltungsbehörde für versicherungspflichtig erklärt worden.

(Vergl. Amtl. Nachr. 1901, Ziff. 938, S. 634.)

R—e.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Kolb, G. Sammel-Atlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte. Erste Lieferung. Mit zwölf Grundrissen. Halle a. S. Carl Marhold. 1902. Mk. 3,00.

Den Zweck des vorliegenden Werkes, das in 10 bis 12 Lieferungen erscheinen soll, fasst Verfasser selbst in folgenden Worten zusammen: es soll dem Psychiater die im Allgemeinen nicht vorauszusetzenden bautechnischen Fertigkeiten durch die Zusammenstellung und kritische Würdigung einer grösseren Anzahl von Grundrisszeichnungen ersetzen, es soll dem bautechnischen Fachmann wie dem Juristen einen möglichst vollständigen Einblick in die Ziele und Bestrebungen der modernen Psychiatrie gewähren und dadurch ein gedeihliches, weil verständnisvolles Zusammenwirken aller Faktoren ermöglichen.

Bisher ist nur die erste Lieferung erschienen, die, wie

jede der weiteren Lieferungen, in zwei von einander unabhängige Theile zerfällt.

In dem ersten Theile bespricht Verfasser eingehend und mit kritischer Würdigung der psychiatrischen, ökonomischen, bautechnischen und finanziellen Gesichtspunkte die Frage, ob dann, wenn die bisherige Irrenanstalt nicht mehr ausreicht, die alte Anstalt erweitert oder eine neue Anstalt gebaut werden soll. Dabei verdient vor Allem berücksichtigt zu werden, ob sich die Erweiterung der alten Anstalt so angliedern kann, dass sich ein harmonisches Ganzes bildet, ob sich die Erweiterung über die ursprünglich programmässig festgestellte Krankheitsziffer und den darauf zugeschnittenen technischen Betrieb erhebt. Gegen eine Erweiterung spricht der Umstand, dass die Zugangsziffer aus den von der Anstalt entfernt gelegenen Bezirken im Verhältniss zur Bevölkerung die Zugangsziffern aus den der Anstalt benachbarten Bezirken unzulässig überschreitet.

Der zweite, rein technische Theil, bespricht die allgemeinen Gesichtspunkte, das allgemeine und spezielle Programm einer Heil- und Pflegeanstalt für 300 Kranke und dann das Gleiche für eine Anstalt für 400 Kranke und giebt an der Hand zahlreicher Grundrisse eine Beschreibung der einzelnen Bauten.

Hier verdient vor Allem hervorgehoben zu werden, dass zur Vermeidung der Ueberfüllung einzelner Abtheilungen 5 % unbelegte Plätze verlangt werden; so selbstverständlich diese Forderung ist, so wird sie doch nur selten schon beim Bauprogramm berücksichtigt.

Dass die modernen Forderungen (Wachsaal, ausreichende Badegelegenheit, Veranda, Familienpflege bei den Pflegern) berücksichtigt werden, ist selbstverständlich. Den Requisitionsräumen könnte mehr Raum zugebilligt werden; zu gross können sie kaum sein. Ein besonderes Pflegerheim ist noch vorzusehen. Das Pflegerhaus dürfte in jedem Geschoss einen Raum mehr haben; so wie es ist, ist es nur für kinderlose Pflegerfamilien ausreichend.

Von technischer Seite wird dem neuen Unternehmen viel Interesse entgegengebracht; doch wird, wie mir scheint, zu treffend bemängelt, dass der Techniker nicht ausgiebig bei der Ausarbeitung der Pläne herangezogen wird. So lassen die Pläne an Uebersichtlichkeit zu wünschen übrig; die Eingänge sind beispielsweise auf ihnen nicht sofort ersichtlich, oft nicht zweckmässig angelegt; es fehlt die Angabe der Himmelsrichtung auf den Plänen. Viele Veranden sind zu schmal, als dass ein Bett bequem herausgefahren werden könnte. Einzelne Bäder, Spülküchen sind zu klein. Vielfach findet sich der Fehler, dass auf einem engen Raum zu viel Thüren vereinigt sind. Auch sind einzelne Aborte zu lang und schmal; vielfach liegen die Aborte zu zerstreut auf dem Grundriss, was eine kostspielige Installation unnöthiger Weise verursacht. Das Letztgesagte gilt auch von den Baderäumen. Dann herrscht in den Plänen gar zu viel Symmetrie vor; eine solche empfiehlt sich aber nicht für das äussere Ansehen der einzelnen Anstaltsgebäulichkeiten und führt auch zu manchen Unzuträglichkeiten; was soll z. B. eine Veranda neben einem Isolierzimmer? dann müssen sich doch die Fensterachsen mehr nach den Innenräumen richten!

Doch das sind Ausstellungen, die nicht von solcher Bedeutung sind, als dass hier ein Techniker nicht leicht Abhilfe schaffen könnte; und ich möchte dem Verfasser in Aller Interesse den Rath geben, sich bei seinen weiteren Arbeiten der Mitwirkung eines Technikers zu vergewissern. Nur ein ständiges Zusammenarbeiten des Technikers mit dem Psychiater kann etwas Erspriessliches leisten und der Verfasser darf dann um so mehr unseres Dankes gewiss sein.

Erwähnt sei noch die gute Ausstattung (abgesehen von

dem Umschlag), die der auf dem Gebiete der Psychiatrie besonders eifrige Verlag der Arbeit hat zu Theil werden lassen.

Auf die weiteren Lieferungen soll an dieser Stelle Bezug genommen werden, wenn das Werk vollständig erschienen ist.
Ernst Schultze.

Zur Besprechung eingegangen.

(Besprechung vorbehalten.)

Verlag Urban und Schwarzenberg:

Schneidemühl, Die Animalischen Nahrungsmittel. Abt. IV.

Sommer, Beiträge zur psychiatrischen Klinik. Bd. I. Heft 1. Januar 1902. 64 S. 2 M.

Kleinwächter, Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. 3. Aufl. 136 S.

Verlag J. F. Bergmann:

Körner, Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Mit einem Vorwort von Ernst v. Bergmann. 3., vollständig umgearbeitete und vermehrte Auflage. 216 S. 7 M.

Schuppe, Das Grundproblem der Psychologie. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Heft 13. 1,60 M.

Pause, Schwindel. Mit 8 Abbildungen. 66 S. 1,20 M.

Verlag Gustav Fischer:

Kunkel, Handbuch der Toxicologie. I. Hälfte 1899, II. Hälfte 1901. 1117 S. 12 M.

Tagesgeschichte.

Fürsorge für Unfallkrüppel.

Herr Jacobs in Gotha regt in der Zeitschrift „Konkordia“ eine besondere Fürsorge für diejenigen Unfallverletzten an, welche durch eine Verstümmung der Möglichkeit beraubt sind, ihr Handwerk fortsetzen zu können. Ohne die Segnungen des Unfallgesetzes verkennen zu wollen, glaubt er doch, dass man dem moralischen Schaden entgegenarbeiten muss, welcher dadurch eintritt, dass solch ein Unfallkrüppel, vielleicht ein Mensch in den besten Arbeitsjahren, auf Grund seiner an und für sich berechtigten Rente aufhört, sich um Arbeit zu bemühen.

Herr Jacobs macht folgende Vorschläge: es möge eine Zentralstelle geschaffen werden, deren Vertrauensmänner in den Städten etwa die Leiter der Polizeiverwaltung und der Arbeitsnachweise, in den Dörfern die Geistlichen und Lehrer, in den Krankenhäusern und Kliniken die Aerzte wären. Diese Vertrauensmänner müssten persönlich unter den Verletzten darauf hinwirken, dass sie sich an die Zentralstelle wenden, insbesondere müssten die Aerzte angeben, zu welchen Berufen sich die Verletzten noch eignen.

Die Zentralstelle müsste sich theils mit Meistern in Verbindung setzen, die gewillt sind, solche Unfallkrüppel aufzunehmen, sie müsste auch eigne Werkstätten unterhalten, endlich aber mit den bestehenden Krüppelheimen ins Einvernehmen treten, um wenigstens für den Anfang die Unfallkrüppel hier unterzubringen. Die Frage, wie diese Zentralstelle beschaffen sein soll, lässt Verf. offen. Er verspricht sich weder von einer Reichs- oder Staatsbehörde noch von einer privaten Vereinigung noch von einem Anschluss an die Berufsgenossenschaften den rechten Erfolg. Auch für die Deckung der Kosten entwirft er keinen ausreichenden Plan, wenn ihm auch die Heranziehung des Invaliditätsfonds als wünschenswerth und möglich erscheint.

Wir glauben auf dem so ungemein wichtigen Gebiet der Unfallfürsorge keinen ernsthaften Vorschlag unbeachtet lassen zu dürfen. Auf welchem Wege wir selbst uns am ehesten Erfolge versprechen, das haben wir schon mehrmals, und zuletzt in No. 3 dieses Jahrgangs (Seite 63) angegeben. Der erste praktische Versuch auf diesem Gebiete, welcher Erfolg verspricht, ist der Berliner Verein für Unfallverletzte, dessen

Betriebswerkstätte, wie es scheint, lebensfähig ist, und nach dessen Muster weitere Vereinsgründungen dringend wünschenswerth erscheinen.

Mittheilung ärztlicher Gutachten an die Unfallverletzten seitens der Berufsgenossenschaften.

Ueber die Frage, inwieweit die berufsgenossenschaftlichen Organe zur Mittheilung der für die Feststellung der Unfallschädigung massgebenden ärztlichen Gutachten an die Berechtigten verpflichtet sind, hat sich das Reichs-Versicherungsamts neuerlich in einem an ein Arbeitersekretariat ergangenen Bescheide vom 26. Oktober 1901 massgebend ausgesprochen — jetzt veröffentlicht als Bescheid 1907, Amtl. Nachrichten 1902 S. 187. Unter der Herrschaft der älteren Unfallversicherungsgesetze hatte diese Behörde bekanntlich jene Verpflichtung nur hinsichtlich desjenigen wesentlichen Inhalts der ärztlichen Gutachten anerkannt, welcher für die Entschliessung des Feststellungsorgans mitbestimmend gewesen ist, und dabei empfohlen, solche Bemerkungen im Gutachten, die einen für den Verletzten beunruhigenden Inhalt haben, sachlich aber entbehrlich sind (z. B. die Prognose eines baldigen Todes) in der Abschrift fortzulassen. In jenem neuen Bescheide wird im Wesentlichen derselbe Standpunkt eingenommen und als der den neuen Unfallversicherungsgesetzen (§ 70 Abs. 1 des Gewerbe - Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900) entsprechende bezeichnet. Es wird dabei hervorgehoben, dass die neuen Gesetze bewusstermassen davon abgesehen haben, die Ertheilung vollständiger Abschriften der Gutachten an die Verletzten vorzuschreiben, und zwar, wie die Begründung des Gesetzentwurfs Seite 86 ergibt, hauptsächlich deshalb, weil in vielen Fällen eine uneingeschränkte wörtliche Mittheilung des ganzen Gutachtens für den Verletzten selbst schädlich sein könne.

In dem Bescheide wird auch noch ausgesprochen, dass die Vorschrift des § 66 des G. U. V. G. dem Entschädigungsberechtigten bei dem etwaigen Verlangen nach der wörtlichen Mittheilung des Gutachtens nicht zur Seite stehe, da sie sich nur auf Untersuchungsverhandlungen bezieht, welche von den Polizeibehörden gemäss §§ 64, 65 a. a. O. aufzunehmen sind, mithin die Berufsgenossenschaft überhaupt nicht berührt.

R-e.

Der Gebührengesetz-Entwurf vor der Berlin-Brandenburgischen Aerztekammer.

Der Referent Dr. Joachim wandte sich zunächst gegen die Gleichstellung der praktischen Aerzte mit den beamteten Aerzten hinsichtlich der Gebühren für gerichtsärztliche Verrichtungen. Er wies darauf hin — wie es ja auch in dieser Zeitschrift bereits geschehen ist — dass die Regelung der Gehaltsverhältnisse der Medizinalbeamten nicht den mindesten Grund enthält, den praktischen Aerzten ihre Gebühren zu verkürzen.

Die im Tarifentwurf vorgesehene Terminsgebühr erachtet der Referent für zu niedrig, indem er insbesondere darauf hinweist, dass der praktische Arzt nicht ohne Entgelt genöthigt werden sollte, zeitraubende Wege zu machen. Das einzig Richtige wäre, der Berechnung diejenigen Gebühren zu Grunde zu legen, welche ein praktischer Arzt für einen Besuch zu bestimmter Stunde laut Gebührenordnung zu beanspruchen hat.

Bei Vorbesuchen und Voruntersuchungen sollten, entsprechend der ärztlichen Taxe, Konsile, Kehlkopfspiegelung und dergleichen besonders honorirt werden. Der Höchstsatz für Gutachten sollte auf 75 Mark erhöht werden. Referent schloss mit den Anträgen:

„Die Aerztekammer wolle beschliessen:

1. Eine Petition an das preussische Abgeordnetenhaus zu richten und dasselbe zu bitten, in § 10 des Gesetzentwurfes betr. die Gebühren der Medizinalbeamten die Bestimmungen, so weit sie die freipraktizirenden Aerzte betreffen, zu streichen:

2. den preussischen Aerztekammern von diesem Beschlusse Kenntniss zu geben und sie aufzufordern, sich unverzüglich dieser Petition anzuschliessen:

3. dem Herrn Minister der Medizinalangelegenheiten von dieser Petition Kenntniss zu geben und ihn zu bitten, falls das Abgeordnetenhaus unsere Petition nicht berücksichtigt, in dem zukünftigen Gebührenentwurf die Bestimmungen über den Termin und die Untersuchungen resp. Besuche analog der Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 abzuändern, den Maximalsatz für das Gutachten auf 75 Mark zu erhöhen.“

Heilstätte für Geschlechtskranke.

Die Landes-Versicherungsanstalt Berlin eröffnet Mitte April eine Heilstätte für männliche geschlechtskranke Personen in Lichtenberg b. Berlin.

In der amtlichen Ankündigung heisst es: „Der Zweck der Heilstätte ist, geschlechtskranke Versicherte einer gründlichen Heilbehandlung in einer geschlossenen Anstalt zu unterziehen, ihre völlige Gesundung herbeizuführen und dadurch die Kranken selbst vor dem möglichen Eintreten dauernder Erwerbsunfähigkeit zu bewahren und die Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheit zu verhüten.

Wir richten an die Vorstände der Krankenkassen die dringendste Bitte, uns bei der Durchführung dieses für die Volksgesundheit und Arbeiterwohlfahrt so bedeutsamen Unternehmens durch Ueberweisung geeigneter Fälle nach Kräften zu unterstützen.

Die Krankenkassenvorstände werden insbesondere bemüht sein müssen, den Vorurtheilen und der falschen Scham, welche viele Versicherte davon abhält, sich in eine Heilstätte für Geschlechtskranke aufnehmen zu lassen, mit aller Entschiedenheit entgegenzutreten.“

Das Gesetz über die öffentliche Gesundheit in Frankreich.

Die Grundzüge des soeben angenommenen Gesetzes sind folgende: In jeder Stadt hat der Bürgermeister eine Verordnung über die zu ergreifenden Massregeln gegen übertragbare Krankheiten, besonders über die Desinfektion und über die gesundheitliche Beschaffenheit der Wohnungen zu erlassen, die vorher von dem Präfekten mit Hilfe des Bezirks-Gesundheitsrathes geprüft worden ist. Binnen sechs Monaten werden die Krankheiten, auf welche das Gesetz Anwendung finden soll, genannt werden.

Für jede dieser Krankheiten ist der Arzt bzw. die Hebamme, die einen Fall konstatiren, meldepflichtig. Die Pockenimpfung wird genau in der Weise obligatorisch wie in Deutschland (Impfung im ersten, Wiederimpfung im zwölften Jahre).

Wenn während dreier aufeinander folgender Jahre die Zahl der Todesfälle in einer Gemeinde den Jahresdurchschnitt für ganz Frankreich überschreitet, muss der Präfekt den Bezirks-Gesundheitsrath veranlassen, Nachforschungen über die Ursachen davon anzustellen. Ergeben die Nachforschungen die Nothwendigkeit von Assanierungsarbeiten und bleibt eine der Gemeinde gewährte Nachfrist ohne Erfolg, so bestimmt wiederum der Präfekt nach Benehmen mit dem Bezirks-Gesundheitsrath, was geschehen soll.

Die Kosten, die das Gesetz nothwendig macht, werden zu je einem Drittel vom Staat, den Gemeinden und Bezirken getragen.