

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

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. 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 Professor Breslau.	Dr. Windscheid Professor Leipzig.

Dr. F. Leppmann - Berlin.
Verantwortlicher Redakteur.

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

VIII. Jahrgang 1902.

№ 1.

Ausgegeben am 1. Januar.

Inhalt:

An unsere Leser. S. 1.

Originalien: Silex, Anforderungen von Seiten der verschiedenen Berufsarten an die Beschaffenheit des Auges. S. 2.

Windscheid, Ein Fall von multipler Sklerose nach Trauma. S. 5.

Roth, Kreisarzt und Gemeindearzt. S. 7.

Ostertag, Ueber Verwendung schwefligsaurer Salze als Konservierungsmittel. S. 9.

Braehmer, Das Paderborner Eisenbahnunglück. S. 10.

Referate: Allgemeines. von Schrenck-Notzing, Gerichtlich-medizinische Bedeutung der Suggestion. S. 12.

Chirurgie. Stempel, Malum coxae senile als Berufskrankheit etc. S. 12.

Hirkson, Fälle von Schusswunden der Schenkelgefäße im Hunter'schen Kanal. S. 13.

Innere Medizin. Alingham und Hunt, Fälle von akuter haemorrhagischer Pancreatitis. S. 14.

Neurologie und Psychiatrie. Benedikt, Die Privatirrenanstalten und die private Irrenpflege. S. 14.

Bruns, Fall von Spätapoplexie nach Trauma. S. 14.

Fujisawa, Fall von Spätmeningitis n. Schädelverletzung. S. 14.

Vergiftungen. Hawkes, Tabakvergiftung bei einem Kinde. S. 15.

Wygodschikow, Vergiftung mit Essigsäure. S. 15.

Augenheilkunde. Feilchenfeld, Der Heilwerth der Brille. S. 15.

Oppenheimer, Schuluntersuchung auf Trachom. S. 16.

Ohrenheilkunde. Halasz, Zur Lehre von der Labyrinthverletzung. S. 16.

Aus Vereinen und Versammlungen. 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg. (Abtheilung für Gynäkologie u. Geburtshilfe.) — II. Internationaler Kongress der Lebens-Versicherungsärzte zu Amsterdam. — Ophthalmologische Gesellschaft der Grossbritannischen Königreiche. — Aus der 65. Jahresversammlung der British medical Association zu Cheltenham. S. 16.

Gerichtliche Entscheidungen: Aus dem Reichsversicherungsamt: Simulation? S. 20.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht: Ist Trunksucht eine Krankheit? S. 21.

Bücherbesprechungen: Delbrück, Hygiene des Alkoholismus. — Scholz, Irrenfürsorge und Irrenhilfsvereine. — Meissen, Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberkulose. S. 21.

Tagesgeschichte: Der Begriff „Unfall“. — Rauchbelästigung. — Krüppelfürsorge. — Volksheilstätten für Nervenranke. — Konzessionspflicht der Privatkrankenanstalten. — Moderne Geheimmittel. — Internationale Vereinigung der Versicherungsärzte. S. 22.

An unsere Leser!

Von jeher hat die Aerztliche Sachverständigen-Zeitung ihre Aufgabe darin erblickt, den Aerzten eine zuverlässige Beratherin auf allen Gebieten der Sachverständigenthätigkeit zu sein.

Für die Erreichung dieses Zieles bedeutet die mit dem heutigen Tage in Kraft tretende Erweiterung der Redaktion unsrer Ueberzeugung nach einen wesentlichen Fortschritt. Denn durch diese Erweiterung wird der Zeitschrift die Möglichkeit gewährt, trotz der ungemein grossen Vielseitigkeit und Ausdehnung, die das gesammte Arbeitsfeld der ärztlichen Sachverständigen besitzt, allen wichtigen Fragen ständige Aufmerksamkeit und sachgemässe Bearbeitung zu sichern.

Von den neuen Redakteuren der Zeitschrift wird, um zunächst der klinischen Fächer zu gedenken, Herr Geheimer Medizinal-Rath Professor Dr. Fürbringer, Direktor des städtischen Krankenhauses Friedrichshain-Berlin, die Innere Medizin, Herr Professor Dr. Löbker, Leitender Arzt des Knappschafts-Krankenhauses Bergmannsheil zu Bochum, und Herr Dr. Stolper, Leitender Arzt der Unfallstation I-Breslau, die Chirurgie, Herr Professor Dr. Windscheid, Leitender Arzt der Unfall-Nervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft „Hermannshaus“ zu Leipzig, die Nervenheilkunde, Herr Professor Dr. Silex-Berlin die Augenheilkunde vertreten.

Die Toxikologie hat Herr Professor Dr. Kionka-Jena übernommen.

Der hygienische und gesundheitspolizeiliche Theil wird von Herrn Regierungs- und Geheimen Medizinalrath Dr. Roth in Potsdam redigirt werden, jedoch mit der Einschränkung, dass Herr Geheimer Ober-Medizinal-Rath Professor Dr. Kirchner, Vortragender Rath im preussischen Kultusministerium, die Schulhygiene, Herr Professor Dr. Ostertag in

Berlin die Nahrungsmittelhygiene und Herr Geheimer Sanitäts-Rath Dr. **Braehmer** in Berlin die Verkehrshygiene übernimmt.

Die Gerichtliche Medizin wird durch Herrn Gerichtsarzt und Privatdozent Dr. **Puppe**, das Privat-Versicherungswesen, in welchem besonders die Fragen der Lebensversicherung eine sorgfältige Beachtung erheischen, durch Herrn Physikus a. D. Dr. **Florschütz**, I. Bankarzt der Lebensversicherungs-Bank zu Gotha, bearbeitet werden.

Die Rechtspflege im Allgemeinen wird durch Herrn Geheimen Justizrath Professor Dr. **von Liszt**-Berlin, das Versicherungsrecht durch Herrn Kaiserlichen Regierungs-Rath **Radtke**, Ständiges Mitglied des Reichs-Versicherungsamts, vertreten sein.

Die bisherigen Redakteure, Herren Geheimer Medizinalrath Dr. **L. Becker**, Kreisarzt und Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin, Medizinalrath Dr. **A. Leppmann**, Kreisarzt und Strafanstaltsarzt, und Dr. **F. Leppmann** werden bei der Erledigung der laufenden Redaktionsgeschäfte zusammenwirken. An den verantwortlichen Redakteur der Zeitschrift, Herrn Dr. **F. Leppmann**, Berlin NW., Wikinger Ufer 1, bitten wir alle zur Aufnahme in die Zeitschrift bestimmten Beiträge zu senden.

Der Charakter der Zeitschrift wird auch unter der erweiterten Redaktion derselbe bleiben wie bisher. Weit davon entfernt, das Organ irgend welcher Interessengruppe zu sein, wird die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ jeder sachlich begründeten Anschauung in ihren Spalten Raum gewähren und ihren Lesern hierdurch Gelegenheit geben, in streitigen Fragen aus dem Widerspruch der Meinungen sich ein eignes Urtheil zu bilden. Dabei wird die Zeitschrift bestrebt sein, durch Vermeiden jeder überflüssigen Schärfe das gegenseitige Verständniss derjenigen Kreise, deren Zusammenwirken bei der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit nothwendig ist, zu unterstützen.

Die Redaktion.

Anforderungen von Seiten der verschiedenen Berufsarten an die Beschaffenheit des Auges.

Von

Professor Dr. **P. Silex**-Berlin.

Am besten für jeden Beruf eignet sich Derjenige, der gesunde und normale und mit voller Sehkraft ausgestattete Augen besitzt. Bei wievielen unter einer bestimmten Anzahl von Menschen dies der Fall ist, steht nicht genau fest. Ich berechne auf Grund meiner viele Untersuchungsjahre umfassenden Notizen über das Rummelsburger Waisenhaus die Zahl bei Kindern einer Elementarschule auf ca. 65 Prozent, wobei ich allerdings, was vom praktischen Standpunkt ohne Weiteres zulässig ist, die geringen Grade von Uebersichtigkeit und auch die Sehschärfe von fast 1 (normal) unter diese Gruppe subsummire. Der übrig bleibende Teil ist kurzsichtig und kann nur mit Gläsern eine gute Sehschärfe erreichen, oder er hat einen angeborenen Fehler in der Krümmung der Hornhaut (Astigmatismus) und ist dadurch oder durch stärkere Uebersichtigkeit oder durch krankhafte Veränderungen des Augapfels schwachsichtig.

Letztere können angeboren (wie z. B. Schichtstaar-Bildung) oder, was bedeutend häufiger ist, während des Lebens erworben sein. Eine sehr wichtige Rolle spielen in dieser Beziehung die sogenannten Hornhautflecke; das sind verschieden grosse, graue Punkte und Flecke auf der Hornhaut, die meist Reste einer auf skrophulöser Basis in frühestem Kindesalter entstandener Hornhaut-Entzündung sind. Dieselben bilden für die im späteren Leben oft zu konstatirende Schwachsichtigkeit einen so gewichtigen Faktor, dass sie bei den in schlechten sozialen Verhältnissen lebenden und von der Skrophulose besonders heimgesuchten Bevölkerungsschichten in höherem Grade die Sehschärfe alteriren, als alle die im weiteren Verlaufe des Lebens das Auge ungünstig beeinflussenden Momente. In wohlhabenden Kreisen haben sie wegen ihrer geringen Häufigkeit, und weil man ihnen gleich ärztlich begegnet, nur eine untergeordnete Bedeutung.

Für diese Gruppen der über ein minderwerthiges Sehen verfügenden Individuen ist es nun wichtig, dass sie sich, bevor

sie einen Beruf erwählen, über die Anforderungen desselben orientiren. Unterbleibt dies, so findet es sich später oft gar bald, dass der erwählte Beruf wegen ungenügender Beschaffenheit des Auges leider nicht weiter gepflegt werden kann. Dies trifft für alle Schichten der Bevölkerung zu. — Wie oft habe ich z. B. einem jungen Studenten, der in seiner Verlegenheit zu mir kam, auseinandersetzen müssen, dass bei seiner Kurz- und Schwachsichtigkeit das Studium der Medizin für ihn absolut nicht passe. — Bei den Handwerkern liegen die Verhältnisse meist so, dass solch ein Mensch ohne viel Ueberlegung irgend ein Fach ergreift. Der Lehrherr bemerkt zwar oft, dass der Lehrling schlecht sieht, legt aber kein Gewicht darauf und beschäftigt ihn unter Umständen während der drei oder vier ausgemachten Jahre mit größerer Arbeit. Ist die Lehrlingszeit absolvirt, und will der Geselle Gewordene jetzt Geld verdienen, so entlässt ihn ein Meister nach dem anderen, weil die Arbeit nicht den berechtigten Wünschen entspricht, und nun wird es dem Betreffenden klar, dass er seinen Beruf verfehlt hat. Etwas Anderes zu lernen, dazu ist er zu alt, und die Mittel sind nicht da, und nun beginnt die Noth. — Und noch in anderer Beziehung machen sich Missstände geltend. Wir finden z. B. Knaben mit skrophulöser, chronischer Lidrand- und Bindehaut-Entzündung, die es sich vorgenommen haben, Bäcker zu werden. In frischer Luft wäre Aussicht auf Heilung des Leidens vorhanden, unter dem Einfluss des Mehlstaubes und der Hitze verschlimmert sich aber unfehlbar die Krankheit, es kommt zu rothen Triefaugen, die, an und für sich nicht schön, gerade bei einem Bäcker und Konditor Jedem den Appetit verderben werden. Der Katarrh steigert sich zu Eiterfluss. Der Betroffene muss die Arbeit aufgeben; es geht ihm bald besser, sobald er aber in die alten Verhältnisse zurückkehrt, ist der Eiter wieder da.

Der Einäugige muss sich darüber klar werden, dass er für viele Berufsarten nicht passt. Wenn es auch richtig ist, dass in früher Jugend einäugig Gewordene sich in Bezug auf die Abschätzung von Distanzen leidlich zurecht finden, so ist doch ein gewisses Minus immer vorhanden. Ganz abgesehen davon, dass er in solchen Betrieben, die mit vielen Fährlichkeiten verbunden sind, leicht auch das erhaltene Auge verlieren kann, eignet er sich nicht für Arbeiten, die ein genaues Messen und Abschätzen der Entfernungen erfordern. Er wird

als Schmied, als Schlosser u. s. w. beim Hämmern an dem Zielpunkt vorbeischiessen und dadurch sich und Andere gefährden.

Will Jemand in einer Branche thätig sein, die das Erkennen von Farben nothwendig macht, so wird eine beim Eintritt in das Fach übersehene Farbenblindheit weiterhin zu vielen Unzuträglichkeiten führen.

Fällt es dem Laien oder dem Lehrer auf, dass ein Kind schlecht sieht, was sich meist zuerst in einem mangelhaften Erkennen der an der Wandtafel demonstrierten Dinge äussert, so soll man sich nicht mit dem Worte „Kurzsichtigkeit“ begnügen, sondern immer einen Arzt befragen. Viele von der fraglichen Art sind nämlich garnicht kurzsichtig, sondern haben Fehler im Bau des Auges (Uebersichtigkeit, Meridian-Asymmetrie der Hornhaut) oder floride Krankheiten oder Reste früherer Entzündungen, Dinge, die alle Schwachsichtigkeit zur Folge haben, welche letztere wieder als Kurzsichtigkeit — weil eben wegen der Schwachsichtigkeit nicht weit gesehen werden kann — in einer grossen Zahl der Fälle imponirt. Man glaubt z. B., dass der Betreffende nicht Tischler werden kann, weil er den Sägestrich vermuthlich nicht bis 50 cm erkennen wird, und siehe da, mit einer passenden Brille geht es vortrefflich.

Ganz besonders werthvoll aber ist die ärztliche Untersuchung, und zwar mit dem Augenspiegel, bei der wirklichen Kurzsichtigkeit. Diese kann nämlich bedingt sein, 1. durch abnorm starke Krümmung der Hornhaut, 2. durch eine sehr hohe Brechkraft und eine Lage-Anomalie der Linse, und 3., was am häufigsten, durch Achsen-Verlängerung des Augapfels. Im letzteren Fall sind gewöhnlich bei höheren Graden die inneren Augenhäute krankhaft in Mitleidenschaft gezogen, und die Augen sind deswegen als kranke Organe zu betrachten, die keinen Strapazen gewachsen sind. Ein solches Individuum, ob Knabe oder Mädchen, thut nicht gut daran, wenn es z. B. in ein Bureau als Schreiber eintritt, oder wenn es sich weiter ausbildet und darauf hin arbeitet, Buchhalter zu werden oder Stenographie und Schreibmaschine zu erlernen. Es geht einige Jahre, dann kommen Schmerzen und Klagen über Mangel an Ausdauer und Unfähigkeit zur Arbeit, und oft muss irgend ein anderes Fach ergriffen werden. Geht dies nicht mehr an, so ist es eine ewige Plage, und schwere innere Augenveränderungen, meist freilich erst in den 30er oder 40er Jahren, sind die gewöhnliche Folge davon. Hat der Augenspiegel aber gesunde innere Häute ergeben, und ist der Grund der Kurzsichtigkeit vielleicht in einer sehr starken Krümmung der Hornhaut gelegen, so kann man hochgradig kurzsichtig, dabei aber unter Umständen nur mässig schwachsichtig sein. Das Auge ist dann als gesund anzusehen, und es liegt kein Grund vor, weshalb man nicht Ciseleur, Graveur, Diamanteur, Elfenbeinschneider, Stenograph oder dergleichen werden soll.

Was für die in Frage stehende Gesellschaftsklasse gilt, trifft auch für die höheren Stände zu. Bei demselben Grade der Kurzsichtigkeit und derselben Sehschärfe wird man dem Einen z. B. das Studium der Jurisprudenz gestatten können, den Anderen aber davor warnen müssen. Also nicht irgend ein Schlagwort, wie z. B. Kurzsichtigkeit, sondern die genaue Untersuchung des Auges ist entscheidend, und dies namentlich in Bezug auf die Zukunft. — Ein 14-jähriger Junge mit geringer Kurzsichtigkeit kann ohne Weiteres Schlosser werden; hat dieser aber, oder vielmehr die Eltern den Wunsch, dass das Schlosser-Handwerk nur ein Durchgangs-Stadium sei, und dass er eigentlich Lokomotivführer werden möchte, so muss man ihn gleich daran erinnern, dass er dieses Ziel trotz seiner event. vorzüglichen Sehschärfe wegen der Kurzsichtigkeit niemals erreichen kann. Ein Lokomotivführer darf keine Brille tragen und darf nicht kurzsichtig sein, und unser Knabe

wendet sich jetzt vielleicht einem anderen Fache zu. — Ein anderer ist hochgradig übersichtig und verfügt über gute Sehschärfe. In der Jugend erweist er sich tüchtig als Glasbläser, aber schon mit 20 Jahren hat er oft die Fähigkeit, in der Nähe scharf zu sehen, verloren. Eine Brille kann er bei dem Feuer unter Umständen nicht oder nur mit grosser Schwierigkeit tragen, und er ist fertig mit dem Beruf.

Auf alle diese Dinge habe ich seit 10 Jahren bei meinen Untersuchungen der Zöglinge des Waisenhauses zu Rummelsburg aufmerksam gemacht und habe in dieser Hinsicht das grösste Entgegenkommen von Seiten des Herrn Direktors und der Herren Lehrer gefunden, ja ich habe mich dahin ausgesprochen, dass all die Schuluntersuchungen der Jetztzeit, da dem wissenschaftlichen Streben und der Statistik durch die Untersuchung von Hunderttausenden von Schülern genügt ist, nicht die schöne Zeit und die viele Mühe werth wären, wenn nicht das dabei herauskäme, dass die Kinder auf ihre Augen aufmerksam gemacht, dass die Lehrer über das Sehvermögen ihrer Schüler genau orientirt und die Abgehenden darüber instruirten würden, welchen Berufsarten sich zu widmen ihnen die Beschaffenheit ihrer Augen gestattet. Das Letztere ist, wie ich dies in dem Berliner Kommunal-Blatt betont habe, der wichtigste Punkt. — Wir hoffen, dass die Zeit nicht mehr fern liegt, wo die vom Berliner Magistrat für das Rummelsburger Waisenhaus eingeführte Massnahme weiteren Kreisen zu theil werden wird. Dass solche Instruktionen nicht nur den abgehenden Elementarschülern, sondern auch denen der höheren Lehranstalten von Nutzen sein würden, braucht wohl nicht weiter ausgeführt zu werden.

Wenn nun das Resultat der Untersuchung feststeht, so fragt es sich, welche Fächer bei dem 14-jährigen Knaben und Mädchen der Zustand der Augen und ihrer Anhefte, wie Lider und Muskulatur, zu ergreifen erlaubt. Manuelle Geschicklichkeit, geistige Fähigkeiten, körperliche Kräfte, die Geldmittel der Eltern u. s. w., Dinge, die stets bei der Berufswahl sehr sorgfältig erwogen werden müssen, ziehe ich nicht weiter in den Kreis der Betrachtungen, sondern spreche mich, ohne auf Vollständigkeit und Fehlerlosigkeit Anspruch erheben zu wollen, rein vom praktischen, augenärztlichen Standpunkte aus. Geleitet werde ich bei der unten folgenden Aufstellung der Zahlen von dem, was ich als Arzt kennen gelernt habe. Die Ausnahme, dass z. B. ein Maschinenbauer mit schlechten Augen doch ein tüchtiger Arbeiter ist, der seinen Kameraden nicht nachsteht, stösst die Regel, dass ein solcher gut sehen soll, nicht um. Die Intelligenz kann manche körperliche Schwachheit ersetzen, und wenn z. B. Jemand sagt, dass ein Schlächter sehr gute Augen haben müsse, dass das Tödten der Thiere und der maschinelle Betrieb in den Wurstfabriken diese erfordere, so entgegne ich ihm, dass ich eine grosse Anzahl von Fleischern kenne mit mittlerem Sehvermögen, die mir gesagt haben, dass sie auf dem Berliner Viehhof allen Branchen ihres Faches vollauf gewachsen wären, und dass sie im Verdienste Niemandem nachständen. — Die Ansichten gehen und werden in dieser Beziehung immer auseinander gehen, und es kommt nur darauf an, gewisse Anhaltspunkte zu gewinnen; den Grenzwerten wird man Rechnung tragen können.

Das Normalmass der Sehschärfe wird mit I bezeichnet, hat man dies nicht, so verfügt man über einen Bruchtheil dieser Grösse. — Beträgt die Sehschärfe etwa nur $\frac{1}{3}$, so kann man, da die Signale auf den Bahnstrecken mit dieser Sehfunktion in den nöthigen Entfernungen nicht erkannt werden, nicht Lokomotivführer, wohl aber noch ein brauchbarer Müller, Gerber oder Brenner werden. Daraus ergibt sich, dass die Berufsarten verschiedene Forderungen an das

Sehvermögen stellen, oder anders ausgedrückt, dass wir Erwerbszweige mit hohen, mittleren und geringen optischen Ansprüchen haben.

Es kann auffallen, dass ich unten nicht die Sehkraft beider Augen zusammengemessen, sondern die eines jeden einzeln notire; dies thue ich deswegen, weil viele Behörden diesen Weg eingeschlagen haben und dann auch aus einem praktischem Grunde. Ein Zimmermann hat meinetwegen rechts Sehschärfe I und links $\frac{1}{20}$; er verfügt also, da die Zahlen nicht addirt werden, sondern sich bei Gebrauch beider Augen immer nur das Mass des bestehenden Auges ergibt, beim Oeffnen beider Augen über eine Gesamt-Sehschärfe von I. Nimmt der Mann jetzt rechts Schaden und kommt er vielleicht auf $\frac{1}{3}$ auf diesem Auge, so ist er als Zimmermann überhaupt nicht mehr zu gebrauchen. Hätte er aber rechts Sehschärfe I und links $\frac{2}{3}$ gehabt, so würde er bei einer Verletzung des rechten Auges durch dieses linke Auge befähigt sein, weiter in seinem Berufe sich zu bethätigen.

Sind Brillen, welcher Art auch immer, im Gebrauch, so ist diejenige Sehschärfe zu rechnen, die mit der für das Auge zulässigen und gewohnheitsmässig getragenen Brille erreicht wird. Natürlich wird man immer daran denken müssen, dass viele Erwerbszweige das Tragen einer Brille überhaupt nicht gestatten.

Von obigen Gesichtspunkten geleitet, unterbreite ich hiermit dem Leser eine Anzahl Berufsarten, die er in fraglichen Fällen einsehen kann.

Die optischen Anforderungen sind:

a. hohe (jedes Auge Sehkraft $\frac{2}{3}$ und mehr).	b. mittlere (ein Auge Sehkraft $\frac{2}{3}$ und mehr, das andere $\frac{1}{3}$ und mehr).	c. geringe (Sehschärfe geringer als bei b.).
Bereiter (Jockey)	Bandagist	Anfertigung künstlicher Blumen
Bernsteinschnitzer	Barbier	Arbeiter in der Papierbranche
Brillantenschleifer	Bildhauer	Bäcker
Brunnenbauer	Böttcher	Buchbinder
Buchdrucker	Brauer	Bürstenbinder
Büchsenmacher	Bronceur	Cigarrenarbeiter
Ciseleur	Drechsler	Diener
Dachdecker	Elektrotechniker	Färber
Elfenbeinschnitzer	Gärtner (Baumschule)	Gärtner (Gemüse-, Blumen-)
Feilenhauer	Glaser	Gerber
Förster	Glaskünstler	Glasbläser
Gasarbeiter, Rohrleger	Glas- und Steinschleifer	Hausdiener
Geldschrankschlosser	Gelbgießer	Hotelpage
Goldarbeiter (Juwelier-, Silber-)	Gürtler	Hutmacher
Graveur	Handschuhmacher	Kellner
Holzbildhauer	Hüttenarbeiter	Koch
Klempner (Bau)	Instrumentenmacher (Musik)	Konditor
Kupferdrucker	Klempner (nicht Bau-)	Korbmacher
Kupferstecher	Kürschner	Kranzbinder
Kutscher	Kupferschmied	Kranenmacher
Lithograph	Lackirer	Landwirtschaft
Maler (Schilder und Stuben)	Lehrling in verschiedenen kaufmännischen Branchen	Laufbursche
Maschinenbauer	Lehrer	Lederzurichter
Maurer	Messerschmied	Möbelpolirer
Mechaniker	Musiker	Müller
Optiker	Radler	Schirm- und Stockarbeiter
Photograph	Orgelbauer	Schmied
Porzellanmaler	Sattler	Schreiber
Schiffbauer	Schlächter	Seifensieder
Schlosser	Schornsteinfeger	Seiler
Schneider		
Schwertfeger		

a. hohe (jedes Auge Sehkraft $\frac{2}{3}$ und mehr).	b. mittlere (ein Auge Sehkraft $\frac{2}{3}$ und mehr, das andere $\frac{1}{3}$ und mehr.)	c. geringe (Sehschärfe geringer als bei b.).
Seemann	Schuhmacher	Steinsetzer
Steinmetz	Segelmacher	Stubenböher
Stuckateur	Stellmacher	Strassenreinigungsarbeiter
Tapezierer und Dekorateur	Stromschiffer	Tagearbeiter in Stadt und Land
Tischler	Thierausstopfer	Vergolder
Uhrmacher	Töpfer	Weber
Xylograph	Tuchmacher	Weinküfer
Zahntechniker	Wagenbauer	Ziegelstreicher.
Zimmerer	Zeugschmied	
	Zinngießer	
	Zuckersieder	

Weibliche Berufsarten:

Malerin	Dienstmädchen	Arbeiterin (Fabrik)
Retoucheuse	Friseurin	Kellnerin
Schneiderin	Handschuharbeiterin	Korbflechterin
Schreibmaschinen-Schreiberin	Kindergärtnerin	Kranzbinderin
Stenographin	Köchin	Packerin
Stickerin	Krankenpflegerin	Tabaksarbeiterin
Telegraphistin	Lehrerin	Wäscherin.
Weissnäherin	Plätterin	
u. s. w.	Putzmacherin	
	Verkäuferin	
	Weberin	

Es dürfte nicht unangebracht erscheinen, ausser obigen Berufsarten noch andere mitzuthellen, die sich von ihnen dadurch unterscheiden, dass ganz bestimmte Zahlenwerthe gefordert werden. Dass sie erst für die späteren Lebensjahre in Betracht kommen, dürfte kein Hinderungsgrund sein, sie hier anzuführen. Wir bringen 1. die Anforderungen von Seiten des deutschen Kriegsheeres.

Dienst mit der Waffe einschliesslich Ersatzreserve verlangt für das bessere Auge ev. mit Glas Sehschärfe mehr als $\frac{1}{2}$. Blindheit eines Auges bei guter Gebrauchsfähigkeit des anderen ist nicht gestattet. Das stärkste zulässige Kurzsichtigkeitsglas beträgt 6,5 Dioptrien (d. i. Fernpunktabstand mindestens 15 cm).

Unteroffizier-Schüler und Vorschüler fordern ev. mit Glas für das rechte Auge volle Sehschärfe und für das linke mehr als $\frac{1}{2}$. Stärkere Gläser als $-\frac{1}{28}$ sind nicht erlaubt.

2. Kriegsflotte. Das bessere Auge muss ohne Glas mindestens Sehschärfe $\frac{1}{2}$ haben. Blindheit eines Auges macht unbrauchbar. Seekadetten, Schiffsjungen: Entweder für beide Augen ohne Glas mindestens $\frac{3}{4}$ Sehschärfe oder beiderseits ohne Glas mehr als $\frac{1}{2}$ und dieses Letztere, falls mit irgend welchen Gläsern Sehschärfe $\frac{6}{6}$ erreicht wird. Genügt bei Seekadetten das eine Auge, das andere aber nicht, so ist höhere Entscheidung zulässig.

3. Kaiserliche Schutz-Truppe. Für beide Augen ev. mit Glas Sehschärfe mindestens $\frac{2}{3}$. ($-\frac{1}{12}$ und $+\frac{1}{20}$ sind die gestatteten stärksten Gläser).

4. Forst-Verwaltung. Eintritt in die Forstlehre: für das rechte Auge ev. mit Glas volle und für das linke gleichfalls mit Glas mindestens $\frac{3}{4}$ Sehschärfe.

5. Post-Verwaltung. Die Post hat keine kodifizierten Sehschärfebedingungen. Die Vertrauensärzte halten sich meist an die für das Heer geltenden Vorschriften. Myopie über 6 Dioptrien und Sehschärfe weniger als $\frac{1}{2}$ (nach Gläserkorrektion) gilt gewöhnlich als Abweisungsgrund. Bei tadelloser Beschaffenheit des einen Auges kommt der Zustand des anderen in der Regel nicht in Betracht.

6. Preussische Eisenbahn-Verwaltung. Die Anforderungen sind durch Ministerialerlass vom 5. August 1898 geregelt worden. Abgesehen von einem normalen Farbensinn sollen die Neuanzustellenden haben:

1. eine Sehschärfe von $\frac{2}{3}$ auf jedem Auge ohne Glas in den von der Behörde als Gruppe I A und II A bezeichneten Abteilungen. Dieselben setzen sich aus folgenden Beamten und Arbeitern zusammen:

I. Gruppe A.	II. Gruppe A.
1. Brückenwärter	1. Bahnwärter
2. Schrankenwachen (Wärterinnen)	2. Bremser
3. Rottenführer (Strecken-Vorarbeiter)	3. Schaffner
4. Lokomotivheizer	4. Packmeister
5. Werkstätten - Vorsteher, Werkmeister, Werkführer und Vorarbeiter in Lokomotiv- und Betriebswerkstätten	5. Zugführer
6. Rangirarbeiter	6. Lokomotivführer
7. Telegraphenbeamte auf Blockstationen.	7. Stations-Aufscher, Stations-Assistent
	8. Stations-Vorsteher
	9. Haltestellenaufscher
	10. Haltepunktwärter
	11. Weichensteller (auch erster Klasse)
	12. Rangirmeister

2. Ohne Glas auf den einzelnen Augen Sehschärfe mindestens $\frac{2}{3}$ und $\frac{1}{3}$ (Gruppe I B und II B, 1.—9. Es sind:

Gruppe I B.

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 1. Bahnmeister (auch 1. Klasse), | 3. Stations-Portiers. |
| 2. Waagewärter, | 4. Stations-Wächter. |

Gruppe II B.

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. Kranmeister, | 6. Waagemeister, |
| 2. Kranwärter, | 7. Wagenaufzeichner, |
| 3. Trajekt- und Schiffsbedienstete, | 8. Telegraphenmeister, |
| 4. Stationsarbeiter, soweit nicht unter A und C benannt, | 9. Telegraphen-Unterhaltungsarbeiter. |
| 5. Bahnsteigschaffner, | |

3. Ebenfalls Sehschärfe $\frac{2}{3}$ und $\frac{1}{3}$, aber event. mit Benutzung eines Glases. Dies Gruppe II B, 10.—17.

Gruppe II B.

- | | |
|---|---|
| 10. Telegraphenbeamter auf Stationen, | 14. Landmesser, |
| 11. Betriebskontrolleure, | 15. Bauassistenten und Bauaufseher, |
| 12. Zugrevisoren, | 16. Maschinisten für elektrische Beleuchtungs- u. Kraftanlagen, |
| 13. technische Kontrolleure bei den Inspektionen. | 17. Maschinenwärter. |

4. Ohne oder mit Glas auf den einzelnen Augen mindestens Sehschärfe $\frac{1}{2}$ und $\frac{1}{6}$ (Gruppe II C).

Gruppe II C.

- | | |
|---|--|
| 1. Werkstätten-Vorsteher, Werkmeister, -Führer und Vorarbeiter ausserhalb der Betriebs- und Lokomotivwerkstätten, | 10. Gepäckträger, |
| 2. Abfertigungsbeamte, mit Ausnahme der Stationskassensendanten, Einnehmer, Fahrkartenausgeber, Brückengeldeinnehmer, | 11. Wagenputzer, |
| 3. Lademeister, | 12. Kohlenlader, |
| 4. Maschinenputzer, | 13. Güterbodenarbeiter, |
| 5. die unter 2 ausgenommenen Abfertigungsbeamten, | 14. Strecken(Rotten) Arbeiter, |
| 6. Materialienverwalter, | 15. Bureaubeamte (nichttechn.), |
| 7. Magazinaufseher u. -Arbeiter, | 16. Bureaubeamte (technische) mit Ausnahme der unter B 14 genannten, |
| 8. Werkstättenportiers und Wächter, | 17. Kanzleibeamte, |
| 9. Werkstättenarbeiter, | 18. Zeichner, |
| | 19. Telegraphenbeamte in den Bureaux, |
| | 20. Billetdrucker, |
| | 21. Steindrucker, |
| | 22. Bureau- und Kassendiener, |
| | 23. Fahrkartenordner, |
| | 24. Ofenheizer |

u. s. w.

Bei alten und im Dienst ergrauten Beamten sind in einzelnen Stellungen bei der sog. Wiederholungsprüfung geringere Sehschärfengrade noch zulässig.

Ich habe die das Eisenbahnfach betreffenden Zahlen ausführlich gebracht, weil die Knaben, die diese Carrière ergreifen wollen, sich schon frühzeitig darüber klar sein müssen, ob ihre Augen den hohen, aber gerechten Anforderungen entsprechen.

Auch für die höheren technischen Eisenbahnbeamten sind bestimmte Normen aufgestellt.

1. Maschinenbaubeflissene haben vor ihrer Zulassung zum Lokomotivfahrdienst sich darüber auszuweisen, dass sie bei normalem Farbensinn auf jedem Auge Sehschärfe $\frac{2}{3}$ ohne den Gebrauch einer Brille besitzen.

2. Regierungsbaumeister des Eisenbahnbauwesens sollen haben Sehschärfe $\frac{2}{3}$ und $\frac{1}{3}$, nöthigen Falls beim Gebrauch der gewohnheitsmässig getragenen Brille. Gelegentlich können Ausnahmen zugelassen werden.

3. Die höheren technischen Beamten haben, soweit sie in die Lage kommen können, in den äusseren Betriebsdienst mitzugreifen, pflichtmässig sich darüber zu vergewissern, dass bei ihnen selbst das Farbenunterscheidungsvermögen noch fortbesteht und die Sehschärfe bei den maschinentechnischen höheren Beamten nicht auf $\frac{1}{2}$ auf einem der beiden Augen zurückgegangen ist.

Es sollte mich freuen, wenn dieser und jener der verehrten Leser aus den hier niedergeschriebenen Zahlen, was der Zweck der Zeilen ist, gelegentlich einen praktischen Nutzen ziehen könnte. Ich selbst konnte mit ihrer Hilfe schon vielen Eltern, die wegen der Berufswahl ihrer Kinder mich aufsuchten, recht brauchbare Rathschläge ertheilen.

Aus dem „Hermann-Haus“, Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerk-Berufsgenossenschaft in Stötteritz bei Leipzig.

Ein Fall von multipler Sklerose nach Trauma.

Von
Professor Dr. Windscheid,
Chefarzt der Klinik.

In Hinsicht auf das immer interessante Krankheitsbild der multiplen Sklerose überhaupt, speziell aber auf die Beziehungen dieser ätiologisch noch so unklaren Krankheit zu einem Trauma erscheint mir der nachfolgende Fall mittheilenswerth.

Der Zimmerer Bruno E., 21 J. alt, ist am 15. August 1899 dadurch verunglückt, dass er beim Legen von Sparren auf einem Dachboden ausglitt und aus einer Höhe von 90 cm herunter mit dem Kopf auf einen Balken fiel. Er war nach Aussage eines Mitarbeiters sofort bewusstlos, hatte eine Beule an einem Auge und blutete aus dem rechten Ohr. Nach einer kleinen Stunde erholte er sich wieder und konnte die Arbeit fortsetzen. Acht Tage lang hat er ohne Beschwerden weiter gearbeitet. Nach Ablauf dieser Zeit klagte er über Kopfschmerzen und Schwindel, den Mitarbeitern gegenüber gab er an, dass es ihm unmöglich sei, über die Dachsparren wegzulaufen, weil ihm dabei drohend würde. Auch sollen schon damals Sprachstörungen aufgetreten sein. Der Zustand blieb in der nächsten Zeit unverändert, so dass E. schliesslich am 9. November 1899 die Arbeit ganz einstellen musste und sich in ärztliche Behandlung begab.

Die Unfallanzeige ist erst am 6. November 1899 erstattet worden.

Das erste ärztliche Gutachten wurde von Dr. O. in A. am 19. Februar 1900 abgegeben und konstatiert, dass E., als er sich am 8. November 1899 in die Behandlung des genannten Arztes begab, folgende Erscheinungen darbot: schwerfälliger, schwankender Gang, E. kann nicht gerade gehen. Bei geschlossenen Augen Schwanken. Der Gesichtsausdruck apathisch, Auffassungsvermögen sehr verlang-

samt. Pupillen reagiren normal. Am Tage der Ausstellung des Gutachtens konnte Dr. O. eine entschiedene Besserung des Zustandes feststellen, der Gang war sicherer, der Gesichtsausdruck lebhafter.

E. wurde hierauf zur Feststellung des Zusammenhanges der Krankheitserscheinungen mit dem Unfälle in die Heilanstalt von Dr. P. in A. geschickt, wo er vom 20. März bis 4. Mai 1900 blieb. In seinem Schlussgutachten vom 11. Mai 1900 giebt Dr. P. an, dass E. subjektiv über Doppelsehen und Schwindel sowie Spracherschwerung klagte. Objektiv fand sich eine geistige Schwerfälligkeit, starrer Blick bei geöffnetem Munde, Doppelsehen auf beiden Augen, sehr erschwerte Sprache. Die Gliedmassen sind alle aktiv wie passiv normal beweglich, es besteht geringfügiges Romberg'sches Phänomen. Durch die Behandlung sei entschieden eine Besserung erzielt worden. Dr. P. nimmt eine commotio cerebri an und schätzt die Einbusse der Erwerbsfähigkeit auf 20 Prozent. Am 11. Juni 1900 wurde E. von dem Augenarzte Dr. S. in A. untersucht, welcher beiderseits Linsentrübung und Parese beider musculi recti externi feststellte.

Durch Bescheid der Genossenschaft wurde E. am 6. Juli 1900 eine Rente von 20 Prozent zugebilligt, die er jetzt noch bezieht.

Am 19. November 1900 fand eine neue Untersuchung durch Dr. S. in C. statt, welcher Folgendes konstatierte: blöder Gesichtsausdruck, Parese der Augenmuskeln, geringes Romberg'sches Phänomen, erhöhte Patellarreflexe. Keine Störungen an den Extremitäten, E. geht ganz sicher. S. nimmt eine Schädelbasisfraktur an und schätzt die Erwerbsunfähigkeit ebenfalls auf 20 Prozent. Der Augenarzt Dr. V. in C. untersuchte den Verletzten am selben Tage und fand ausser dem Schichtstaar und der Parese der musculi recti externi auch eine Parese des musculus obliquus inferior.

Am 23. Mai 1901 richtete E. eine Eingabe an die Genossenschaft um Erhöhung der Rente, da der Schwindel erheblich zugenommen habe und er völlig arbeitsunfähig schon seit dem 3. Dezember 1900 sei. Er wurde am 12. Dezember 1901 von Dr. J. in M. untersucht, welcher unsicheren Gang, Erhöhung der Kniescheibensehnenreflexe fand und angab, dass seit Mai 1901 eine bedeutende Verschlimmerung im Zustande eingetreten sei, so dass er die Erwerbsunfähigkeit auf 75–80 Prozent schätze.

E. wurde darauf dem Hermann-Hause zur näheren Beobachtung überwiesen.

Die Untersuchung hierselbst ergab Folgendes:

Die Eltern sind beide noch am Leben und gesund. Von drei Geschwistern ist eins an Diphtheritis gestorben, zwei leben und sind ebentalls gesund. E. hat nur als Kind die Masern durchgemacht, war sonst völlig gesund. Vom Militär wurde er aus ihm unbekanntem Gründen zurückgestellt. Geschlechtskrankheit wird geleugnet. Alkoholmissbrauch liegt seinen Angaben nach nicht vor. In der näheren Verwandtschaft keine Nervenkrankheiten.

Bei der Aufnahme in die Klinik klagt er über Doppelsehen, Schwindel beim Bewegen und in Rückenlage, mitunter heftige Kopfschmerzen, Schwäche in beiden Beinen. Der Gang sei ohne Stock unmöglich.

Objektiv fand sich ein untermittelgrosser (153 cm) kräftiger Mensch mit gut entwickelter Muskulatur und gutem Ernährungsstand. Gewicht 127 Pfund, T. 36,5, P. 30.

Schon beim ersten Anblick fällt der blöde Gesichtsausdruck auf. E. hat meistens den Mund halb geöffnet, lächelt fortwährend. Die Unterhaltung mit ihm ergibt eine deutlich verminderte Intelligenz. Er giebt auf die gestellten Fragen nur langsam nach Besinnen Antwort, kann nur unvollkommen rechnen, weiss über seine persönlichen Angelegenheiten hinaus keinen Bescheid mehr. Die Sprache ist ausgesprochen hesitierend, schwerfällig und skandierend, komplizierte Worte kann E. gar nicht oder nur sehr unvollkommen aussprechen. Anstatt sich darüber Gedanken zu machen, grinst er ganz fröhlich.

Am Schädel findet sich äusserlich nichts Abnormes, der Umfang weist normale Verhältnisse auf. Auf dem Hinterkopfe findet sich eine frische Narbe, die von einem Sturze in Folge eines Schwindelanfalles herrührt, den E. einige Tage vor Eintritt in die Klinik erlitten hat. Der Unfall selbst hat keine sichtbare Narbe hinterlassen. Das Schädeldach ist nirgends auf Druck oder Bepochen empfindlich.

Die Pupillen sind mittelweit, gleichweit, reagiren gut auf Licht-einfall und Nahesehen. Der Augenbefund entspricht noch dem Gut-

achten von Dr. V.: „beiderseits Schichtstaar, beim Sehen in die Ferne horizontale gleichnamige neben einanderstehende Doppelbilder, deren Entfernung beim Blick nach rechts und links wächst. Beim Blick nach links geht das Bild des linken Auges etwas höher, beim Blick nach links oben wird die Höhendifferenz sehr gross. Augenhintergrund normal“. Kein Nystagnus.

Geruch, Gehör und Geschmack sind unbeeinträchtigt.

Der rechte Mundwinkel hängt deutlich herab und wird bei Bewegungen auf Geheiss sowohl als auch beim Sprechen und Lachen weniger bewegt wie der linke. Pfeifen ist erschwert.

Kaubewegungen ungestört.

Die Zunge ist belegt, kann gerade herausgestreckt und nach allen Richtungen frei bewegt werden, zeigt aber ein ausgesprochenes fibrilläres Wogen.

Bewegungen des Gaumens frei. Schlucken ungestört. Die Tonsillen sind beiderseits wallnussgross.

Die Wirbelsäule ist in ihrer Form ohne Besonderheiten, nirgends auf Druck empfindlich. Die Bewegungen sind aktiv frei, aber E. muss sich beim Bücken auf seinen Stock stützen, da er sonst umfällt.

An den Lungen und am Herzen findet sich nichts Abnormes. Ebenso sind die Organe des Unterleibs völlig frei von Störungen. Urin 1019, sauer, klar, ohne Eiweiss und Zucker.

Genitalien ohne Besonderheiten.

Die Extremitäten zeigen eine kräftig entwickelte Muskulatur, nirgends Atrophieen. Die aktive Beweglichkeit aller vier Extremitäten ist erhalten. An den Armen lässt sich keine Verminderung der rohen Kraft finden. E. drückt am Dynamometer r. 60, l. 55 Kilo. Ganz geringes Zittern bei ausgestreckten Händen, kein Intentionstremor. Die Beine zeigen dagegen bei Widerstandsprüfungen eine deutliche Herabsetzung ihrer rohen Kraft. Bei passiven Bewegungen ist an den Armen nichts Abnormes zu finden, während an den Beinen sicher geringe Spasmen vorhanden sind.

Bei geschlossenen Augen ist es E. im Liegen nur sehr schwer möglich, mit der Hacke das Knie des entgegengesetzten Beins zu berühren, er geräth dabei in Zittern, das Bein fährt umher und sucht die zu berührende Fläche. Beim Uebereinanderlegen der Beine entstehen exzessiv ausführende Bewegungen.

Bei Fuss-Augenschluss im Stehen enormes Schwanken mit sofortigem Umsinken.

Der Gang ist breitbeinig, schleppend, E. klebt mit den Fussspitzen auf dem Fussboden. Ohne Stock ist es ihm wegen sofort eintretenden Schwankens unmöglich, zu gehen. Beim Gehen mit geschlossenen Augen fällt er nach ein paar ganz unsicheren Schritten um.

Die Kniescheibensehnenreflexe sind enorm gesteigert. Schon die leiseste Berührung der Kniescheibensehne ruft Zuckungen hervor. Fussclonus in ausgesprochenster Weise vorhanden.

Störungen der Sensibilität bestehen nicht.

Die eingeschlagenen therapeutischen Massregeln hatten keinen Erfolg. E. verliess die Anstalt in genau demselben Zustande, wie er sie betreten hatte. Der Entlassungsbefund deckte sich mit dem Aufnahmebefund vollkommen.

Der geistig minderwerthige Zustand blieb immer in der ausgesprochensten Weise vorhanden. E. stand geistig auf dem Niveau eines Kindes, das Alles haben will. Dabei zeigte er grosse Eitelkeit, hielt sehr auf sein Aeusseres, wollte z. B., obwohl er keine Spur von Bart hatte, durchaus rasirt sein.

Im Allgemeinen war er durchaus gutmüthig, wenn man ihm seinen Willen liess, konnte aber auch gereizt werden. Er stapelte meist den ganzen Tag im Garten herum und unterhielt sich in seiner Weise mit den Mitpatienten. Zu irgend einer Beschäftigung war er absolut nicht zu gebrauchen.

Ein Schwindelanfall, wie der kurz vor der Aufnahme eingetretene, war während des Anstaltsaufenthaltes nicht zu beobachten.

Die Diagnose des mitgetheilten Falles ist meiner Ansicht nach sicher, so weit man überhaupt die Diagnose der multiplen Herdsklerose sicher nennen kann. Von Hauptsymptomen fehlt nur der Nystagnus und das Intentionzittern. Dafür ist aber in der ausgesprochensten Weise vorhanden die skandierende

Sprache, der exquisite spastische Symptomenkomplex an den Beinen und die psychische Störung. Auch das Lebensalter entspricht völlig demjenigen, in welchem sich die multiple Sklerose zu entwickeln pflegt.

In Frage kommen könnten noch die Westphal-Strümpell'sche Pseudosklerose, bei welcher vor Allem die psychische Störung in Form von Demenz sehr frühzeitig zu Tage tritt. Es fehlt aber im vorliegenden Falle vor Allem das charakteristische Zittern, welches die Pseudosklerose auszeichnet. Die Annahme einer diffusen Hirnsklerose hat auch ihre Schwierigkeiten; bei dieser Krankheit fehlen ja meistens im Gegensatz zur multiplen Sklerose der Nystagmus und die auch im vorliegenden Falle nicht vorhandene Optikusatrophie, und die Demenz ist sehr ausgesprochen, aber die Entwicklung fällt immer in das Kindesalter. Die Entstehung beider Krankheiten nach Trauma ist meines Wissens nach noch nicht beobachtet worden.

Endlich kann auch der Verdacht auf eine progressive Paralyse auftauchen. Der spastische Symptomenkomplex mit der starken Ataxie ist aber doch zu ausgeprägt, die psychische Störung trägt den Charakter der einfachen Demenz, die Sprachstörung ist eine ganz andere wie bei der progressiven Paralyse, so dass diese Diagnose doch wohl sicher fallen gelassen werden kann.

Der Zusammenhang zwischen der Krankheit und dem Unfall kann wohl nicht geleugnet werden. Es hiesse den Thatsachen Gewalt anthun, wollte man die Beziehungen des unmittelbar nach dem Unfall auftretenden Krankheitsbildes zu dem Schädeltrauma leugnen. Langsam aber ständig haben sich allmählig mehr und mehr die Symptome entwickelt bis zu der oben mitgetheilten Höhe bei einem früher völlig gesunden Menschen. Selbstredend wird das Trauma nicht die einzige Ursache der multiplen Sklerose sein. Wir haben allen Grund, anzunehmen, dass diese Krankheit eine kongenital veranlagte ist, aber offenbar gewisser äusserer Reizmomente bedarf, um zur Entwicklung zu gelangen. Zu diesen Momenten gehören vor Allem die Durchnässungen und starken Erkältungen, dann körperliche Ueberanstrengungen; beschrieben worden ist auch ein grosser Schreck, also eine übermässige psychische Erregung. Ganz speziell aber scheint das Trauma und zwar vor Allem das Schädeltrauma eine Beziehung zur Entwicklung der Krankheit zu besitzen. Ich habe unlängst in einer unter meiner Leitung gearbeiteten Dissertation die bisher bekannten Fälle von multipler Sklerose nach Trauma zusammen stellen und kritisch beleuchten lassen,¹⁾ darunter einen ebenfalls von mir im Hermann-Haus beobachteten. Gumprecht hat 54 Fälle herausgefunden, bei denen man mehr oder minder berechtigt ist, ein Trauma als das auflösende Moment der Krankheit zu betrachten.

In diesem Sinne habe ich auch mein Gutachten dahin abgegeben, dass der mittelbare Zusammenhang zwischen dem jetzigen Zustande und dem Unfall nicht geleugnet werden dürfe und dass zum Mindesten durch Unfälle eine raschere Entwicklung des Leidens angenommen werden dürfe. Dass der Verletzte wegen der hochgradigen Verminderung seiner körperlichen und geistigen Fähigkeiten völlig arbeitsunfähig ist und daher die Vollrente beziehen muss, liegt auf der Hand. Ich habe noch nicht erfahren, was für einen Entscheid die Berufsgenossenschaft gefasst hat.

¹⁾ Gumprecht, die Beziehungen des Trauma zur multiplen Sklerose. Inaug.-Dissert. Leipzig 1901.

Kreisarzt und Gemeindearzt.

Von

Dr. E. Roth-Potsdam,
Reg.- und Geh. Med.-Rath.

Von der Befugniss des § 3, Abs. 5 des Gesetzes, betr. die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen vom 16. September 1899, wonach die für Stadtkreise als Kommunalbeamte angestellten Stadtärzte vom Minister der Medizinalangelegenheiten mit der Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarztes beauftragt werden können, ist seitens der Stadtkreise nur vereinzelt Gebrauch gemacht worden, während umgekehrt dem staatlichen Gesundheitsbeamten in den Stadtkreisen die Funktionen eines Stadtarztes, wie es scheint, in einer grösseren Zahl von Fällen von den Kommunen übertragen worden sind. In diesen letzteren Fällen sind die Kreisärzte von vorne herein in der Lage, die gesundheitlichen Einrichtungen der Städte nachhaltig zu fördern, während sie in den übrigen Städten und ländlichen Ortschaften überwiegend auf die Vermittlung der Gesundheitskommissionen, wo solche gebildet sind, oder, wo dies nicht der Fall, auf die Ortsbesichtigungen als Mittel zur Förderung der öffentlichen Gesundheit angewiesen sind.

Die Gesundheitskommissionen sind Hilfsorgane für die Zwecke der staatlichen Gesundheitsverwaltung und stellen vorwiegend berathende und begutachtende Organe in allen Fragen der öffentlichen und kommunalen Hygiene dar. Zu diesem Zweck haben sie sich durch gemeinsame Besichtigungen von den gesundheitlichen Zuständen der Gemeinden, insbesondere den Verhältnissen der menschlichen Wohnstätten mit Einschluss der Massenquartiere, Herbergen u. s. w., der Art der Beseitigung der unreinen Abgänge, der Art der Wasserversorgung, der Beschaffenheit der öffentlichen Wasserläufe, dem Verkehr mit Nahrungs- und Genussmitteln, dem Zustand der Armen- und Krankenpflege, der Armen- und Siechenhäuser, des Rettungswesens u. s. w., der öffentlichen Bade- und Schwimmanstalten, der Volksbäder und Schulbäder Kenntniss zu verschaffen und vor Allem auch aus eigener Initiative Vorschläge über die Beseitigung gesundheitswidriger Zustände wie über die Verbesserung bestehender Einrichtungen und Ausführung zeitgemässer Neuerungen zu machen. Diese Besichtigungen werden um so erfolgreicher sein, je mehr die Mitglieder der Kommissionen den Aufgaben der Gemeindehygiene Verständniss und Interesse entgegenbringen. Neben den Technikern wird bei diesen Besichtigungen wie bei den anzuregenden Verbesserungen das Urtheil des ärztlichen Mitgliedes der Kommission von ausschlaggebender Bedeutung und ebenso unentbehrlich sein, wie bei den beim Herrschen ansteckender Krankheiten vorgesehenen von Haus zu Haus-Besuchen. Deshalb wird es vor Allem darauf ankommen, dass sich die Kreisärzte in den ärztlichen Mitgliedern der Gesundheitskommissionen sachverständige Helfer sichern.

Als ein besonderer Mangel wird vielfach in den kleineren Städten das Fehlen ausreichend vorgebildeter Techniker empfunden. Hierin findet es im Wesentlichen seine Erklärung, dass die Hygiene der kleinen Städte, namentlich in der Beseitigung der unreinen Abgänge, der Anlage der Brunnen u. a. in den letzten Jahrzehnten im Allgemeinen nur geringe Fortschritte aufzuweisen hat. Nach dieser Richtung wird besonderer Werth darauf gelegt werden müssen, dass die nothwendigsten Vorarbeiten zu Stadtkanalisationen bei Zeiten getroffen werden, wozu vor Allem die Aufstellung eines Stadtplans gehört, in den für jede Strassenkreuzung und jeden auffälligen Brechpunkt der Strassengefälle Höhenangaben mit ausreichenden Festpunkten einzutragen sind, ferner Bestimmungen der Flusswasserstände, der Grundwasserstände,

Untersuchungen des Untergrundes, ferner Bestimmungen der Regenmengen, der gewerblichen Abwässerungen und eine Aufnahme der etwa vorhandenen Leitungen, Vorarbeiten, die in keinem geordneten Gemeinwesen fehlen sollten, und auf deren Bereitstellung die Stadtverwaltungen im Potsdamer Bezirk durch besondere Verfügung hingewiesen worden sind.

Eine erspriessliche Wirksamkeit auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit hat zur Voraussetzung, dass die Mitglieder der Gesundheitskommissionen und insbesondere das ärztliche Mitglied auch ausserhalb der Besichtigungen den Aufgaben der öffentlichen und kommunalen Hygiene dauernd ihre Aufmerksamkeit zuwenden. Je mehr dies der Fall ist, um so erfolgreicher wird sich ihre Thätigkeit gestalten. Voraussetzung ist hierbei, dass das Vorgehen ein planmässiges ist, dass die ärztlichen Mitglieder in steter Fühlung mit dem Kreisarzt bleiben, und dass in der Art des Vorgehens wie in den Zielen zwischen dem Kreisarzt und den ärztlichen Mitgliedern der Kommission Uebereinstimmung herrscht. Ausser den Sitzungen der Gesundheitskommissionen bieten auch die lokalen Aerztereine dem Kreisarzt Gelegenheit, sich die Mitwirkung der Aerzte zu sichern und ein einheitliches Vorgehen auf dem Gebiet der Gemeindehygiene anzubahnen, worauf auch der § 23 der Dienstweisung für die Kreisärzte noch besonders hinweist.

Was die hauptsächlichsten, den Gesundheitskommissionen gestellten Aufgaben betrifft, so steht neben der Schaffung tadelloser Haus- und Gemeindeeinrichtungen auf dem Gebiet der Wasserversorgung und der Beseitigung der Abfallstoffe die Wohnungsfrage in erster Linie. Wer die Wohnung bessert, bessert den Menschen, und zwar nicht nur in gesundheitlicher, sondern auch in sittlicher und sozialer Beziehung. Auf dem Gebiet der Wohnungshygiene werden mangels städtischer Gesundheits- oder besonderer Wohnungsämter Fortschritte nur zu erzielen sein, wenn die Gesundheitskommissionen und insbesondere die ärztlichen und bautechnischen Mitglieder derselben die Wohnungshygiene zum Gegenstand dauernder Fürsorge machen. Neben der Förderung aller auf die Vermehrung gesunder Kleinwohnungen gerichteter Bestrebungen bleibt das Wichtigste die Einführung einer regelmässigen Wohnungsschau zur Feststellung gesundheitsschädlicher Bauzustände und gesundheitswidriger Wohnungsbenutzung, und zwar zunächst in den Städten und Industriebezirken und unter Beschränkung auf diejenigen Wohnungen, bezüglich deren der Verdacht einer Ueberfüllung oder ungesunden Beschaffenheit vorliegt, also namentlich die kleineren Miethwohnungen mit weniger als 3 bis 4 Räumen, die Massenquartiere, Schlafstellen, Herbergen und die Unterkunftsräume der Gesellen, Lehrlinge und Dienstboten. Wenn auch zur Vermeidung von Kollisionen aus § 7 des Gesetzes zum Schutz der persönlichen Freiheit vom 12. Februar 1850 eine unzweideutige klar abgegrenzte gesetzliche Vollmacht über die Wohnungsschau und das event. Verbot der Wohnungsbenutzung zu erstreben bleibt, so lassen die Bestimmungen des Allgemeinen Landrechts (§ 10, Th. II, Titel 17) und des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 (§ 6) über das Recht polizeilichen Einschreitens, namentlich soweit der Verdacht einer gesundheitswidrigen Wohnungsbeschaffenheit vorliegt, keinen Zweifel. Dies wird auch durch das Erkenntniss des Oberverwaltungsgerichts vom 11. April 1890 bestätigt, das der Polizei die Befugniss zuspricht, das Vermiethen von Wohnungen zu untersagen, wenn Mangel an Licht und Luft vorhanden ist, sowie durch den § 544 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Im Uebrigen ist die Durchführbarkeit der Wohnungsschau durch das Vorgehen im Regierungsbezirk Düsseldorf, sowie in den Städten Posen, Liegnitz,

Aachen, Mainz u. a. praktisch erwiesen. Besondere Erwähnung verdient, dass in Mainz die Gemeindeärzte als Organe der Wohnungsschau herangezogen sind.

Auf dem Gebiet der Ernährung bieten die Beziehungen derselben zur Widerstandsfähigkeit der Bevölkerung und zum Auftreten von Krankheiten den Gesundheitskommissionen ein reiches Feld der Bethätigung, soweit namentlich die Ernährung der ärmeren Bevölkerungsklassen und die Säuglingsernährung in Frage kommt. Hier werden die Gesundheitskommissionen und speziell die ärztlichen Mitglieder alle auf eine Verbesserung der Ernährung der unteren Volksklassen wie auf die Beschaffung guter und billiger Nahrungsmittel, vor Allem auch einer gesunden Kindermilch, gerichteten privaten und Vereinsbestrebungen namentlich auch derjenigen vom Rothen Kreuz, sowie die auf die Hebung und Erweiterung hauswirthschaftlicher Kenntnisse gerichteten Unternehmungen auf alle Weise zu fördern haben. Auch wird im Interesse einer gesunden Volksernährung auf die Errichtung öffentlicher Schlachthäuser in den Städten und grossen ländlichen Ortschaften mehr wie bisher hinzuwirken sein.

Auf dem Gebiet der Armen- und Krankenpflege fallen die Einrichtungen der offenen und geschlossenen Armen- und Krankenpflege, die Krankenhäuser, Armenhäuser, Hospitäler, die Siechen- und Waisenhäuser, die bisher jeder hygienischen Kontrolle entzogen blieben, in den Bereich der Fürsorge der Gesundheitskommissionen und speziell ihrer ärztlichen Mitglieder, und das Gleiche gilt von der Ueberwachung der Kost- und Haltekinder. Auf dem Gebiet der Armen- und Krankenpflege ist neben der Schaffung geeigneter Unterkunftsräume, namentlich auch für Kranke mit übertragbaren Krankheiten, wie wiederholt betont, die Einrichtung von Gemeindepflegestationen und die Bereitstellung von Wochenpflegerinnen von besonderer Wichtigkeit, wobei gleichfalls die Mitwirkung der Vereine vom Rothen Kreuz besonders willkommen sein wird. Beim Auftreten von Epidemien wird die Gesundheitskommission und speziell deren ärztliches Mitglied der Polizeibehörde berathend zur Seite stehen und die bis zur Ankunft des Medizinalbeamten erforderlichen Massnahmen der Feststellung der Krankheit, der Isolirung und Unterbringung der Kranken in die Wege zu leiten haben. Unabhängig von Seuchenausbrüchen wird der Frage der Unterbringung ansteckender Kranker und der Bereitstellung geeigneter Unterkunftsräume, der Frage des Krankentransports besonders auch in denjenigen Fällen, wo Krankenhäuser am Ort nicht zur Verfügung stehen, der Unschädlichmachung der Ansteckungsstoffe während der Krankheit wie nach deren Ablauf durch Schaffung zweckentsprechender Desinfektionseinrichtungen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden sein; hierbei wie bei der Durchführung der Wohnungsschau wird die Schaffung von Hilfsorganen (Gesundheitsaufseher, Seuchenwärter, Desinfektoren) sich um so nothwendiger erweisen, je energischer die Fragen des Seuchenschutzes und der Wohnungsschau in Angriff genommen werden. Zur Durchführung der bei der Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten erforderlichen Massnahmen bietet der § 23 des Ges. betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 eine geeignete Handhabe. Von den gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten abgesehen, liegt die Bereitstellung zweckentsprechend eingerichteter Krankenhäuser ebenso sehr im Interesse der Kranken wie der engern und weitem Kommunalverbände, wie auch ohne sie die sozialpolitischen Gesetze und insbesondere das Krankenversicherungsgesetz nicht durchführbar ist. Wenn der § 7 des Krankenversicherungsgesetzes in einer grossen Zahl von Fällen die Ueberführung der Zwangsversicherten in Krankenanstalten vorsieht,

so unterliegt es keinem Zweifel, dass, je weniger hiervon in geeigneten Fällen Gebrauch gemacht wird, um so ungünstiger die erzielten Heilerfolge sein werden und um so häufiger nachträglich die öffentliche Armenpflege in Anspruch genommen wird. (Vgl. auch „die Frage der Anstaltspflegebedürftigkeit mit besonderer Berücksichtigung des § 7 des Krankenversicherungsgesetzes“, diese Zeitschrift 1901, No. 16).

Es erhellt hieraus, dass es sich bei den Aufgaben der Gesundheitskommissionen um das ganze grosse Gebiet kommunaler gesundheitlicher Einrichtungen handelt, und dass in erster Linie der Kommunalarzt (Armenarzt) berufen ist, als ärztliches Mitglied in den Gesundheitskommissionen zu wirken. Bezüglich der Stellung der Kommunalärzte und des Umfangs ihrer Thätigkeit darf auf frühere Arbeiten des Verf. („Armenfürsorge und Armenkrankenpflege mit besonderer Berücksichtigung der heutigen Stellung des Armenarztes u.s.w.“ Berlin 1893, B. Schoetz, „Ueber die Stellung des Kommunalarztes und seine Aufgaben“, Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege B. 27, S. 529, und Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege B. II, Abth. 2) Bezug genommen werden. Die auf diesem Gebiet in anderen Ländern getroffenen Organisationen lassen keinen Zweifel darüber, dass wir, was die Bereitstellung eines sachverständigen hygienischen Beiraths für die Kommunen betrifft, hinter den auf diesem Gebiet in anderen Ländern gemachten Fortschritten, von einigen grösseren Städten abgesehen, erheblich zurückgeblieben sind.

Die Befürchtung einer Kollision der Pflichten, die den früheren Ausführungen des Verf. vielfach entgegeng gehalten wurde, ist heute noch weniger berechtigt, nachdem durch die Dienstanweisung für die Kreisärzte wie die Geschäftsanweisung für die Gesundheitskommissionen der beiderseitige Pflichtenkreis eine sorgfältige Umgrenzung erfahren hat.

In denjenigen Ortschaften, in denen die Bildung von Gesundheitskommissionen, sei es in Folge Gesetzes oder behördlicher Anordnung, nicht erfolgt ist, wird es Sache der Kreisärzte sein, bei Gelegenheit der Ortsbesichtigungen das Verständniss für die hier vorliegenden besonderen Aufgaben nach Massgabe und an der Hand der im Einzelfall festgestellten Mängel in die Wege zu leiten. Neben den Amts- und Gemeindevorstehern, den Gutsvorstehern, den Geistlichen und Lehrern werden sich die Kreisärzte auch hier in erster Linie der Mitwirkung der Aerzte, wo solche ansässig sind, zu versichern haben, auch wenn deren Zuziehung durch die Dienstanweisung nicht direkt vorgeschrieben ist. Demnächst werden die Gemeindepflegerinnen als Hilfsorgane heranzuziehen und, soweit namentlich die Armen- und Krankenpflege, die Ernährung der ärmeren Volksklassen, die Besserung der Wohnungsverhältnisse und die Förderung des Verständnisses für die Aufgaben der häuslichen Gesundheitspflege in Frage kommen, besonders willkommen sein. In diesen Ortsbesichtigungen darf mit Recht eines der werthvollsten Mittel zur Hebung der ländlichen Wohlfahrts- und Gesundheitspflege erblickt werden, das um so bessere Erfolge verspricht, je grösser das Verständniss ist, das die amtlichen Organe mit Einschluss der Geistlichen und Lehrer und zuletzt auch die Bevölkerung selber den Aufgaben auf diesem Gebiet entgegenbringt, und je mehr ein geordnetes Zusammenwirken der Gemeindepflege mit den Aerzten und Medizinalbeamten gewährleistet ist.

Ueber die Verwendung schwefligsaurer Salze als Konservierungsmittel für Hackfleisch.

Von

Prof. Dr. Ostertag.

In No. 24 des letzten Jahrganges der „Aerztl. Sachverständigen-Ztg.“ behandelt Professor Dr. Liebreich die Frage

der Verwendung des schwefligsauren Natriums als Konservierungsmittel für Hackfleisch und kommt zu dem Schlusse, dass das fragliche Salz weder gesundheitsschädlich sei noch eine Täuschung über die Beschaffenheit des Fleisches ermögliche. Liebreich geht dabei von der Annahme aus, dass die Mengen des schwefligsauren Natriums, welche dem gehackten Fleische zugesetzt werden, „sehr geringe“ seien.

Hierzu mögen mir folgende Bemerkungen verstattet sein:

Seit etwa 15 Jahren verwenden die norddeutschen Schlächter schwefligsaure Salze, hauptsächlich schwefligsaures Natrium und Kalzium, zur Erhaltung der rothen Farbe des gehackten oder geschabten Fleisches. Die genannten Salze haben die merkwürdige Eigenschaft, den Muskelfarbstoff zu konserviren. Die Einführung der Sulfiten in das Schlächtergewerbe erfolgte hauptsächlich durch ein Zeugniss des „Gerichtschemikers“ Dr. Bischoff, welcher bescheinigte, dass der Zusatz von 0,2 Prozent der schwefligsauren Salze zu dem Fleische unschädlich sei. Dieses Gutachten veranlasste, wie aus zahlreichen früheren Gerichtsverhandlungen zu entnehmen ist, die Schlächter zu dem Glauben, dass da ein Zusatz bis zu der von Bischoff angegebenen Höhe gestattet sei. Die Gerichte erkannten aber, selbst wenn der von Bischoff normirte Grenzsatz nicht überschritten wurde, auf Bestrafung und zwar wegen Verfälschung. Die Gerichte schlossen sich den sachverständigen Gutachten an, dass dem Hackfleisch durch den Zusatz schwefligsaurer Salze der Schein einer besseren, nämlich frischen Beschaffenheit auch für die Zeit ertheilt werde, in welcher sich durch die natürliche Veränderung des Fleisches zeigen würde, dass es sich um altes Hackfleisch handelt. Nach dieser fast konstanten Rechtsprechung mahnten die Schlächterzeitungen von der weiteren Verwendung der mehrfach genannten Salze ab, zumal da das Reichsgesundheitsamt in einer Denkschrift die Verwendung schwefligsaurer Salze zu Hackfleisch nicht nur als eine Verfälschung, sondern auch als geeignet bezeichnete, die menschliche Gesundheit zu beschädigen. Die Mahnungen der Schlächterzeitungen hatten auch erkennbar den Erfolg, dass die Schlächter mehr und mehr auf den Zusatz schwefligsaurer Salze zu Hackfleisch verzichteten und dieses Fleisch stets frisch bereiteten, was seit Einführung der kleinen, auch in den bakteriologischen Laboratorien gebräuchlichen Fleischhackmaschinen in bequemster Weise geschehen kann. Da trat plötzlich ein Umschwung ein, als der Nahrungsmittelchemiker Dr. Lebbin in Artikeln, welche in den Schlächterzeitungen erschienen, erklärte, die Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamtes beruhe auf irrigen Voraussetzungen und könne nicht als Grundlage für eine Verurtheilung wegen Zusatzes schwefligsaurer Salze zu zerkleinertem Fleische erachtet werden. Dies hatte, zur Folge, dass Dr. Lebbin in einer sehr grossen Zahl von Strafprozessen, die sich wegen des gedachten Zusatzes abspielten, als Sachverständiger geladen wurde, und dass die Gerichte in Folge der Divergenz der sachverständigen Meinungen auf ein „non liquet“ erkennen mussten. In besonderen Fällen trat Professor Dr. Liebreich den Gutachten Lebbins als Sachverständiger bei. Die Autorität Liebreichs als Pharmakologe erklärt es, dass nunmehr — im Gegensatz zu früher —, viele Freisprechungen in den hier in Frage kommenden Prozessen erfolgt sind.

Aus diesem Grunde ist die Begründung des Liebreichschen Standpunktes für die Beurtheilung der Frage von grösstem Interesse.

Liebreich stützt sein Votum auf die Voraussetzung, dass nur „sehr geringe“ Mengen schwefligsaurer Salze zugesetzt werden. Dies ist erstlich nicht zutreffend und lässt sich zweitens im Einzelfalle nicht kontroliren. Der Schlächter

setzt die Salze in der Regel nicht in abgewogenen Mengen, sondern nach Schätzung zu, und bei unachtsamer Verwendung z. B. „um recht gut zu konservieren“, kann es vorkommen, dass giftige Mengen des Konservierungsmittels zu dem Fleische zugesetzt werden. Ich kann mich in dieser Hinsicht auf das beziehen, was ich bereits in meinem „Handbuch der Fleischbeschau“ angeführt habe. In polizeilich entnommenen Proben Hackfleisch sind nicht selten Mengen der schwefligsauren Salze von 0,5, 0,6, 1,4 und in einem Falle (Köln) sogar 2,24 % festgestellt worden. Kämmerer fand in einigen Fällen Hackfleisch dick mit Konservesalz bestreut, angeblich damit die Fliegen von dem Fleische abgehalten werden. Ferner können auch beim Zusatz gewöhnlicher Mengen in Folge mangelhafter Durchmischung schädliche Mengen in einzelnen Theilen zugegen sein. Sodann ist von grosser Bedeutung, dass die schwefligsauren Salze Fäulnisprozesse nicht thatsächlich verhindern, sondern nur verdecken (Beobachtung von Möbius). Weiterhin kommt noch in Betracht, dass der fragliche Zusatz geeignet ist, den Käufer auch in anderer Hinsicht über die wahre Beschaffenheit des Fleisches zu täuschen. Denn derselbe giebt minderwerthigem Fleisch ein besseres Aussehen, ermöglicht eine betrügerische Beimengung von Wasser und den Verkauf alten Hackfleisches als angeblich frisches. Endlich sind die schwefligsauren Salze kein normaler, den Käufern bekannter und von ihnen vorausgesetzter Bestandtheil des Hackfleisches, sodass die Verschweigung des Zusatzes gleichfalls eine Täuschung involvirt. Hiernach dürfte dem Gutachten Liebreichs über die Verwendung schwefligsaurer Salze als Konservierungsmittel für Hackfleisch nicht beizutreten sein. Im Uebrigen ist aber der Streit über die ganze Frage jetzt ein müssiger, da der Bundesrath, gestützt auf die Gutachten der wissenschaftlichen Centralbehörden, wohl in kürzester Zeit beim Erlass der Ausführungsbestimmungen zum Reichsfleischbeschaugesetz eine allgemein verbindliche Entscheidung darüber treffen wird, ob die schwefligsauren Salze und die übrigen chemischen Konservierungsmittel, wie Bor, Formaldehyd, Salizylsäure in Zukunft noch verwendet werden dürfen oder nicht.

Der Eisenbahnunfall bei Paderborn

im Lichte der Verkehrshygiene.

Von

Dr. Braehmer, Geh. Sanitätsrath.

Rechte legen Pflichten auf. Die Berechtigung der Verkehrshygiene, von heute an in der Sachverständigen-Zeitung einen ihrer Bedeutung entsprechenden Raum einzunehmen, stellt an uns die Forderung, den Eisenbahnunfall, der noch vor Schluss des alten Jahres bei Paderborn sich ereignete, kurz zu beleuchten — nicht nur wegen der besonders tragischen Umstände und der vielen Todesfälle, sondern auch wegen der grossen Anzahl von Vorschlägen zur Verhinderung der Eisenbahnunfälle, welche auch jetzt mit grossem Eifer, aber nicht immer mit entsprechender Sachkenntniss gemacht worden sind.

Der drei Tage nach dem Unfall erschienene amtliche Bericht lautet:

„D-Zug 31, der fahrplanmässig Paderborn 11⁴⁵ Vorm. verlässt, fuhr am 20. d. Mts. mit drei Minuten Verspätung durch die zwischen Paderborn und Altenbeken liegende Blockstation Keimberg, deren Wärter vorschriftsmässig das Blocksignal hinter dem durchgefahrenen Zug auf Halt brachte und in dieser Stellung blockte. D-Zug 31 überfuhr etwa in der Mitte zwischen der Blockstation Keimberg und der folgenden Blockstation Schierenberg, die als letzte Blockstation vor dem Bahnhof Altenbeken liegt, ein Pferd, das herrenlos auf der Strecke umherlief, und erlitt dadurch, dass der unter die Räder der Lokomotive gerathene Pferdekadaver vor der Weiterfahrt entfernt werden musste, 15 Minuten Aufenthalt.

Der Blockwärter in Keimberg, dem die Rückmeldung für den bei ihm durchgefahrenen D-Zug zu lange ausblieb und der glaubte, dass der Blockwärter in Schierenberg die Bedienung des Blockwerks vergessen hätte, erinnerte diesen an die Blockbedienung durch Wecker und Morseschreiber. Der Blockwärter in Schierenberg beachtete die für Sicherung der Züge bestehende einfache und klare Vorschrift, wonach die Entblockung des vorher liegenden Blocksignals erst nach Vorbeifahrt des Zuges erfolgen darf, nicht, er ging vielmehr unbegreiflicher Weise ohne Weiteres auf die Aufforderung ein, stellte das für den vorschriftsmässig abgeläuteten und vorgemeldeten D-Zug bereits gezogene Blocksignal auf Halt und bediente den Block. Hierdurch wurde das Blocksignal in Keimberg entblockt und dadurch der dortige Wärter in die Lage versetzt, das nunmehr stellbar gewordene Signal für den nachfolgenden Personenzug 399 zu ziehen.

Da auch der Zugführer des D-Zuges entgegen seiner Dienst-anweisung versäumt hatte, den haltenden Zug von hinten zu decken, so fuhr der mit zwei Lokomotiven bespannte Personenzug bei dichtem Nebel, der nur auf etwa 50 m die Aussicht zuließ, auf die Druckmaschine des D-Zuges, die wegen der zwischen Paderborn und Altenbeken befindlichen starken Bahnsteigung nothwendig ist.

Getödtet wurden 12 Reisende, schwerverletzt 9, die, soweit sie schnell genug aus den Trümmern geholt werden konnten, nach etwa 1/2 Stunde von einem aus Altenbeken herbeigerufenen Arzt und nach 1 1/2 bis 2 Stunden von zwei Aerzten aus Paderborn unter Hilfeleistung dortiger Sanitätsmannschaft an Ort und Stelle verbunden wurden. Alsdann sind sie nach Paderborn in Krankenhäuser gebracht.

Dieser objektive Bericht ist belastend für den Zugführer oder eigentlich das ganze Personal des D-Zuges, belastend vor Allem für den Blockwärter in Schierenberg.

Aus dem Bericht geht überzeugend hervor, dass keine Mängel der Betriebsmittel und der Betriebsordnung, dass keine force majeure die Ursache des Unfalls bilden; man müsste denn für eine solche das herrenlose Pferd, welches auf der Strecke sich umhertrieb und den Zug zum Halten veranlasste, halten.

Nein! Deutlich zeigt der Bericht als Ursache des Unfalls die Fehler von Menschen, von Beamten, die vielleicht schon Jahre lang die schwere Verantwortung im Eisenbahndienst getragen haben, und die dieser Verantwortung plötzlich nicht gewachsen waren. Man vertiefe sich in die Statistik und wird sich überzeugen, dass die Mehrzahl der Eisenbahnunfälle durch menschliche Fehler hervorgerufen werden.

Mögen die Fortschritte der Technik noch so sehr den Einzelnen von seiner Verantwortung entlasten oder dieselbe z. B. zwischen Stationsvorsteher und Signal- bzw. Weichensteller theilen, d. h. die Funktion des Einen von der des Anderen abhängig machen — den grössten Theil der Verantwortung wird immer noch der Einzelne zu tragen haben. Diese Verantwortung gipfelt in der Pflicht, mit offenen Augen und voller Aufmerksamkeit die Vorschriften der Betriebsordnung zu befolgen und, soweit diese nicht ausreichen, nach eigenem Ermessen jeder Gefahr des Betriebes entgegenzutreten. Zugegeben muss werden, dass die Betriebsordnungen, soweit sie die Sicherheit im Auge haben, nicht in allen Ländern ausreichend sind. Sie sind vielfach verbesserungsfähig, und jede gute Verwaltung wird aus Unfällen ihre Lehren ziehen.

Zwischen zwei Blockstationen fährt ein Schnellzug. Die durchlaufene Station darf für nachfolgende Züge nicht eher freigegeben werden, bis der Schnellzug auch die folgende durchfahren hat. Dass dies Letztere geschehen, meldet der Blockwärter, worauf die Entblockung der ersten Station erfolgen musste — er meldete es aber fälschlich, und dem nachfolgenden Personenzug wurde die Bahn frei gemacht.

Damit wurde der durch ein unvorhergesehenes Ereigniss zum Stillstand gebrachte D-Zug der fast unausbleiblichen Gefahr ausgesetzt. Aber auch jetzt noch konnte die Gefahr abgewandt werden, wenn nicht das Personal des D-Zuges im Vertrauen auf die bei richtiger Handhabung der Betriebsordnung sicher

zu erwartende Blockirung ihres haltenden Zuges es unterlassen hätte, die Sicherung nach hinten zu kontrolliren, entsprechend der Dienstanweisung. Dasselbe war zu um so grösserer Aufmerksamkeit verpflichtet, als Nebel und eine Kurve den freien Rückblick beschränkten. Erfordert die Wegräumung eines Hindernisses, deren Dauer sich zeitlich nie genau bestimmen lässt, das Halten eines Zuges, so liegt unter allen Umständen dem Personal die Pflicht ob, den Zug nach hinten zu sichern. Die Versuche, fahrende Züge oder einen auf der Strecke haltenden Zug, mit einer Blockstation durch elektrische Energie in Verbindung zu setzen, haben leider bisher noch zu keinem vollen Erfolge geführt. Man sichert sich jetzt durch Rückwärtssenden eines Boten bis an einen nachfolgenden Zug oder bis zur nächsten Station, durch Warnungssignale, Knallpatronen u. s. w. Wenn liegt nun die Sorge hierfür ob? Nach der Dienstanweisung dem Zugführer, mehr oder weniger aber auch dem übrigen Personal. Ist das letztere auch meistens vollständig durch die Beiseiterschaffung des Hindernisses in Anspruch genommen, so muss doch unter allen Umständen gleichzeitig die Rückwärtsdeckung des Zuges erfolgen, oder sogar den anderen Sorgen vorangehen. Wenn der Zugführer durch die der Eile bedürftigen Räumungsarbeiten festgehalten wird, so hat er diese Sorge einem anderen Beamten zu übertragen.

Hier wäre eine Lücke auszufüllen! Unter dem Begleitpersonal eines jeden Zuges müsste sich immer ein Beamter befinden, der für diese Fürsorge besonders geeignet und instruiert wäre — eine Art Sicherheitsbeamter.

Derselbe Beamte würde sich auch besonders werthvoll erweisen bei der Bergung von Todten und Verletzten, welche sich bei vielen Unfällen, so auch bei Paderborn, langsamer vollzieht, als es trotz der entgegen stehenden Hindernisse nothwendig ist. Den jährlich in der ersten Hilfe bei Unfällen unterwiesenen Betriebsbeamten wird immer von Neuem eingeschärft, dass allen Sorgen um die Verletzten vorangehen muss die Herbeischaffung ärztlicher Hilfe, sowie der nöthigen Rettungs- und Transportmittel. Der rang- bzw. dienstälteste Beamte soll die geeigneten Boten abordnen. Leider wird durch die bei Eisenbahnunfällen erklärliche Erregtheit und Kopfflosigkeit die Ausführung dieses Gebotes und die so ersehnte Hilfe oft verzögert. Diese so sehr zu bedauernde Verzögerung hat auch nach dem letzten Unglück wieder die fast ungläubliche Forderung gezeitigt, dass jedem Zuge ein Arzt beigegeben werden solle analog dem Institut der Schiffsärzte. Diese werden aber nur angestellt für Schiffe, die mit einer grossen Anzahl von Bemannung und Passagieren viele Tage, ja Wochen lang von jedem Verkehr abgeschnitten sind. Auf den Schienenwegen bevölkerter Länder würde die ständige Begleitung eines Arztes eine Verschwendung ärztlicher Kraft sein; ja es würden oft Monate, selbst Jahre vergehen, bis der einen bestimmten Zug begleitende Arzt zur Ausübung irgend einer ärztlichen Thätigkeit gelangte, ebenso wie die Rettungskästen der Eisenbahnen oft glücklicherweise Jahre lang unbenutzt bleiben. Gut vorbereitete, gesicherte Verbindung mit Bahnärzten, Krankenhäusern, andern Aerzten wird hier in den meisten Fällen ausreichen. Im Krieg und Frieden wird es ja stets aussergewöhnliche Fälle geben, in denen ein Mangel an ärztlicher Hilfe und anderen Rettungsmitteln überhaupt nicht zu beseitigen ist.

Dagegen könnte gerade hier ein besonders unterrichteter und beauftragter Zugbeamter sehr viel Gutes leisten. Ihm würde ausser den oben erwähnten Sicherheitsmassregeln die schleunige Herbeirufung der nöthigen Hilfe, die Beschaffung der in allen Zügen befindlichen Rettungskästen u. s. w. obliegen; Leute, in der Armeec als Lazarethgehilfen gedient, finden sich vielfach unter den Eisenbahnbetriebsbeamten und wären besonders geeignet dazu.

Ich kann heut nicht eingehen auf die angebliche Erschwerung der Rettung von Personen durch die Interkommunikations-Wagen. Dem Wunsche, ausser den Thüren am Kopf- und Fussende noch Seitenausgänge zur Verfügung zu haben, tragen die preussischen Staatsbahnen schon jetzt Rechnung, durch die zum Passiren eines Menschen bequem grossen Fenster in den neuen Wagen, deren Sperrung durch eine Messingstange leicht zu beseitigen ist. Die vielen Vorschläge, betreffend Anordnung der Wagen, Signalwesen werden erprobt, soweit ein gesunder Kern in ihnen steckt, und in diesem Falle auch hier besprochen werden.

Dagegen dürfte sich schon jetzt bei Anordnung des Wagenparkes eine Aenderung als nothwendig aus dem letzten Unfall herleiten lassen. Nicht selten fährt bei Unfällen wie hier ein Zug in das hintere Ende des anderen Zuges hinein. Wäre der letzte Wagen des bei Paderborn verunglückten D-Zuges ein leerer Schutz- oder ein Packwagen gewesen, so hätten wir nicht die vielen Opfer zu beklagen. Die Belastung des Wagenparkes durch leere Schutzwagen vermindert die von der reisenden Welt verlangte Schnelligkeit, erhöht aber die Sicherheit.

Ich hoffe, schon durch meine kurzen Ausführungen bewiesen zu haben, dass Leben und Gesundheit der Eisenbahnreisenden nicht minder durch die Fehler des Personals, als durch Mängel des Betriebes und der Betriebsmittel gefährdet werden kann, wie wir es an dem Paderborner Unfall gesehen. Es giebt kaum eine Berufsklasse, in deren Hand das Wohl und Wehe so vieler Menschen liegen kann, wie das Betriebspersonal der Eisenbahnen. Wie der kleinste Fehler an einer wohleingerichteten Maschine die empfindlichste Störung verursachen kann, so kann auch ein Fehler eines Eisenbahnbeamten die schwersten Folgen herbeiführen, auch wenn alle übrigen ihre Pflicht thun. Zur Tragung dieser grossen Verantwortung muss von den Betriebsbeamten der Eisenbahnen eine solche Spannkraft, Aufmerksamkeit und Leistungsfähigkeit verlangt werden, wie sie nur eine vollkommene Gesundheit des Geistes und Körpers verbürgen kann. Ein solche zu erstreben und zu erhalten ist das erste Gebot der Verkehrshygiene. Ein näheres Eingehen auf diese Frage ist heute unmöglich; sie wird uns ja noch oft genug an dieser Stelle beschäftigen. Ihre Erörterung wird sich im Allgemeinen auf drei Punkte zu erstrecken haben, die ein der Verantwortung gewachsenes Eisenbahnpersonal verbürgen:

1. Anstellung von kerngesunden, durch ein geschultes bahnärztliches Personal untersuchten Betriebsbeamten;
2. fortlaufende ärztliche Beobachtung der Betriebsbeamten und Durchführung aller Massnahmen zur Gesunderhaltung und Erhöhung der Widerstandskraft derselben;
3. rechtzeitige Pensionirung, sobald der Beamte nicht mehr im Stande ist, die Verantwortung für seinen Dienstzweig zu tragen.

Je mehr es den Verwaltungen gelingt, diese Punkte durchzuführen, um so geringer wird die Zahl der Eisenbahnunfälle sein, wobei wir ausdrücklich betonen, dass wir bei dem Paderborner Unfall die persönlichen Verhältnisse zu wenig kennen, um beurtheilen zu können, ob und wie weit die schwere Schuld der Beamten auf Mängel an Frische und Spannkraft zurückzuführen ist.

Da jedoch das Paderborner Ereigniss ein weiterer Beweis dafür ist, dass die meisten Eisenbahnunfälle durch Fehler des Personals verursacht werden, da ferner die von dem Personal zu tragende Verantwortung nur durch ein körperlich und geistig gesundes Personal verbürgt werden kann, so ist es die Pflicht der Hygiene, das Uebel an der Wurzel anzufassen. Nur auf diesem Wege können wir die Zahl der die Welt erschütternden Eisenbahnunfälle vermindern oder doch gelinder gestalten.

Referate.

Allgemeines.

Die gerichtlich-medizinische Bedeutung der Suggestion.

Von Dr. von Schrenck-Notzing.

(Archiv f. Kriminal-Anthropologie u. Kriminalistik, 5. Bd., 1. Heft.)

In einem sehr lesenswerthen Vortrag, den Sch.-N. gelegentlich des 2. internationalen Kongresses für experimentellen und therapeutischen Hypnotismus in Paris gehalten hat, kommt er sowohl nach den neueren Erfahrungen des Rechtslebens wie nach theoretischen Erwägungen zu dem Ergebniss, dass das hypnotische und posthypnotische Verbrechen einen seltenen Ausnahmefall von untergeordneter Bedeutung darstellen, dass dagegen die Suggestion im wachen Zustande eine verhältnissmässig grössere Tragweite für das Rechtsleben habe. Er fasst zum Schluss seine Ausführungen ungefähr in folgende Sätze zusammen:

I. Das Verbrechen an hypnotisirten Personen und dasjenige mit Hilfe hypnotisirter Personen (Posthypnose) ist fast ausschliesslich beschränkt

- a) auf sexuelle Delikte,
- b) auf fahrlässigen Missbrauch hypnotisirter Personen (öffentliche Schaustellungen etc.).

II. Die Suggestion im wachen Zustande hat eine bisher nicht in dem nöthigen Umfange zugestandene gerichtlich-medizinische Bedeutung, weil sie im Stande ist, auch geistig normale Personen zu falschen, bona fide beschworenen Zeugenaussagen zu veranlassen (Einfluss der Presse, psychische Epidemien), und weil sie dem suggestiven Einfluss besonders zugängliche Personen zur Begehung verbrecherischer Handlungen hinreissen kann.

III. Im Allgemeinen sind kriminelle Eingebungen für normale Individualitäten mit wohl entwickelter, moralischer Widerstandsfähigkeit ungefährlich; dagegen verfallen ihr leicht: kindliche, psychopathisch minderwerthige, hysterische, psychisch schwache, ethisch defekte Individualitäten, bei denen die Möglichkeit des Widerstandes durch eine schwache Ausbildung der moralischen Gegenvorstellungen herabgemindert ist.

Samuel.

Chirurgie.

Das Malum coxae senile als Berufskrankheit und in seinen Beziehungen zur sozialen Gesetzgebung.

Von Dr. W. Stempel.

Dir. Arzt des Diakonissen-Krankenhauses Bethlehem in Breslau.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie B. 60, Heft 3 und 4.)

Auf Grund von 58, von der Alters- und Invaliditätsversicherungsanstalt für die Provinz Schlesien gemachten Beobachtungen, deren Krankengeschichten ausführlich mitgetheilt werden, entwirft Verf. von dem Wesen, den Erscheinungen, der Behandlung der Krankheit und deren Beurtheilung im Sinne der Gesetzgebung folgendes Bild.

Das Malum coxae senile ist eine Berufskrankheit par excellence. Der landwirthschaftliche Beruf scheint am meisten zu derselben prädisponirt zu sein; nicht weniger als 53 Kranke gehörten diesem Berufszweige an. Dieser Umstand findet seine Erklärung darin, dass gerade hier eine Reihe schädlicher Momente vorhanden ist, welche den Grund zur späteren Krankheit legen. Schon Kinder von 5 bis 6 Jahren werden bei einer Arbeit beschäftigt, welche, wie das Kartoffelnausklauben, Rübenauslesen, Lastentragen, für ihre Körperkräfte viel zu schwer ist. Diese körperlichen Anstrengungen steigen von Jahr zu Jahr. Die Arbeit beginnt in frühester Morgenstunde und wird bei Wind und Wetter, bei Schneegestöber und glühendster Sonnenhitze fortgesetzt. Dazu kommt die unzureichende, meist aus Pflanzen bestehende Nahrung und die allen hygienischen

Grundsätzen spottende Unterkunft in dumpfen, feuchten Wohn- und kaum vom Tageslicht erhellten Schlafräumen. Ueberlegen wir ferner, dass die schweren Arbeiten fast ausschliesslich im Gehen und Stehen, vielfach in gebückter Stellung vorgenommen werden, so ist es einleuchtend, dass allmählich eine Schädigung der besonders stark belasteten Hüftgelenke eintreten muss, besonders zu einer Zeit, wo sich bei zunehmendem Alter die regressiven Veränderungen des Knorpels einstellen. — Auch die im ländlichen Gewerbe ausserordentlich häufigen Verletzungen, welche entweder das Hüftgelenk unmittelbar treffen oder von anderen Körperstellen auf dasselbe fortgeleitet werden, sind von Einfluss auf die Entstehung des Leidens. Die Krankheit beginnt in der Regel am Ende des vierten oder im Verlaufe des fünften und sechsten Dezenniums und vertheilt sich auf das männliche und weibliche Geschlecht im ungefähren Verhältniss von 57 zu 43.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen zeigen sich in dem den Schenkelkopf überziehenden und die Pfanne auskleidenden Knorpel am frühesten an den Stellen, welche dem stärksten Druck ausgesetzt sind. Sie bestehen in Aufaserung, Zerklüftung und allmählicher Destruktion des Knorpelgewebes, zu welcher Wucherung und Verdickung des Knochens und der Gelenkkapsel mit nachfolgender Schrumpfung hinzutreten.

Die Krankheit beginnt mit mehr oder weniger heftigen, anfänglich zeitweise, später anhaltend auftretenden, ziehenden oder bohrenden Schmerzen, welche abweichend von den bei Arthritis deformans vorkommenden, beim Gehen nicht nachlassen, sondern sich verschlimmern. Der Sitz der Schmerzen ist sehr verschieden; meistens werden sie in die Kreuz- oder Hüftgegend verlegt; zuweilen sind sie nur im Kniegelenk oder Unterschenkel vorhanden.

In den meisten Fällen findet sich zur Zeit des ersten Auftretens der Schmerzen schon eine Verwölbung der das Gelenk umgebenden Weichtheile, welche in Folge der Verdickungen der Kapsel, der Knochen und der Bänder entstanden ist. Es lassen sich zu dieser Zeit auch schon mehr oder weniger feste Auftreibungen an den Gelenkenden nachweisen, die sich auf den grossen Rollhügel erstrecken können und auf Druck sehr empfindlich zu sein pflegen.

Im weiteren Fortschreiten des Leidens tritt ein Höhersteigen des grossen Rollhügels auf, welches dadurch zu Stande kommt, dass sich der Schenkelkopf und die Hüftpfanne immer mehr abschleifen. Es resultirt hieraus eine bis zu 4 cm betragende reelle Verkürzung des Beines.

Die gleichzeitig auftretenden Funktionsstörungen im Gelenk bestehen anfänglich in Rotationsbehinderungen; sie dehnen sich jedoch bald auf die Beugung, Ab- und Adduktion, und endlich auch auf die Streckung aus. Knackende oder knirschende Geräusche lassen sich nur im Anfange der Krankheit hervorrufen und verschwinden mit ihrem weiteren Fortschreiten. Nimmt die Versteifung zu, so bildet sich gewöhnlich eine Kontrakturstellung im Gelenk nebst Beckensenkung und entsprechender Lendenlordose aus.

Das erkrankte Bein wird im Beginne des Leidens nur wenig geschont, doch stellt sich später in den meisten Fällen ein mehr oder weniger starkes Hinken ein; bei doppelseitiger Ankylose wird die Vorwärtsbewegung mitunter fast unmöglich. Auch das Sitzen, das An- und Auskleiden, vor Allem das An- und Ausziehen der Strümpfe und Stiefel ist erschwert oder unausführbar.

Die Muskulatur der erkrankten Extremität wird frühzeitig atrophisch; besonders die Glutaei und die Streckmuskeln des Oberschenkels nehmen an dieser Atrophie theil.

Die übrigen Gelenke des Körpers sind selten befallen

zuweilen finden sich in ihnen Altersveränderungen. Das *Malum senile* ist deshalb als eine Krankheit *sui generis* aufzufassen, welche in ihren prägnanten Erscheinungen auf das Hüftgelenk beschränkt bleibt.

Die Krankheitserscheinungen hiernach sind ziemlich konstant und durchaus typisch; trotzdem macht die Diagnose oft grosse Schwierigkeiten. Einer Verwechslung mit Ischias kann man leicht aus dem Wege gehen. Fordert man die Kranken auf, beide Beine zu abduzieren, so wird dieses bei der Ischias gleichmässig ausgeführt, bei dem *Malum senile* bleibt das erkrankte Bein erheblich zurück.

Schwieriger ist, besonders in den Anfangsstadien, die Unterscheidung von der Arthritis deformans. Der letzterer Krankheit eigenthümliche Nachlass der Schmerzen nach längerem Gebrauch des Gliedes könnte als Fingerzeig für die Diagnose dienen. Im späteren Verlauf wird die Erkennung leichter. Auf der einen Seite sehen wir erhebliche Bewegungsbehinderungen, geringes Reiben bei Bewegungen, das mit dem Fortschreiten der Erkrankung schwindet und eine Beschränkung des Krankheitsbildes auf das Hüftgelenk. Bei der Arthritis deformans dagegen finden wir oft sehr ausgiebige und schmerzfreie Bewegungen, ein laut knackendes oder knirschendes Geräusch im Gelenk, welches im Verlaufe der Krankheit immer intensiver wird. Auch andere Gelenke des Körpers werden befallen.

Eine Verwechslung des Leidens mit Muskelrheumatismus kann nur bei oberflächlichster Untersuchung vorkommen. Sehr oft wird die Krankheit als chronischer Gelenkrheumatismus diagnostiziert, doch muss diese Bezeichnung für diejenigen Krankheiten reservirt bleiben, welche aus dem akuten Rheumatismus hervorgegangen, also rein bakteriellen Ursprungs sind.

Die Prognose des *Malum senile* ist quoad vitam durchaus gut, quoad restitutionem dagegen absolut infaust.

Die Therapie ist fast machtlos. Sie kann in prophylaktischer Hinsicht die Ueberanstrengung des Gelenkes, das Tragen schwerer Lasten, langes Gehen und Stehen und langdauernden Aufenthalt im Freien bei schlechter Witterung verbieten. Nach Ausbruch des Leidens sind warme Bäder, Dampfbäder und heisse Packungen oft von Nutzen. Im Uebrigen muss dafür gesorgt werden, dass bei der Ankylosirung des Gelenkes die Stellung der Extremität möglichst gut wird; event. ist dieselbe durch subtrochantere Osteotomie zu korrigieren.

Bei der Beurtheilung der Krankheit im Sinne der sozialen Gesetzgebung sehen wir uns, was die Invaliditätsversicherung anbelangt, vor die Frage gestellt, in welchem Stadium die Befallenen nicht mehr im Stande sind, eine vom Gesetz vorgeschriebene Mindestsumme zu verdienen. Schon die im Beginn des Leidens auftretenden heftigen Schmerzen setzen die Arbeitsfähigkeit wesentlich herab und stören die Nachtruhe in einer Weise, dass die Wiedererlangung der durch die Arbeit verbrauchten Kräfte ausserordentlich erschwert ist. Dazu kommt die Steigerung der Schmerzen bei Bewegungen, Gehen, Stehen und Bücken und ferner bei der schnell eintretenden Versteifung des Hüftgelenkes die Unmöglichkeit, längere Zeit in sitzender Stellung beschwerdefrei zu verharren. Es darf auch nicht unberücksichtigt gelassen werden, dass durch die Arbeit eine Verschlimmerung des Leidens zu befürchten ist. Wir werden also in allen Fällen, wo Schmerzen in der Ruhe und in der Bewegung vorhanden und deutliche Funktionsstörungen des Gelenkes nebst Muskelatrophie nachweisbar sind, auf völlige Erwerbsunfähigkeit erkennen müssen.

Der Uebernahme eines Heilverfahrens auf die Versicherungsanstalten kann nicht entsprochen werden, da eine Besserung, welche zu einer mindestens einige Jahre anhaltenden Arbeitsfähigkeit führen würde, nicht zu erwarten ist.

Bei der Abfassung der den Berufsgenossenschaften zu erstattenden Gutachten werden wir uns daran erinnern müssen, dass ein Unfall, mag derselbe auch noch so gering sein, die Entstehung des Leidens zu bedingen oder eine bereits bestehende Erkrankung bedeutend zu verschlimmern im Stande ist. Wir müssen annehmen, dass durch denselben entweder eine ausgedehnte Läsion des Knorpelüberzuges stattfindet, welche ähnlich wirkt, wie die an sich unbedeutenden, durch eine lange Reihe von Jahren stetig einwirkenden Berufsschädigungen. Zuweilen bedarf es einer stärkeren Läsion des Knorpels gar nicht; eine leichte Quetschung kann im Verein mit der im Alter ohnedies geringen Ernährung des Knorpels genügen, um Ernährungsstörungen hervorzurufen, aus denen sich die krankhaften Veränderungen herleiten. Ebenso können bei einem in Entwicklung begriffenen oder schon bestehendem *Malum senile* durch ein Trauma Zustände im Gelenk hervorgerufen werden, die den Verlauf des Leidens zu beschleunigen geeignet sind. Es darf deshalb in keinem Falle der Zusammenhang der Erkrankung mit einem sicher nachgewiesenen Unfall ausgeschlossen werden. Allerdings kann man fordern, dass sich das Leiden unmittelbar im Anschluss an denselben, wenn auch ganz allmählig entwickelt, dass also ein sog. freies Intervall zwischen Trauma und Ausbruch der Krankheit nicht besteht. Niehues-Berlin.

Zwei Fälle von Schusswunden der Schenkelgefässe im Hunter'schen Kanal.

Von Major S. Hirkson.

(The Brit. Med.-Journ., 14. Sept.)

Fall 1.

Beide hier mitgetheilte Fälle betreffen kriegsgefangene Buren, welche verwundet und im General-Hospital in Kimberley behandelt wurden. Der Erste stand im Alter von 40 Jahren und litt an den Folgen eines Gewehrschusses, den er einen Monat vor Aufnahme ins Hospital am linken Schenkel erhalten hatte. Die Kugel war 4 Zoll oberhalb der Kniescheibe nach aufwärts und rückwärts eingedrungen und etwa 3 Zoll unterhalb der Glutäalfalte wieder ausgetreten. Die Wunden waren verheilt. Ungefähr 10 Zoll unterhalb des Poupartschen Bandes in der Linie der Schenkelgefässe fühlte man eine runde pulsirende Geschwulst von $4\frac{1}{2}$ Zoll im Durchmesser. Die Pulsation war von einem scharfen Klingen begleitet, welches von dem Poupartschen Bande bis zur Kniegegend wahrnehmbar war, ausserdem war im ganzen Verlauf der Gefässe ein ununterbrochenes rauhes Geräusch zu hören. Am Bein fand sich kein Oedem. Der Verletzte war ausser Stande, ohne Hilfe eines dicken Stockes zu gehen, er klagte über Schwäche im Bein und über schiessende Schmerzen an der Innenseite des Beines. Innere Behandlung blieb natürlich ohne Erfolg. Die Operation wurde in folgender Weise gemacht; die Gefässe wurden im Hunter'schen Kanal frei gelegt und hierbei festgestellt, dass zwischen Vene und Arterie eine Verbindung bestand. Die Vene war ausserordentlich vergrössert, pulsirte, doch bestand kein eigentlicher Sack. Arterie und Vene wurden oberhalb und unterhalb der Verbindungsstelle getrennt unterbunden und etwa 1 Zoll von jedem Gefäss entfernt. Die Wunde heilte ohne Störung und der Verletzte wurde gesund entlassen.

Fall 2.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen 32 Jahre alten Mann, welcher am rechten Schenkel durch Gewehrschuss verletzt worden war. Die Eingangsöffnung war an der Vorderseite des Beins über dem Anfang des Hunter'schen Kanals, die Ausgangsöffnung an der Hinterseite ein klein wenig tiefer. Der Schenkel war stark angeschwollen und in der Gegend

der Verletzung fand sich eine gespannte pulsirende Geschwulst. Dieselbe war gross und schmerzhaft. Die Pulsation konnte durch Druck auf die Hauptgefässe in der Gegend des Poupart'schen Bandes unterdrückt werden. Man hörte ein rauhes, systolisches Geräusch. Unterhalb der Kniegegend war kein Puls fühlbar. Es bestand kein Oedem. Da die Geschwulst wuchs, auch die Schmerzen, die nach unten ausstrahlten, zunahmen, schritt man zur Operation. In dem oberen Theil des Hinterschen Kanals wurde ein Einschnitt gemacht, man fand unter der Fascie zwischen den Muskeln massenhaft Blutgerinnsel; nach Freilegung der Hauptgefässe sah man in der Schenkelarterie ein feines Loch, während die Vene unverletzt war. Die Arterie wurde oberhalb und unterhalb der Wunde unterbunden und zwischen den Unterbindungen durchtrennt. Nach Reinigung der Wundhöhle wurde dieselbe geschlossen. Die Heilung verlief auch hier ungestört.

Franz Meyer-Berlin.

Innere Medizin.

Zwei Fälle von akuter haemorrhagischer Pancreatitis.

(The Lancet, 19. Oktober 1901.)

Im Vorliegenden sind zwei Fälle der ausserordentlich seltenen Erkrankung von akuter Pancreatitis beschrieben worden, der eine aus St. Georges Hospital Abtheilung von H. W. Alingham, der andere aus dem Scarborough Hospital unter G. W. Hunt. In beiden Fällen handelte es sich um männliche Patienten, welche plötzlich von heftigen Schmerzen im Leibe und Erbrechen befallen wurden. Schmerzen und Erbrechen hielten an. In beiden Fällen wurde die Laparotomie gemacht, in dem ersten, weil die Diagnose auf Darmverschluss gestellt worden war, in dem zweiten, weil man den Verdacht hatte, dass ein Geschwür in die Bauchhöhle durchgebrochen sei. Beide Patienten starben, der eine im Verlauf von 48 Stunden, der andere im Verlauf von 20 Stunden nach Beginn der Erkrankung. Der plötzliche akute Anfall von Schmerz im Leibe, welcher von Erbrechen begleitet wird, ohne deutliche Ursache, in der Regel bei einem Manne, welcher bis dahin sich wohl befunden hatte, allenfalls einen ähnlichen Anfall von leichterem Charakter früher zu überstehen hatte, bildet das typische Kennzeichen der akuten Pancreatitis. Bei unserer heutigen Kenntniss ist es schwer möglich, mit Sicherheit die Diagnose zu stellen.

Was die Aetiologie betrifft, so stehen sich zwei Ansichten gegenüber. Die Einen sehen die Ursache in dem Eindringen von Galle in das Pancreas in Folge von Verlegung des gemeinsamen Ausführungsganges in den Zwölffingerdarm. Diese Ansicht wurde hauptsächlich durch Halsted vertreten, welcher zum Beweise Experimente bei Hunden ausführte. Auch die Versuche von Opie sind hier zu erwähnen, welcher ebenfalls mit Hunden Versuche anstellte. In fünf Fällen wurde der Zwölffingerdarm eröffnet, in den Ausführungsgang Galle von 2 $\frac{1}{2}$ bis 5 ccm eingespritzt, in zwei anderen Fällen wurde der Versuch in derselben Weise angestellt und dann der Ausführungsgang unterbunden. In allen Fällen zeigte die Sektion haemorrhagische Pancreatitis und Fettnekrose.

Die Ansicht der Anderen ist die, dass die Entzündung des Pancreas durch das Eindringen von Mikroorganismen in dasselbe vom Zwölffingerdarm her erfolge. In mehreren Fällen konnte dies besonders durch den Befund von Bacterium coli commune, welcher massenhaft in den erkrankten Geweben nachweisbar war, bestätigt werden. In den beiden hier erwähnten Fällen konnte die Diagnose erst bei der Sektion gestellt werden, die Ursache ist in beiden Fällen nicht völlig aufgeklärt worden, in einem Fall konnte Bacterium coli aus den am stärksten veränderten grau verfärbten Theilen das Pancreas gezüchtet werden.

Franz Meyer-Berlin.

Psychiatrie und Neurologie.

Die Privatirrenanstalten und die private Irrenpflege.

Von Prof. Dr. Moriz Benedikt-Wien.

(Wiener klinische Wochenschrift No. 44, 1901.)

Verf. will das Irrenwesen nach englischem Muster von der Verwaltungsbehörde möglichst unabhängig wissen; es soll geleitet werden durch gemischte Gerichtssenate, die aus Richtern und ärztlichen Irrenrätthen in gleicher Zahl bestehen, mit einem Richter als Präsidenten an der Spitze. Auch die Bewilligung zur Einrichtung einer Irrenanstalt soll von einem solchen Senate ausgehen. Was die einzelnen Vorschläge betrifft, die Verf. in Bezug auf die Aufnahmebedingungen, die Entlassung Geheilte, oder auch Ungeheilte und Gebesserte gegen Revers, den freiwilligen Eintritt von Geisteskranken in eine Privat-Irrenanstalt, die Kontrolmassregeln und andere Fragen betrifft, so muss auf das Original verwiesen werden, das sich zu einem kürzeren Referat nicht gut eignet. —y.

Ein Fall von Spätapoplexie nach Trauma.

Von Dr. Otto Bruns-Heidelberg, z. Z. Assistenzarzt der Universitäts-Augenklinik.

(Deutsche med. Wochenschr. 1901. 37.)

Ein 41 jähriger Schlosser, angeblich kein Trinker und bisher gesund, wird von einem Maschinentheil an den Kopf gestossen. Ohne die Besinnung zu verlieren, arbeitet er ruhig weiter, klagt aber in den nächsten vier Tagen viel über Kopfschmerzen und ist stiller als sonst. Plötzlich tritt nach einem starken Niesen Erbrechen, dann Bewusstlosigkeit ein. Während er bewusstlos liegt, sind seine Pupillen äusserst eng und es besteht Fieber, auch eine Andeutung von Rückensteifigkeit, aber keine Nackenstarre. Noch am selben Tage tritt der Tod ein.

Bei der Sektion findet sich eine Zertrümmerung des Streifenhügels und theilweise auch des Sehhügels durch einen in den rechten Seitenventrikel durchgebrochenen Bluterguss. In mitten des Herdes liegt eine an dieser Stelle spindelförmig erweiterte, von einem zarten Riss durchsetzte, kleine Arterie. Die Aederchen in der Umgebung zeigen alle normales Verhalten.

Der eigenartige Fall ist geeignet, das Verständniss für die traumatischen Spätapoplexien im Allgemeinen zu fördern. Ganz so selten, wie der Verfasser meint, dürften diese Vorkommnisse übrigens nicht sein; dem Unfall-Gutachter kommen ähnliche Fälle wohl manchmal vor, aber da die Sektion allermeist versäumt wird, ist er in der Regel auf eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose angewiesen, und die Fälle eignen sich dann nicht zur Veröffentlichung.

Ein Fall von Spätmeningitis nach Schädelverletzung.

Aus der Kgl. Universitäts-Kinderklinik München (Dir. H. v. Ranke).

Von Dr. Kokko Fujisawa-Tokio.

(Münch. medicin. Wochenschrift 1901. No. 45.)

Ein neunjähriges Kind erlitt durch Sturz aus dem zweiten Stockwerk einen komplizirten Schädelbruch. An der linken Stirnseite kam dabei eine Depression zu Stande, Theile von Gehirnschubstanz sollen sich aus der Wunde entleert haben, auch stiess sich ein Knochensplitter aus. Nach einer Bewusstlosigkeit von zweiwöchiger Dauer kam innerhalb von zwei Monaten Heilung zu Stande, und das Befinden des Kindes zeigte keine Folgen der Verletzung. Ein Jahr später ging es an einer akuten eitrigen Hirnhautentzündung zu Grunde. Die Sektion ergab basilare Meningitis mit ausgesprochen akutem Charakter.

An der Basis des linken Stirnlappens fand sich ein alter Erweichungsherd von 2 cm Länge, eine stark verschmälerte Hirnwindung einnehmend, von der Umgebung durch Pigment-

ablagerung deutlich abgegrenzt, in der Nähe desselben in der Marksubstanz ein sehr kleines Knochenstückchen, die Spuren der vor einem Jahr erlittenen Verletzung. In der pars frontalis des Stirnbeins linkerseits wird ein kleiner Spalt (Fissur) bemerkbar, welcher sich bis in die lamina cribrosa des Siebbeins zieht und als Eingangspforte für die Erreger der tödtlich verlaufenen Meningitis angesehen werden muss, die von der Nase aus ihren Weg an die Gehirnhäute gefunden haben. Die Verletzung im Stirnbein war völlig geheilt.

Miliartuberkulose der Lunge und des Zwerchfells stand in keiner Beziehung zu der Erkrankung der Meningen.

Seelhorst.

Vergiftungen.

Ein Fall von Tabakvergiftung bei einem Kinde.

Von John Hawkes.

(The Lancet 26. Okt. 1901.)

Die Tabakvergiftung, welche bei Erwachsenen nicht selten ist, ist bei einem Kinde ganz ungewöhnlich. Ein zwei Jahre altes Kind hatte aus einer Flasche, in welcher eine Abkochung von Tabak enthalten war, eine grössere Menge von dem Inhalt geschluckt. Die Flüssigkeit wurde vom Vater des Kindes in der Gärtnerei benutzt. Das Kind war kräftig und in gutem Ernährungszustand. Bei der ärztlichen Untersuchung war das Gesicht geröthet, der Körper sehr warm, die Pupillen waren stark erweitert, das Kind war bewusstlos, der Puls war schwach und klein, die Glieder schlaff. Nach Verabreichung eines Brechmittels wurde eine grössere Menge Flüssigkeit durch Erbrechen entleert. Trotzdem bleibt die Bewusstlosigkeit noch eine Zeit lang bestehen. Nach einer Stunde zeigten die Pupillen wieder ihre normale Grösse, die Hitze des Körpers, die Röthe des Gesichts gingen zurück, bald erkannte das Kind die Mutter wieder und nun erholte es sich schnell, so dass es nach 24 Stunden wieder vollkommen hergestellt war.

Bekanntermassen wirkt das Gift des Tabaks in erster Linie auf das Herz, führt zu Krämpfen, unter Anderm auch zu Unbeweglichkeit der Pupillen. Demnach gehört die hier beschriebene Vergiftung zu den nicht ganz leichten Fällen dieser Art.

Franz Meyer-Berlin.

Ueber einen Fall von Vergiftung mit Essigsäure.

Von Dr. Wygodschikow.

(Wratsch 1901, No. 39.)

Der 13jährige Knabe wurde wegen blutigen Erbrechens in das Krankenhaus eingeliefert. Durch Befragen wurde festgestellt, dass der Knabe am Morgen Schmerzen in der Magengrube verspürte und dann zu erbrechen begann, zunächst Schleim, dann Blut. Status praesens: Lippen und Mund mit Blut bedeckt, Bauch schmerzhaft, mässig gebläht, ikterische Färbung der Skleren. Herztöne nicht wahrnehmbar, desgleichen kein Puls. Erst am nächsten Tage konnte festgestellt werden, dass der Knabe aus Versehen $\frac{1}{3}$ Glas Essigessenz getrunken hat. Harn blutig, — tägliche Harnquantität 100 ccm, spezifisches Gewicht des Harns 1028. Im Niederschlag zahlreiche rote Blutkörperchen und körnige Cylinder. Erbrochene Massen geruchlos, enthalten Schleim, rote Blutkörperchen und spärliche lymphoide Körper. Temperatur 38. Der Knabe verblieb im Krankenhause 2 Monate. 17 Tage bestand Fieber, remittirender Typus. Erbrechen und Speichelfluss hielten 25 Tage an. Das Schlucken war die ganze Zeit frei.

Der vorstehende Fall ist besonders dadurch interessant, dass die Speiseröhre am wenigsten gelitten hat. Erscheinungen von Stenose des Pylorus bzw. der Kardia waren während des Aufenthalts des Knaben im Krankenhaus nicht aufgetreten.

Lb.

Augen.

Der Heilwerth der Brille.

Von Dr. Hugo Feilchenfeld.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde. Herausgegeben von Vossius.

(IV. Band, Heft 4 und 5.)

Die Brille übt nicht nur eine palliative Wirkung aus, indem sie das Sehen verbessert, sondern unter Umständen auch eine direkt heilende. Die Beschwerden, bei denen die Brille als Heilmittel Verwendung findet, können sich nicht nur im Auge, sondern auch in entfernter liegenden Organen lokalisieren. Hierher gehört vor Allem der Kopfschmerz. Dieser kann durch alle Augenanomalien herbeigeführt werden, welche die Anstrengungen des Sehaktes, speziell des Nahsehens, vergrössern. Man fasst diese Zustände unter dem Namen Asthenopie zusammen. Nur für die muskuläre und die akkomodative Asthenopie kommt der Heilwerth der Brille in Betracht, neben diesen beiden Formen unterscheidet man noch eine conjunctivale und eine nervöse Asthenopie. Gegenüber der conjunctivalen Asthenopie verhält sich Verfasser ziemlich skeptisch. Allerdings kann eine Bindehautentzündung leichte Ermüdbarkeit der Augen bedingen, doch heben sich diese Fälle von dem Bilde der Asthenopie so deutlich ab, dass man sie aus demselben am Besten ganz ausscheidet. Dass auch ganz unbedeutende Entzündungen der Bindehaut, welche kaum objektiv in die Erscheinung treten, asthenopische Beschwerden auszulösen vermögen, bezweifelt Verfasser. Akkomodative Asthenopie wird zuweilen schon durch leichte Ametropien bedingt. Unkorrigierte Refraktionsanomalien können zu schlechter Körperhaltung beim Lesen, Vornüberbeugen des Kopfes und damit zu Kopfkongestionen Anlass geben. Lidrandentzündung (Blepharitis squamosa), welche jeder medikamentösen Behandlung trotzte, soll zuweilen durch Korrektur einer bestehenden Uebersichtigkeit geheilt worden sein. Auch Bindehautreizungen und wirkliche Katarhe werden zuweilen durch unkorrigierte Refraktionsanomalien hervorgerufen oder unterhalten. Erkrankungen der Bewegungsorgane des Auges geben ein weites Gebiet ab für die Brille als wichtiges Heilmittel. Bei Augenmuskellähmungen ist durch Benutzung prismatischer Brillen Einfachsehen in einem gewissen Bezirke zu erzielen. Wählt man die Prismen etwas zu schwach, so dass die Doppelbilder nicht vollkommen vereinigt, sondern einander nur sehr genähert werden, so wird in Folge der Fusionstendenz der gelähmte Muskel zu energischer Thätigkeit angeregt, um Einfachsehen herbeizuführen. Auf diese Weise lassen sich orthopädische Uebungen anstellen. Als Radikalheilmittel kommt die Brille beim Schielen in Betracht und zwar als Konvexbrille beim Strabismus convergens, als Konkavbrille beim Divergenschielen, insbesondere bei der relativen Form desselben. Bei Insufficienz der musculi recti interni sind Konkavgläser oder Prismen (Basis innen), eventuell eine Kombination beider zu verordnen. Monolaterales Schielen wird meist durch Schwachsichtigkeit eines Auges bedingt. Die Frage, ob diese Amblyopie angeboren oder durch Nichtgebrauch erworben sei, beantwortet Verf. in dem Sinne, dass allerdings eine angeborene Schwachsichtigkeit den ersten Anstoss zum Schielen gebe, die dann eingetretene Ablenkung aber das weitere Fortschreiten der Schwachsichtigkeit befördere. Durch Uebung eines derartigen amblyopischen Auges lässt sich seine Sehschärfe verbessern. Die Verordnung einer Brille zur Hebung des Sehvermögens durch Korrektur einer Refraktionsanomalie verfolgt oft genug nicht nur einen symptomatischen Zweck, sondern auch einen heilenden, insbesondere vermag sie das Fortschreiten der Refraktionsanomalie aufzuhalten. Bei der Hypermetropie und Presbyopie spielt dieser Umstand keine sehr wesentliche Rolle. Ob beim Astigmatismus korrigierende

Cylindergläser irgend eine therapeutische Wirkung haben, wissen wir nicht. Hinsichtlich der Verordnung von Konkavgläsern bei Myopie bestehen noch grosse Differenzen in den Anschauungen, Verfasser tritt dafür ein, bei spastischer Myopie kein ausgleichendes Konkavglas zu geben. Die Theorien über Entstehung und Fortschreiten der Myopie erörtert Verfasser ausführlich und empfiehlt Vollkorrektur der Myopie für die Ferne. Auch beim Bestehen von Komplikationen ist das Tragen eines Konkavglases nicht schädlich, wenn es sich um abgelaufene Prozesse z. B. alte Glaskörpertrübungen handelt, während man bei frischen Entzündungen der Netz- und Aderhaut dem Auge Ruhe gewähren muss durch Verordnung eines dunklen Schutzglases. Als Nahebrille giebt Verfasser im Allgemeinen ein um 2,5 D schwächeres Glas als für die Ferne, doch lässt er die Benutzung der Fernbrille zur Nahearbeit für manche Fälle bei jugendlichen Myopen zu. Hochgradige Myopen korrigirt Verfasser für die Ferne soweit, dass eine bequeme Orientierung auf der Strasse möglich ist und lässt das Fernglas auch für die Nähe tragen. Die Korrektur der Anisometropie d. h. einer Ungleichheit der Refraktion beider Augen durch Brillengläser ist nach Ansicht des Verfassers oft im Stande, die Entstehung von Akkommodationskrampf zu verhüten, freilich ist es bei grosser Verschiedenheit im Brechungszustande beider Augen nicht immer möglich, einen binokulären Sehakt zu erzielen.

Groenouw.

Die Ergebnisse einer Schuluntersuchung auf Trachom in Berlin N.

Von Dr. E. Oppenheimer-Berlin, Augenarzt.
(Berl. Klin. W. 1901. 47.)

Greeff hat vor einigen Jahren (vergl. diese Zeitschrift 1898, Seite 379) vor der übertriebenen Trachomfurcht gewarnt und besonders die Wichtigkeit der Unterscheidung von Körnerkrankheit und einfachem Follikular-Katarrh betont. Hierbei hat er Berlin als trachomfrei bezeichnet. Hirschberg dagegen giebt die Zahl der Trachomkranken in den grösseren Polikliniken, mit Ausschluss der Fremden, auf fünf bis sechs pro mille an.

Verfasser selbst bekam einige Trachomfälle bei Kindern zugewanderter Eltern zu sehen und erbat sich die Erlaubniss, die Schule, welche diese Kinder besuchten, auf Trachom zu untersuchen.

Bei etwas über 1000 Kindern fand er drei Fälle von Trachom, sechs Starkverdächtige und zehn Minderverdächtige. Eines von den trachomatösen Kindern war eine Polin und hatte bis vor Kurzem in einem Dorfe in der Provinz Posen gelebt, wo die Schule wegen Trachom geschlossen worden war. Von den verdächtigen Fällen stammte eine Anzahl von trachomkranken Eltern.

In anderen Schulen sind ähnliche Beobachtungen nicht gemacht worden, und Verfasser nimmt auch nicht an, dass in den betr. Schulen eine Epidemie von Trachom bestanden hat.

Die Schule, welche staubig, unhygienisch gebaut und überfüllt war, ist inzwischen niedrigerissen worden. In einer anderen, neuerbauten, wo nur ein Theil der Schüler aus dem alten Gebäude untergebracht war, fiel die Trachomuntersuchung negativ aus.

Ohrenheilkunde.

Zur Lehre von der Labyrinthverletzung.

Von Dr. Heinrich Halasz-Hodmezö-Vasarhely.
(Wiener medicin. Wochenschrift No. 33, 1901.)

Die direkte traumatische Verletzung des Labyrinthes ist ein seltenes Vorkommniss. Dieselbe kann hervorgerufen werden bei Fremdkörperextraktionen aus dem Ohre durch nicht sachkundige Hand, durch Eingiessen von konzentrirten Säuren in den äusseren Gehörgang, gelegentlich auch durch Stricknadeln

oder ähnliche lange, spitze Gegenstände, welche zum Scheuern der Gehörgangswände benutzt werden und unter unglücklichen Umständen nicht nur das Trommelfell, sondern auch die Labyrinthwand der Paukenhöhle perforiren können, sowie bei Operationen und durch Projektile. Die indirekten Verletzungen des Labyrinthes kommen viel häufiger vor und sind zweierlei Art, solche, welche durch plötzliche Luftdruckschwankungen im äusseren Gehörgange verursacht werden oder wenn hohe Laute aus unmittelbarer Nähe, besonders in geschlossenen Räumen, in das Ohr eindringen, und solche, welche nach Gehirnerschütterung in Folge gewaltsamer Einwirkung auf die Schädelknochen entstehen, wenn das Trauma sich auf das Labyrinth erstreckt. Am raschesten können diese indirekten Verletzungen entstehen durch einen Schlag auf das Ohr, durch eine Gas- oder Dynamitexplosion, durch Kanonenschüsse, durch Schreien ins Ohr, durch starken Lokomotivpfeiff, durch einen Kuss aufs Ohr oder durch zu rasches Verlassen der Taucherglocke, durch heftige Schalleinwirkungen oder selbst durch Sturz auf die Füsse, Kniee oder den Steiss, auf den Kopf, besonders auf das Hinterhaupt, als auch in Folge des Abmeisselns von Exostosen des Gehörganges oder Aufmeisselns des sklerotischen Warzenthales. Man sieht, es bedarf zur indirekten Labyrinthverletzung keines besonders starken Traumas. Es ist ein Fall bekannt, in welchem ein mit einem Löffel auf die Stirne versetzter Schlag hinreichte, eine Labyrinthverletzung herbeizuführen, ein anderer Fall, wo durch Niesen völlige Taubheit erfolgte, wahrscheinlich in Folge einer Blutung ins Labyrinth. Verf. beschreibt einen Fall von direkter Labyrinthverletzung durch ein Projektil, das aus dem gegen das Ohr gerichteten, doch seitwärts abstehenden Waffenlaufe austretend den Gehörgang schief durchlief und im Felsenbein stecken blieb. Dass das Labyrinth direkt verletzt wurde, dafür sprachen folgende Umstände: Schwindel, anhaltendes Erbrechen, Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen, völlige Taubheit, seröser Ausfluss aus dem Ohr als Ausdruck der Verletzung eines Bogenanges, ferner die auch nach der Heilung noch bestehende Hyperaesthesia acustica. — y.

Aus Vereinen und Versammlungen.

73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg.

Abtheilung f. Gynäkologie u. Geburtshilfe.

Sellheim-Freiburg i. B. Bildungsfehler beim weiblichen Geschlecht.

Zuerst kurzer Hinweis auf mehrfache Arbeiten aus der Hegar'schen und Freund'schen Klinik, welche das nicht seltene Vorkommen einer mangelhaften Ausbildung des weiblichen Organismus betonen, und Anführung der diesbezüglichen letzten Arbeiten Verfassers (Unvollkommener Descensus ovariorum und Rudimentäre Ausbildung des Dammes).

Um im Allgemeinen die Häufigkeit von Bildungsfehlern beim weiblichen Geschlecht zu beweisen und zu zeigen, in welcher Weise sich die verschiedenen Stigmata einer mangelhaften Entwicklung mit einander kombiniren, wurde das gesammte Krankenmaterial der Freiburger Frauenklinik aus den letzten 5 $\frac{1}{2}$ Jahren bearbeitet.

Unter 2200 genau untersuchten Personen wurden nicht weniger als 109 Fälle herausgefunden, in denen immer mehrere eklatante Zeichen einer mangelhaften Körperausbildung vereinigt waren, also circa fünf Prozent.

Es wurden fast nur nullipare-Personen, meist zwischen 20 und 30 Jahren, die ausser den Entwicklungsfehlern keine oder nur ganz geringfügige gynäkologische Leiden hatten, ausgewählt.

Die Explorationen wurden in Narkose vorgenommen, per vaginam und per rectum in jeder Beckenhälfte mit der gleichnamigen Hand, fast immer von dem Chef der Klinik, Herrn Geh. Rath Hegar, selbst und gewöhnlich durch einen geübten Assistenzarzt kontrollirt.

Die Periode war bei diesen mit gehäuften Entwicklungsstörungen behafteten Personen fast immer verspätet, manchmal noch gar nicht eingetreten.

Aus der Anamnese ergaben sich vielfach Momente, die man mit der mangelhaften Körperausbildung in ätiologischen Zusammenhang bringen kann (Tuberkulose, Scrophulose, langdauernde und wiederholte Infektionskrankheiten, Bleichsucht).

Bei den Untersuchungen stellte sich häufig Untermittelgrösse, graziler Knochenbau und mancherlei Verbildungen am Skelet heraus. Der Gaumen war oft sehr eng und hoch, die Zähne waren oft klein wie Milchzähne (Demonstration von Abdrücken solcher Gebisse), frühzeitig abgenützt und unregelmässig gestellt. Brustdrüsen und Brustwarzen fanden sich fast immer sehr schlecht entwickelt. Neben häufigen Hohlwarzen sah man einige Male überzählige Mammillae.

Dürftige Ausbildung der äusseren Genitalien, besonders rudimentäre Bildung des Dammes (Erläuterung durch Demonstration von naturgetreuen Abgüssen normaler und rudimentär gebildeter Dämme von Patientinnen), trichterförmige Gestaltung und bedeutende Tiefe der Vulva (Demonstration von Abguss), an den Fötalzustand erinnernde, starke Faltenbildung in der Vagina (Demonstration von Abgüssen, die im Sims'schen Spekulum gewonnen wurden), abnorme Behaarung des Körpers, Zeichen mangelhafter Ausbildung des Cirkulationsapparates kamen mehrfach vor.

Fast regelmässig fand sich ein fötaler oder infantiler Uterus, einige Male waren Doppelmissbildungen der Gebärmutter vorhanden.

Die häufigen Rückwärtslagerungen des Uterus werden durch den damit fast immer kombinierten, mangelhaften Descensus ovariorum (Ovarien im grossen Becken manchmal bis zum 5. Lendenwirbel) erklärt. Ausser dem mangelhaften Descensus werden noch andere Zeichen eines infantilen Charakters der Ovarien beschrieben.

Das knöcherne Becken hatte in der Hälfte der Fälle deutlich ausgesprochenen, infantilen Charakter, manchmal mit starker, räumlicher Beschränkung.

Einige Male waren ausser diesen somatischen Entwicklungsstörungen psychische Störungen vorhanden, die sich auf angeborenen Schwachsinn und mangelhafte Ausbildung des Gehirns zurückführen liessen.

Bestätigung dieser langjährigen klinischen Erfahrungen durch die Demonstration von Präparaten und Schnitten von 4 Leichen solcher mit zahlreichen Entwicklungsstörungen behafteter Mädchen, im Alter von 21—24 Jahren, die an Tuberkulose gestorben waren.

Die Präparate zeigen ausser all' den klinisch festgestellten Bildungsfehlern noch abnorm tiefen Douglas, stark geschlängelte Tuben u. s. w. In einem Fall war das Beckenbauchfell mit zahlreichen, kleinen Tuberkelknötchen besät, die das beste palpatorische Erkennungsmittel der Bauchfelltuberkulose darstellen. Genaue mikroskopische Untersuchung der Ovarien.

Am Schlusse des klinischen und anatomischen Beweismaterials wird die vielseitige, stets wachsende praktische Bedeutung dieser Bildungsfehler und ihrer richtigen Erkenntniss betont und ihre Wichtigkeit für

den Geburtshelfer, Gynäkologen, Chirurgen, inneren Mediziner und Psychiater im Einzelnen angedeutet. Daran schliesst sich die Mahnung, sich nicht mit allen möglichen vergeblichen Kuren abzumühen, solchen unentwickelten Geschöpfen zu helfen, sondern sie vor einer unnützen Behandlung zu bewahren, da es ja doch auf der Hand liegt, dass wir einen einmal schlecht ausgebildeten Organismus nicht mehr vervollkommen können.

Als besonders bedeutsam wird der Zusammenhang mit Tuberkulose, Chlorose, bösartigen Geschwülsten und Embryomen hervorgehoben und noch auf die geringe Leistungsfähigkeit solcher unfertiger Menschen und auf ihre mindere Tauglichkeit für die Fortpflanzung hingewiesen.

Für den Anthropologen ist eine derartige Sichtung und Feststellung der Entwicklungsfehler nicht ohne Bedeutung, weil einzelne Bildungen gelegentlich als Rasseeigentümlichkeiten beschrieben wurden, die man sich jedenfalls, so lange es sich um einzelne Beobachtungen handelt, besser als Bildungsfehler erklären wird. [Sehr flache Brustwarzen, auffallend kurzer Damm.] (Autorreferat.)

II. Internationaler Kongress der Lebensversicherungs-Aerzte zu Amsterdam.

23.—26. Oktober 1901.

(Originalbericht der Aerztl. Sachverst.-Zeitung.)
(Schluss.)

Chefarzt Dr. Moritz-St. Petersburg: Arteriosclerose und Lebensversicherung.

Welche eminente Bedeutung die Arteriosclerose für die Lebensversicherung hat, lehrt jeder Blick in die Sterblichkeitsstatistiken der Gesellschaften. Die zahlreichen Todesfälle an Schrumpfnieren, Apoplexie, Angina pectoris, chronischer Myocarditis, Aneurysma und Laennec'scher Cirrhose repräsentieren die hauptsächlichsten Gefahrengruppen, mit denen die Gesellschaften zu rechnen haben. Sind sie nur die nothwendige Folge des Lebensprozesses selbst, belasten sie also nur die hohen Alter, so kann von einem Schaden, den die Gesellschaften durch sie erleiden, nicht gesprochen werden, im Gegentheil würden diese die besten Geschäfte machen, wenn alle ihre Versicherten ihre „Alters“-Arteriosclerose „erleben“ würden, aber leider ist dem in Wirklichkeit, wie die Zerlegung der Todesfälle nach Altersgruppen zeigt, nicht so, sondern alle Gesellschaften haben schwer unter der zu früh, in relativ jungen Jahren, eintretenden Arteriosclerose ihrer Versicherten zu leiden und deshalb gehört ihre frühzeitige Diagnose mit zu den ersten Aufgaben, die sie an ihren ärztlichen Dienst bei den Aufnahmeuntersuchungen stellen.

Der an sich wahre Ausspruch von Cazalis: „l'homme a l'âge de ses artères“ hilft dabei nur indirekt, denn die Arterien haben keinen Tauschein, aus dem man ihr Alter erfahren könnte. Es kann nur ungefähr erkannt werden, ebenso wie wir das Alter eines Menschen nach seiner Haltung, seinen Gesichtsfalten, seinen Haaren annähernd schätzen können, und die diagnostischen Gesichtspunkte, die hier in Frage kommen, sind die vermehrte Resistenz der fühlbaren Arterien, die vermehrte Spannung des Pulses, die Accentuirung des II. Aortentons, die Hypertrophie des linken Ventrikels. Ist die Arteriosclerose bereits vorgeschritten, finden sich Herzgeräusche, Tachy-Bradycardie, Arythmien etc., so macht ihre Diagnose natürlich keine Schwierigkeiten mehr. Nicht zu vernachlässigen sind die subjektiven Symptome, die häufig den objektiven längere Zeit vorausgehen und nach denen besonders zu fragen ist: Schmerz in der Wade beim Gehen, Schmerz unter dem Sternum besonders häufig während des Essens,

Kurzathmigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, rheumatoide Schmerzen und Sehstörungen. Von ganz ausserordentlicher Bedeutung sind aber dann die kausalen Momente, die bewirken, dass die beim gesunden Menschen erst im 8. oder 9. Dezenium sich vollziehenden arteriosclerotischen Veränderungen in jüngeren Jahren bereits zu Stande kommen und zu dem frühen Tode des Erkrankten führen. Zunächst kommt der Heredität auch hier eine grosse Bedeutung zu, und wengleich alle Formen der Arteriosclerose im weiteren Sinne als verwandt hier zu gelten haben, so lehrt doch die Erfahrung, dass die Bedrohung des betreffenden Individuums in erster Linie für diejenigen Gefässgebiete gilt, welche in der Ascendenz vorzugsweise betroffen waren. Direkt aus den Statistiken der Lebensversicherungs-Gesellschaften nachgewiesen ist es von der Hirn-Apoplexie, und es ist durchaus berechtigt, gerade sie gesondert von den übrigen Formen der Arteriosclerose statistisch zu behandeln: denn ihre Vererbung hält sich an das Organ. Auch die Schrumpfniere scheint, ebenso wie die Sclerose der Coronararterien, die Vererbung in sich zu bevorzugen.

Im Zusammenhang mit der Erbllichkeit steht die Konstitution, und hier steht im Vordergrund die Korpulenz, die für die Lebensprognose immer ein kompromittirendes Moment ist und zwar speziell wegen der Arteriosclerose (Gicht, harnsaure Diathese). Von überstandenen Krankheiten disponiren zur Arteriosclerose der Rheumatismus, dann aber vor Allem die Syphilis, deren Formen bereits mit den 40er Jahren zu beginnen pflegen und durch einen besonders raschen Verlauf sich auszeichnen (Aneurysma). Unter den prädisponirenden Giften spielt die Hauptrolle der Alkohol (opulente Diners) und das Blei. Von geringerer Bedeutung für die Aetiologie sind dann noch körperliche und geistige Ueberanstrengung, Aufregungszustände u. s. w.

In praktischer Ausführung würde sich die Untersuchung und Beurtheilung des Antragstellers etwa so zu gestalten haben:

Die erste Frage ist, ob der Zustand des Gefässsystems des Untersuchten seinem Lebensalter entspricht? Unter einem Alter von 40 Jahren ist nicht das geringste Zeichen einer erhöhten Pulsspannung, keinerlei Rigidität oder Schlingelung der fühlbaren Arterien zu gestatten. Nach einem Alter von 45 Jahren darf der Radialpuls etwas härter (besonders beim Handarbeiter), die Temporalarterien etwas stärker hervortretend (besonders bei geistigen Arbeitern) sein, eventuell ist auch ein leicht verstärkter II. Basalton noch zuzulassen, niemals aber eine Accentuirung des II. Aortentons allein.

Hat die objektive Untersuchung Anhaltspunkte für die bestehende Arteriosclerose nicht ergeben, oder lediglich nur die eben genannten, so ist die Lebensprognose doch erst dann nur günstig zu stellen, wenn die prädisponirenden Momente ausgeschlossen werden können, die der Gefahr nach so zu rubriziren sind: Syphilis, Alkohol, Erbllichkeit, Beruf, körperliche oder geistige Ueberarbeitung. Je nach dem Einzelfalle ist zu entscheiden, wenn sich eines oder mehrere dieser Momente finden; in Frage kommen kann im günstigen Falle nur eine Versicherung mit Abkürzung auf ein mehr oder weniger hohes Alter.

Chefarzt Dr. Poëls - Brüssel: „Die Versicherung der minderwerthigen Leben“.

Die Segnungen der Lebensversicherung, die heute nur den von der Gesundheit Begünstigten zu Theil werden, auch den gesundheitlich Minderwerthigen zugänglich zu machen, ist mit Recht das Streben der Gesellschaften von der frühesten Zeit bis in die Neuzeit hinein gewesen. So viele Versuche aber

auch gemacht worden sind, theoretisch ausgeklügelte Verfahren in die Praxis zu übersetzen, eine Lösung der Aufgabe hat kein einziger erbracht. Referent hat wiederholt in dieser Zeitschrift über solche Versuche berichtet, er verweist heute auf seine Kritik der ärztlichen Versicherungsdiagnostik der vollwerthigen und minderwerthigen Leben von Buchheim 1897 No. 18, weil Poëls an die Arbeit Buchheim's anknüpft und die versicherungswissenschaftliche Literatur nun auch mit einem System von Gefahrenklassen bereichert, das er im Speziellen an der Versicherung von Herzklappenfehlern dem Kongresse erläutert.

Es ist unmöglich, hier auch nur auszugsweise über das Material zu referiren, dass Poëls aus der allgemeinen medizinischen und der Lebensversicherungsliteratur aller Länder zusammengetragen hat, um die sich gestellten drei Fragen zu beantworten: Welches mittlere Alter erreichen die Herzklappenfehler? Wie sind sie zum Zwecke ihrer Versicherung zu klassifiziren? Wo liegt die Grenze ihrer Versicherbarkeit? Von besonderem Interesse ist auch nur der dritte Theil seiner Ausführungen, in dem er sich der Versicherungstechnik der Herzklappenfehler auf Grund der lediglich klinisch gewonnenen Grundlagen zuwendet. Er verwirft die Zuschlagsprämie, weil ihre Anwendung nur da eine Berechtigung habe, wo es sich um krankhafte Zustände handele, die sich, wie z. B. die Hernie, scharf definiren liessen und die andererseits eine auf statistischer Grundlage fussende Berechnung ihrer Höhe einwandfrei gestatteten und Beides sei bei den Klappenfehlern unmöglich. Ebenso sei auch die Alterserhöhung nicht anzuwenden, weil eben auch hier die statistischen Unterlagen für die Abschätzung der anzuwendenden Erhöhung fehlten, dann aber gerade dieses Verfahren für eine spätere statistische Bearbeitung die am wenigsten brauchbaren Resultate ergeben würde. Anders die Abkürzung. Hier hätten wir wenigstens klinische Anhaltspunkte für eine annähernd gleichmässige Behandlung zur Verfügung und sie ist es denn auch, die Poëls für sein System der Versicherung minderwerthiger Leben, zunächst hier der Herzklappenfehler adoptirt. Die Versicherung geht in allen Fällen mit dem 50. Jahre zu Ende; im Uebrigen richtet sich im Einzelfalle die anzuwendende Abkürzung nach der Schwere der Erkrankung, ihrer Ursache u. s. w. Z. B.

Gruppe I. Klappenfehler seit der Kindheit; Ursache unbekannt; Anamnese frei von akutem Gelenk-Rheumatismus und anderen Infektionskrankheiten; gute Heredität; gegenwärtiger Gesundheitszustand vorzüglich; äussere Verhältnisse sehr günstig; Lebensalter etwa 35 Jahre. Abkürzung auf 15 Jahre.

Gruppe II. Klappenfehler nach akutem Gelenk-Rheumatismus oder einer anderen Infektionskrankheit seit mindestens 10 Jahren. Inzwischen kein Rezidiv des Gelenk-Rheumatismus. Lebensalter 40 Jahre. Zur Zeit gute Kompensation bei auch sonst guter Gesundheit und günstigen äusseren Verhältnissen. Abkürzung auf 10 Jahre.

Gruppe III. Klappenfehler nach akutem Gelenk-Rheumatismus; später noch einige leichte Rezidive. Angestregtes Leben unter weniger günstigen äusseren Bedingungen. Alter 40 Jahre. Abkürzung auf 5 Jahre.

Gruppe IV. Schlechte Kompensation; allgemeiner Gesundheitszustand, äussere Verhältnisse ungünstig. Abweisung event. Aufnahme auf 2 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Ohne Gefahr sei natürlich dieses Verfahren für jetzt nicht, im Gegentheil müssten die Gesellschaften, die das System in Anwendung zögen, auf Verluste gefasst sein, aber darum sei auch zu wünschen, dass sich eine grössere Anzahl von Ge-

sellschaften zusammenschliessen, um auf gemeinsame Rechnung solche Leben zunächst zu versichern. Der Lohn liege in der Zukunft, in der Gewinnung brauchbarer statistischer Unterlagen, die anders als durch die Lebensversicherung selbst, nicht zu gewinnen seien.

Referent hat sich in der Diskussion des Längeren sowohl gegen den theoretischen I. und II. Theil, als auch gegen den III. versicherungstechnischen Theil ausgesprochen. Er verweist auch hier wieder auf seine oben bereits zitierte Kritik der Buchheim'schen Arbeit und fügt nur hinzu, dass Poëls seine Arbeit selbst am Schärfsten damit gerichtet hat, dass er einen Zusammenschluss von Gesellschaften für nothwendig hält, um den pekuniären Gefahren seines Systems zu begegnen, allerdings mit der tröstenden Aussicht, für die Zukunft dann wenigstens brauchbare Statistiken zu erhalten. Dass sich eine solche Vereinigung von Gesellschaften je finden sollte, ist ausgeschlossen, sie ist aber auch nicht nothwendig, denn es giebt einen Weg, der ebenso sicher zu Statistiken für die Zukunft führt und dabei den grossen Vorzug hat, dass er so gut wie nichts kostet und von jeder Gesellschaft allein beschritten werden kann. Es ist das der Weg, den die Lebensversicherungsbank von Gotha jetzt seit nunmehr 5 Jahren eingeschlagen hat und einschlägt, nämlich der der Kontrolle der Abgewiesenen. Der Zeitraum ist zu kurz, um schon heute über praktische Resultate berichten zu können, dringend zu empfehlen ist aber, dass diese Untersuchungen auch von anderen Anstalten aufgenommen werden, denn sie stellen den einzigen Weg dar, der zur Lösung des Problems der Versicherung von minderwerthigen Leben führen wird, denn er führt allein zu Statistiken, die wir einzig und allein und durchaus benöthigen, wenn wir auch nur einen Schritt hier weiter kommen wollen.

Florschütz.

Ophthalmologische Gesellschaft der Grossbritannischen Königreiche.

(The British Medical Journal 22. June 1901.)

In einer Sitzung der ophthalmologischen Gesellschaft berichtet Major M. T. Yarr über zwei Verletzungen des Auges durch Blitz. Der erste Fall betrifft einen Major im Orange River Colony. Derselbe war bei heftigem Gewitter beschäftigt, sein Zelt aufzuschlagen, als er plötzlich ein Prickeln der rechten Seite vom Kopf bis zum rechten Arm verspürte. Er war halb bewusstlos, erholte sich aber bald davon, das Prickeln im Arm verschwand erst nach einigen Tagen. Vier Monate später entdeckte er zufällig, dass er auf dem rechten Auge blind sei und wurde deshalb als Invalide in das Hospital aufgenommen. Bei der ersten ärztlichen Untersuchung konnte er die Finger nur auf drei Fuss Entfernung zählen. Im Augenhintergrund sah man mehrere grosse Blutungen, die älteren Datums sein mussten, ferner atrophische Flecken der Netzhaut. Die Pupille war blass, die Arterien schien verengt. Das linke Auge dagegen war normal.

Der zweite Fall betraf einen dem zweiten Royal Berkshire Regiment angehörenden Mann, welcher in Belfast in Transvaal Telephondienst zu versehen hatte. Während seiner Thätigkeit wurde er bei starkem Gewitter vom Blitz getroffen. Er stürzte bewusstlos zusammen und als er das Bewusstsein erlangte, war er unfähig, zu sehen. Er hatte keinerlei körperliche Verletzungen davongetragen. Am folgenden Tage konnte er hell und dunkel wieder unterscheiden und eine Woche später hatten beide Augen Lichtempfindung und mit dem linken konnte er die Finger zählen. In beiden Augen sah man Ablösung der Netzhaut von grosser Ausdehnung. Die Sehkraft war vor der Verletzung normal gewesen.

Franz Meyer-Berlin.

Aus der 65. Jahresversammlung der British medical Association zu Cheltenham.

Diskussion über Beschäftigungskrankheiten.

(Brit. med. Journal 17. Aug. 1901.)

1. In der Abtheilung für Staatsarzneiheilkunde spricht Legge über Beschäftigungskrankheiten.

Die krankhaften Veränderungen, welche durch die Beschäftigung und die Berührung mit den Giften im Gewerbe sich entwickeln, sind durchaus nicht immer dieselben, welche bei der medizinischen Anwendung dieser Gifte zu Stande kommen. So z. B. ist die Herstellung von Cyankalium und der Gebrauch starker heisser Lösungen desselben Salzes so gut wie ungefährlich. Bei der Herstellung von Kalium bichromatum sind die Verletzungen, welche durch die Dämpfe zu Stande kommen, lokaler Natur und beschränken sich im Wesentlichen auf die Haut. Der Beweis, dass sie auch die Lungen schädigen, ist durchaus nicht erbracht. Die Arbeiter, welche mit Arsen zu thun haben, sei es nun mit der Herstellung der Arsensäure oder Schweinfurter Grün, zeigen nur Hautveränderungen, die Zeichen der Neuritis dagegen fehlen, und doch besteht kein Zweifel, dass die Dämpfe resorbirt werden, da Heiserkeit und Erscheinungen von Magendarmkatarrhen öfter auftreten. Typische Zeichen von Quecksilbervergiftung beobachtet man bei den Arbeitern, welche Barometer und Thermometer anfertigen oder welchen die pharmazeutische Anfertigung von Quecksilber obliegt. Dagegen ist bei den Hutmachern, welche Kaninchenhaare mit Quecksilberlösung behandeln, Salivation selten, nur Zittern und Erosionen des Zahnfleisches beobachtet man, letztere als eine Folge der scharfen Dämpfe.

Was den Phosphor betrifft, so ist es auffallend, warum die fortgesetzte Einathmung der Dämpfe von gelbem Phosphor sich auf eine lokale Verletzung der Kieferknochen beschränkt, aber es fehlen thatsächlich andere Zeichen der Phosphorvergiftung und es ist nicht bekannt, dass Arbeiter, welche viele Jahre mit dem Eintauchen der Streichhölzer in Phosphor sich beschäftigen, fettige Entartung der Leberzellen sich zuziehen. Milzbrand ist wunderbarer Weise bei denen, welche mit Wolle, Rosshaar, Häuten und Fellen zu manipuliren haben, eine seltene Erscheinung und das ist um so auffallender, weil man manchmal die Milzbrandsporen in dem Rosshaar, das von China kam, nachweisen konnte.

Tetanus kommt bei Jutearbeitern hier und da vor.

Die Bleivergiftung ist oft schwer zu beurtheilen, man soll sie nur dann diagnostiziren, wenn die Symptome ausgesprochen sind. Erscheinungen von Anämie allein genügen nicht zur Diagnose.

Die Einwirkung von Staub und Gasen ist ein wichtiger und gefährlicher Faktor bei den Berufskrankheiten. Die Lungentuberkulose und die fibroide Entartung der Lunge können dieser Ursache ihre Entstehung verdanken. Ausser der Einathmung von Mineralsäuren kommt z. B. der Staub von Flachs etc. in Betracht. In welcher Weise die Inhalation der Gase auf die Lungen ihre Wirkung ausübt, ist nicht einfach zu erklären, auch die Beziehungen und Verschiedenheiten der Tuberkulose der Lungen und der fibroiden Entartung — in welcher man vielleicht eine Art von Heilungsprozess erblicken kann, machen Schwierigkeit in der Beurtheilung. Legge kommt nochmals auf die Bleivergiftung zurück und kommt zu dem Schluss, dass die schwereren Bleivergiftungen bei den Arbeitern zu Stande kommen, welche das metallische Blei oder die Salze desselben im Verdauungskanal aufnehmen, bei denen, welche Feile schneiden und bei den Malern. Weniger schwer sind die Fälle, wo das Blei in Gestalt von Bleidämpfen eingeathmet wird. Bei dem männlichen Geschlecht ist die Bleilähmung häufiger, bei dem weiblichen, Kopfschmerz, Anämie, Gehirnleiden.

2. Weiter spricht William Murray über chronische Messingvergiftung. Besonders in der französischen Literatur hat man häufiger derartige Vergiftungen beschrieben und es ist zweifellos, dass es eine typische Krankheit giebt mit charakteristischen Symptomen. bei Messingarbeitern häufig wiederkehrend, welcher man bis jetzt zu wenig Beachtung geschenkt hat. Ein akutes Befallenwerden unter dem Namen des Gelbgiesserfiebers von vorübergehendem Charakter kennt man seit längerer Zeit, obwohl wenige Aerzte solche gesehen haben. Weit häufiger sind die Erkrankungsfälle, welche durch langdauernde Resorption von Messingstaub entstehen und welchen man bis jetzt nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet hat. Die Erscheinungen sind folgende: vor allen Dingen Anämie von dem Charakter der Oligämie mit Unbehagen, Kopfschmerz, grosser Schwäche und Nervosität. Mit dem Fortschreiten der Krankheit nimmt die Blässe der Hautfarbe zu, der Kranke magert ab und zwar so hochgradig, dass er das typische Aussehen des Phthisikers hat. Die Muskeln werden schlaff, einzelne Bündel derselben zeigen Zittern, besonders an den Händen und an der Zunge, es treten Muskelschmerzen und Neuralgien auf, ferner Verdauungsstörungen verschiedener Art, unangenehmer Metallgeschmack im Munde, übelriechender Athem, dazu kommen Katarrhe der Luftwege, besonders des Rachens und des Kehlkopfs mit Auswurf, manchmal mit Blutspen, auch profuse Schweisse sind nicht selten und der Schweiss hat grünliche Verfärbung. Auch die Haare, besonders von alten grauhaarigen Arbeitern, bekommen einen Stich ins Grünliche. Am Zahnfleisch bemerkt man ebenfalls einen graugrünen Saum.

Ob die Ursachen durch das Kupfer oder Zink oder Beimengung von Blei und Arsen sind, darüber ist man nicht einig, doch ist es wahrscheinlich, dass das Kupfer das schädliche Agens ist und das Zink die Wirkung verstärkt. Auch Fälle von ataktischer Neuritis und Pseudo-Tabes werden als Folge von Messingvergiftung beschrieben. Welches Gift auch immer das wirksame ist, es gelangt jedenfalls auf dem Verdauungswege und durch die Lungen in Form von feinsten Staubtheilen, die in den Arbeitsräumen herumfliegen und den Boden und die Maschinentheile bedecken, in den menschlichen Körper.

Als Mittel gegen die Vergiftung wird besonders der reine Phosphor oder auch die Phosphorsäure als wirksam empfohlen. Wichtig zur Verhütung der Erkrankung sind strenge prophylaktische Massregeln, Beseitigung des Staubes durch gute Ventilation, absolute Reinlichkeit der Hände des Arbeiters bei den Mahlzeiten und das Verbot, dass die Mahlzeiten in den Arbeitsräumen selber eingenommen werden.

3. Von den andern Beschäftigungskrankheiten möchte ich nur kurz die Phosphor-Nekrose erwähnen, welche von W. F. Dearslen besprochen wird. Sie kommt für Deutschland so gut wie gar nicht in Betracht. Die Phosphor-Nekrose betrifft in der Regel die Kieferknochen. Durch die Aufnahme des Phosphors erleidet das ganze Knochensystem Veränderungen, welche darin bestehen, dass sich bei den jungen Menschen die Knochen verhärten und verdichten. Ueber das Entstehen der Kiefernekrose hatte man verschiedene Ansichten. Am meisten hat diejenige für sich, welche annimmt, dass das Blut mit Phosphor beladen durch den Körper geht mit einer besonderen Affinität für das Knochengewebe. Der Knochen verliert in Folge dessen von seiner Widerstandsfähigkeit gegenüber lokalen Verletzungen. Zu diesen gehören auch kariöse Zähne. In Folge der Reizung des geschwächten Knochengewebes durch kariöse Zähne wird dann die Nekrose des Kiefers veranlasst. Diese Theorie, welche von Lorinser stammt, kommt vielleicht der Wahrheit am nächsten. Bekannt ist, dass diese partielle Nekrose fast immer erst Jahre nach

Beginn der Beschäftigung mit Phosphor entsteht oder auch eintritt, nachdem die Beschäftigung mit Phosphor schon vor mehreren Jahren aufgegeben worden war. Die Aufnahme des Phosphors geschieht durch die Lunge, die Menge, welche durch die Haut resorbiert wird, kann nur sehr gering sein, und ebenso diejenige, welche vom Magen aufgenommen wird. Mit Hilfe von Röntgenstrahlen wird man die Knochenveränderung wahrnehmen können. Dearslen verlangt strenge Massregeln, um den Gebrauch und die Fabrikation des gelben Phosphors zu Streichhölzern in England zu verhindern. Den noch bestehenden Fabriken empfiehlt er strengste Reinlichkeit, möglichste Beseitigung der Phosphordämpfe, ferner eine regelmässige Beobachtung und Behandlung der Zähne der Arbeiter durch einen zuverlässigen Zahnarzt.

Franz Meyer-Berlin.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Simulation?

Entscheidung vom 6. Juli 1901.

Fr. B. erlitt am 5. September 1891 beim Abladen von Baumstämmen auf dem Lagerplatz des Zimmermeisters G. in S. eine Verrenkung und Quetschung des linken Hüftgelenks. Seit seiner Entlassung aus der chirurgischen Klinik in E. bezog B. eine Rente von 50 pCt. Am 5. Februar 1900 stellte B. unter Uebergabe eines Zeugnisses von Dr. med. L., worin bestätigt wurde, dass seit der an B. in der Klinik vorgenommenen Operation sich dessen Zustand wesentlich verschlimmert habe und B. nunmehr mindestens um 95 pCt. erwerbsbeschränkt sei, bei der Berufsgenossenschaft den Antrag auf Erhöhung der Rente. Die Genossenschaft lehnte den Antrag ab, da nach dem eingeholten ärztlichen Gutachten eine Verschlimmerung nicht eingetreten sei. Die Berufung des B. wurde dann vom Schiedsgericht abgewiesen, nachdem Kreismedizinalrath Dr. P. erklärt hatte, dass zur Zeit kein Anlass zur Erhöhung der Rente wegen Verschlimmerung bestehe; derselbe hielt die von Dr. L. behaupteten zeitweilig auftretenden Eiterungen in der Operationswunde nach der Beschaffenheit der Narbe zwar nicht für gänzlich ausgeschlossen, doch aber für sehr unwahrscheinlich. Diese Entscheidung focht B. durch Rekurs an und beanspruchte die Vollrente, gleichzeitig überreichte er Bescheinigungen des Dr. L. und des Dr. M. Geschäftsführer Z. beantragte hingegen die Zurückweisung des Rekurses. Auf Beschluss des Rekursgerichts ist der Kgl. Bezirksarzt Dr. G. in R. um ein Gutachten darüber ersucht worden, ob in den Verhältnissen des Verletzten eine wesentliche Verschlimmerung eingetreten ist. Dem Kläger B. wurde ferner am 25. Februar 1901 aufgegeben, sobald sich an der Operationswunde Eiterungen ansammeln oder sonstige Beschwerden hervortreten sollten, sich beim Bezirksarzte zur Untersuchung einzufinden. Als am 8. Mai 1901 der Bezirksarzt anzeigte, dass B. sich bei ihm noch nicht gemeldet habe, liess das Rekursgericht den Kläger durch das Bezirksamt belehren, dass es in seinem eigenen Interesse liege, der Aufforderung vom 25. März 1901 nachzukommen, und dass aus seiner Weigerung nachtheilige Schlüsse wider ihn gezogen werden könnten. Der Kläger B. erklärte darauf, dass seit dem 25. März 1901 keine so hochgradigen Beschwerden aufgetreten seien, welche eine ärztliche Untersuchung und Behandlung erforderten, und dass er wohl hin und wieder leichtere Beschwerden verspürt, sie aber nicht weiter beachtet habe. Das Reichsversicherungsamt hat hiernach davon abgesehen, den Kläger B. durch den Bezirksarzt Dr. G. untersuchen zu lassen und im Hinblick auf die eigenen Angaben des Klägers in Verbindung mit dem Gutachten des Dr. L. und des Kreis-

Medizinalraths Dr. P. den Beweis nicht für geführt erachtet, dass seit Festsetzung der Theilrente von 50 pCt. in dem Zustande des Klägers B. eine wesentliche, mit einer weiteren Schmälerung seiner Erwerbsfähigkeit verbundene Verschlimmerung eingetreten ist; auf die Atteste des Dr. L. und des Dr. M. ist kein entscheidendes Gewicht gelegt worden. Dr. L. hatte u. A. ausgeführt, dass er eine Verschlimmerung des Allgemeinzustandes B.'s nicht nachweisen konnte; wenn B. in Dr. L. nicht eine so bereitwillige Unterstützung fände, würden seine Klagen bald verstummen, da die Rente von 50 pCt. genügend hoch sei. Dr. P. stimmte im Wesentlichen Dr. L. bei und führte u. A. aus, die Angabe des Dr. L., nach welcher seit der Operation in der Operationswunde bis ins Hüftgelenk gehende Eiterungen zeitweise auftreten sollten, steht im Widerspruch mit dem Befunde anderer Aerzte, nach welchem die Narbe fast verheilt, auf der Unterlage verschieblich, schmerzlos und nicht geröthet war, was gegen die Fortdauer eines eiternden Prozesses im Hüftgelenk spreche; eine Verschlimmerung liegt nicht vor. M.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Ist Trunksucht eine Krankheit?

Entscheidung vom 17. Oktober 1901.

Der Fabrikant H. und ein Redakteur waren angeschuldigt worden, sich gegen eine Polizeiverordnung vom 30. Juni 1887 vergangen zu haben, welche das öffentliche Anpreisen von Heilmitteln verbietet, deren Verkauf gesetzlich untersagt oder beschränkt ist. In einer Nummer der Zeitung war ein Inserat enthalten, in welchem ein Heilmittel mit Namen Hämatin als wirksamstes Mittel gegen die Trunksucht angepriesen wurde; ausdrücklich wurde dort angekündigt, dass Trunksucht heilbar sei. Während das Schöffengericht die Angeklagten freisprach, erkannte die Strafkammer auf eine Geldstrafe, da Hämatin ein Arzneimittel sei, welches unter die Kaiserliche Verordnung vom 27. Januar 1890 falle und daher nur in Apotheken verkauft werden dürfe. Hämatin sei auch als Heilmittel gegen eine Krankheit angepriesen worden. In der Revisionsinstanz wurde geltend gemacht, Trunksucht sei gar keine Krankheit, sondern nur ein Laster; durch Trunksucht entstanden erst Krankheiten. Der Oberstaatsanwalt beantragte aber die Zurückweisung der Revision, da die heftige Begierde nach Spirituosen als eine Krankheit anzusehen sei. Der Strafsenat des Kammergerichts wies auch die Revision als unbegründet zurück und machte geltend, es erscheine nicht rechtsirrtümlich, wenn der Vorderrichter annehme, dass Hämatin, welches nach der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 nur in Apotheken verkauft werden dürfe, gegen eine Krankheit als Heilmittel angepriesen sei; möge man auch gewöhnliche Trunksucht als Laster ansehen. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Delbrück, Hygiene des Alkoholismus. Mit 10 Kurventafeln im Text. Jena, Gustav Fischer, 1901. 85 Seiten. Mk. 2,50.

Vorliegende Abhandlung, welche ein Separatabdruck aus dem ersten Supplementband zu dem bekannten Handbuche der Hygiene von Th. Weyl ist, verdanken wir der Feder Delbrück's, eines zielbewussten Bekämpfers des Alkoholismus in literarischer Beziehung und in Vereinsthätigkeit, eines der eifrigsten deutschen Anhänger der Totalabstinenz.

In fast zu bescheidener Weise betont er in der Einleitung die durch die Natur der Materie gegebene Schwierigkeit, eine erschöpfende Bearbeitung des Themas zu geben. Man muss aber doch hervorheben, dass ihm diese Aufgabe gelungen ist,

soweit das überhaupt auf einem so beschränkten Raum möglich. Wie sehr unsere Literatur über Alkoholismus und Alles, was damit zusammenhängt, in den beiden letzten Jahrzehnten angeschwollen ist, wie eifrig hier von den Irrenärzten und Neurologen, den Internisten, den Physiologen, den Sozialpolitikern, kurz, von den verschiedensten Berufsständen gearbeitet worden ist, wird nur der ermessen können, der diese Bestrebungen verfolgt. Diesem wird Verfasser kaum wesentlich Neues bringen; aber die Arbeit ist wie das Gesamttwerk, von dem es einen Theil bildet, für weitere, vor Allem auch für nicht-ärztliche Kreise bestimmt, und diesen wird sie um so mehr Nutzen bringen, als sie kurz, prägnant und doch anregend geschrieben ist.

In drei Abschnitten bespricht Verfasser die Ursachen, die Erscheinungen und die Bekämpfung des Alkoholismus. Es möge genügen, hier auf folgende Punkte hinzuweisen. In einer auch den Laien überzeugenden Weise setzt er auseinander, dass es auf die Form, in der der Alkohol verbraucht wird, ob Bier, ob Wein, ob Schnaps, nicht ankommt; hoffentlich wird er bei Vielen dieses weit verbreitete Vorurtheil damit zerstreuen. Ausserordentlich interessant ist die Zusammenstellung des gegenwärtigen Konsums an Alkohol in Wein, Bier, Branntwein sowie der sich daraus ergebenden Gesamtmengen Alkohols in den verschiedenen Kulturstaaten. Berücksichtigt man diese letzteren, so ergibt sich, dass wenigstens jetzt die Länder, in denen vorwiegend Schnaps konsumiert wird, die mässigen, die Wein- und Bierländer die unmässigen sind. Sehr bedenklich ist die Zunahme des Konsums in den letzten Jahrzehnten, die durch Kurven recht anschaulich dargestellt wird. Eine Vergleichung der Kurven lehrt eine durchweg ansteigende Tendenz des Bierkonsums, die meist abfallende oder stabile Tendenz der Branntweinkurven. Die Bierkurven übertreffen jetzt in Belgien, England und Deutschland in ihrer gegenwärtigen Höhe die sämtlichen Branntweinkurven, so dass sich daraus der Schluss ergibt, dass das Bier eine der schlimmsten Geisseln des beginnenden Jahrhunderts zu werden droht. Mit der Grösse des Alkoholismus wächst progressiv die Gefahr des Alkoholismus.

Der zweite Theil bringt einen kurzen, aber doch vollständigen Ueberblick über unsere heutigen Kenntnisse der schädlichen Wirkungen des Alkohols bei akutem und chronischem Konsum, für den Konsumenten selbst wie für seine Nachkommen.

Von grösster praktischer Wichtigkeit ist der der Behandlung des Alkoholismus gewidmete Schlussabschnitt. Dass D. volle Abstinenz, nicht nur für die Trinker, sondern für Alle verlangt, dass er in ihn das vorzüglichste Mittel sieht, weil sie mit den bisherigen Trinksitten radikal aufräumt, auf deren Konto die überwiegende Mehrzahl von trunksüchtigen Männern gestellt werden muss, das liess sich von vornherein erwarten. V. verhehlt sich dabei durchaus nicht die Vorurtheile und Schwierigkeiten, die sich einem solchen Beginnen hindernd in den Weg stellen werden. Mit besonderem Nachdruck macht Verfasser darauf aufmerksam, dass man, wie ein Blick auf die Geschichte des Kampfes gegen den Alkoholismus in den verschiedenen Ländern zeigt, überall stetig zu radikaleren Massnahmen vorgeschritten ist, von der Mässigkeit zur Branntweinabstinenz, von dieser zur Totalabstinenz.

Möge es der warm und lebendig geschriebenen Arbeit gelingen, die, wie gesagt, nach Form und Inhalt auch für weitere Kreise bestimmt ist und diesen von uns Aerzten nur dringend empfohlen werden kann, die Augen für die Gefahren des Alkoholismus zu öffnen und die Erkenntniss zu verbreiten, dass der Alkoholismus zwar eine recht schwere, aber doch nicht unheilbare Krankheit darstellt.

Ernst Schultze.

Scholz, Ludwig. Irrenfürsorge und Irrenhilfsvereine. Für Aerzte und Laien. Halle a. S. C. Marhold. 1902. 78 S. Mk. 1.80.

Verfasser stellt in vorliegender Broschüre die Aufgaben der Irrenfürsorge zusammen, soweit diese die ausserhalb der Anstalten untergebrachten Kranken betrifft. Er theilt die Aufgaben ein in die engeren und in die weiteren. Bei jenen bespricht er die finanzielle Unterstützung der Kranken und deren Familie, den Schutz und die Ueberwachung der Kranken, bei diesen die Aufklärung der Bevölkerung über das Irrenwesen, die Erregung des allgemeinen Interesses für diesen Gegenstand, die Bekämpfung von Vorurtheilen, besonders vor Gericht, beim Militär, in Schule und Haus, sowie die Sorge für die Verhütung von Psychosen.

Die Schrift bringt dem Irrenarzt naturgemäss nichts Neues, und das will sie auch nicht. Aber die Darstellung ist so anziehend, so lebendig und anschaulich, dass er sie gerne und oft dem Nichtfachmann empfehlen wird, der sich ein besseres Verständniss über unser Irrenwesen und die hieraus sich ergebenden Aufgaben verschaffen will. Dazu ist die Broschüre entschieden angethan. Wünschen wir ihr im Interesse unserer Kranken eine recht ausgedehnte Verbreitung und warme Beherzigung.

Ernst Schultze.

Ernst Meissen, Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberkulose. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1901.

Das vorliegende Buch enthält ausser einer ausführlichen Abhandlung über das Sanatorium Hohenhonnef verschiedene, zum grossen Theil bereits früher publizierte Arbeiten von Meissen, Schroeder und Naegelsbach über die Verbreitungsweise der Lungenschwindsucht, über das Fieber im Verlaufe der chronischen Lungentuberkulose, über einen Fall von „hysterischem Fieber“, über die Mischinfektion bei chronischer Lungentuberkulose, über Diazoreaktionen im Harne und Bakterienbefunde im Blute von Phthisikern, über die „vermeintlichen Blutveränderungen“ im Gebirge u. A. m.

Eigenthümlich berührt es, als Anlage II des ausführlichen Aufsatzes über Hohenhonnef die Liste der Aktienzeichner und die Bilanz der Aktiengesellschaft, welcher das Sanatorium gehört, aufgeführt zu finden (Seite 111 bis 121)! R. Stern-Breslau.

Tagesgeschichte.

Der Begriff „Unfall“.

Das Unfallversicherungsgesetz selbst giebt keine Begriffsbestimmung des „Unfalls“. Es liegt daher nahe, dass in den Kreisen der Versicherten immer wieder die Annahme sich geltend macht, jede Schädigung im Betriebe sei ein Betriebsunfall im Sinne des Gesetzes und daher entschädigungspflichtig. Kürzlich hatte das Reichsgericht sich wieder mit dieser Frage zu beschäftigen. Die Entscheidung fiel ganz im Sinne der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts aus. Wir geben aus der in der „Arbeiterversorgung“ abgedruckten Urtheilsbegründung das Wesentliche nachstehend wieder.

Nach dem Wortsinne ist unter Unfall ein bestimmtes Ereigniss zu verstehen, welches schädliche Folgen herbeigeführt hat. Das bezeichnete Gesetz geht offenbar auch von diesem Begriff des Unfalls aus. Denn es setzt mehrfach Fristen fest (vgl. § 5 Abs. 2, 59), welche mit dem Eintritte des Unfalls beginnen. Es muss also mit dem Worte „Unfall“ ein zeitlich bestimmtes einzelnes Ereigniss gemeint sein, da sonst nicht ermittelt werden könnte, von wann ab die Frist zu berechnen ist. Es ist auch nicht etwa die eingetretene schädliche Folge, die Gesundheitsbeschädigung oder der Tod des Verletzten als

Beginn der Frist festgesetzt. Denn es ist im § 59 Abs. 2 ausdrücklich bestimmt, dass einer Anmeldung nach Ablauf der Frist — nämlich später als 2 Jahre nach dem Eintritte des Unfalls — dann Folge zu geben ist, wenn zugleich glaubhaft gemacht ist, dass die Folgen des Unfalls erst später bemerkbar geworden sind. An einem solchen Ereigniss, nach dem sich die festgesetzten Fristen berechnen liessen, würde es aber fehlen, wenn unter Unfall auch eine Gesundheitsbeschädigung zu verstehen wäre, die durch eine längere Zeit, vielleicht Jahre lang dauernde schädliche Einwirkung auf den Körper eines Menschen hervorgerufen ist. Diese Grundsätze hat das Reichsgericht auch nicht nur in dem vom Berufungsgericht zitierten Urtheile des III. Civilsenats vom 6. Juli 1898 (Entsch. Bd. 21 S. 77), sondern vielfach ausgesprochen. Vergl. die Urtheile des II. Civilsenats vom 8. Februar 1898 und des IV. Civilsenats vom 3. Juli 1899 (Entsch. Bd. 44 S. 254). Auch wird, wie die in dem zuletzt erwähnten Urtheile angeführten Zitate ergeben, diese Ansicht von dem Reichs-Versicherungsamt und in der Literatur vertreten. Das Vorbringen der Revision ist nicht geeignet, die Richtigkeit vorstehender Ausführungen zu widerlegen. Für den Begriff des Unfalls im Sinne des U. V. G. ist es unerheblich, ob dem Versicherten ein Schaden während eines ordnungsmässigen Betriebes entstanden ist, oder ob der Schaden durch eine ordnungswidrige Art des Betriebes hervorgerufen ist, denn nach dem Gesetze (§§ 5 und 6) soll für alle bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle, welche der Verletzte nicht vorsätzlich herbeigeführt hat, Schadensersatz geleistet werden. Die Frage, ob ein Unfall vorliegt, ist daher nicht davon abhängig, ob seitens des Betriebsunternehmers die erforderlichen Vorsichtsmassregeln beobachtet sind, sondern nur davon, ob ein einzelnes bestimmtes Ereigniss den eingetretenen Nachtheil verursacht hat. Der Gang der neueren Gesetzgebung spricht ebenso wenig für die Ansicht der Revision. Die im bürgerlichen Rechte bestehende Verbindlichkeit zum Schadensersatz ist zunächst durch das Haftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 erweitert, welches, abgesehen von dem Eisenbahnbetriebe, für gewisse Betriebsunternehmer eine Haftpflicht festgesetzt, wenn durch ein Verschulden ihrer Bevollmächtigten oder Betriebsleiter ein Mensch getötet oder körperlich verletzt ist. Das U. V. G. geht einen Schritt weiter und giebt dem Verletzten, bzw. seinen Hinterbliebenen in bestimmten Fällen einen Schadensersatzanspruch auch dann, wenn der Tod oder die Körperverletzung durch einen bei dem Betriebe sich ereignenden Unfall herbeigeführt ist, ohne den Nachweis eines Verschuldens des Betriebsunternehmers oder seiner Angestellten zu verlangen. Erst das Invaliden- und Alters-Versicherungsgesetz billigt unter bestimmten Voraussetzungen den Versicherten, wenn sie überhaupt dauernd erwerbsunfähig geworden sind, einen Anspruch auf Invalidenrente zu. Es bestimmt aber in § 9 Abs. 2, dass eine durch einen Unfall herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit den Anspruch auf Invalidenrente nur insoweit begründet, als nicht eine Rente nach dem U. V. G. zu leisten ist.

Die moderne Gesetzgebung unterscheidet also sehr wohl, ob Jemand durch einen Unfall oder ohne solchen durch den Betrieb zu Schaden kommt und schliesst allerdings im letzteren Falle den Beschädigten von den Wohlthaten des U. V. G. aus.

Rauchbelästigung.

Unter dem 1. November 1901 ist ein Ministerialerlass an die nachgeordneten Behörden ergangen, welcher in letzter Linie nichts Geringeres als eine gleichmässige Behandlung aller Klagen über Rauchbelästigung durch die Behörden bezweckt.

Zunächst werden die Grundsätze mitgetheilt, nach denen

in feststehenden fiskalischen Feuerungsanlagen zur Verhütung übermässiger Rauchentwicklung zu verfahren ist. Es wird der Grundsatz aufgestellt, dass die Entwicklung schwarzen, undurchsichtigen Rauches aus der Schornsteinmündung länger als 5 Minuten hintereinander nicht anhalten soll. Zu diesem Zwecke sollen zunächst als selbständige Heizer nur Personen angestellt werden, welche praktisch bewährt und theoretisch an einer Heizerschule gut ausgebildet sind. Die zuständigen Behörden sollen für die Belehrung und Beaufsichtigung der Heizer sorgen. Die Wahl des Brennmaterials soll durch die Rücksicht auf schwache Rauchentwicklung nicht entscheidend beeinflusst werden, vielmehr soll jeweils dasjenige Material bevorzugt werden, welches an dem betreffenden Orte leicht erhältlich und üblich ist, und nur bei sonst gleichen Verhältnissen soll das rauchschwächere Material bevorzugt werden. Wenn es nicht möglich ist, durch die Art der Bedienung des Feuers oder ohne besondere Kosten durch die Wahl des Brennmaterials übermässiger Rauchentwicklung vorzubeugen, so sollen an den Feuerungsanlagen besondere Rauchverhütungseinrichtungen, wie sie die heutige Technik bietet, angebracht werden. Wo neue Feuerungsanlagen hergestellt werden, soll schon bei der Ausschreibung die Bedingung gestellt werden, dass die Anlage mit dem am Betriebsorte erhältlichen Brennmaterial möglichst rauchfrei arbeiten muss.

Nach Ablauf des Etatsjahres 1903 sollen alle Dienststellen, unter deren Aufsicht grössere Feuerungsanlagen stehen, einen Bericht über den Erfolg ihrer Bemühungen bei der Durchführung dieser Vorschriften einreichen.

Von dem Erlass dieser Vorschrift ist auch den Gemeinden und Kreisverbänden Nachricht gegeben worden, um ihnen ein ähnliches Vorgehen zu empfehlen.

Nachdem auf diese Weise der Staat in seinen Betrieben das Möglichste gethan hat, um Gesundheitsschädigungen durch Rauchbelästigung vorzubeugen, sind die Gewerbeaufsichtsbeamten und Polizeibehörden angewiesen, nun auch den privaten gewerblichen Feueranlagen ihre besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Rauchbelästigungen, welche nachweislich mit gesundheitlichen Schädigungen einhergehen, wird in der Folge mit allem Nachdruck entgegengetreten werden. Die Besitzer der betreffenden Anlagen werden zunächst aufgefordert werden, innerhalb einer entsprechenden Frist Abhilfe zu schaffen, wobei ihnen die Gewerbeaufsichtsämter und die Ingenieure der Vereine zur Ueberwachung der Dampfkessel als sachverständige Berater beistehen sollen. Bleibt diese Aufforderung ohne Erfolg, so wird polizeilich oder gerichtlich vorgegangen werden.

Krüppelfürsorge.

Diejenigen Menschen, welche entweder durch angeborene Missbildungen oder durch früh erworbene Krankheiten des Centralnervensystems oder endlich durch Verstümmelungen des Gebrauchs ihrer Gliedmassen beraubt sind, mit einem Wort: die Krüppel, waren früher, sobald sie den armen Bevölkerungsschichten entstammten, ganz der Verkommenheit und dem Elend ausgesetzt. Heutzutage wird ein grosser Theil von ihnen durch die Arbeiterfürsorgegesetze vor dem völligen Ruin bewahrt. Für einen weiteren Theil sorgen die Krüppelanstalten, welche meist der privaten Wohlthätigkeit ihre Existenz verdanken. Diese Anstalten, welche bis auf wenige Ausnahmen auf die Anregung von Geistlichen hin geschaffen worden sind, haben in neuerer Zeit ihr Augenmerk besonders auf die ärztliche Behandlung und auf die körperliche und geistige Erziehung der Krüppel gerichtet.

Ueber den Umfang des bisher Geleisteten entnehmen wir der „Deutschen Arbeiterzeitung“ interessante Einzelheiten.

Die erste Arbeitsschule für Krüppel besteht seit 1873 in Kopenhagen. Mit einem Jahresaufwand von ca. 110000 Kronen gewährt das Heim Krüppeln aller Art, geistigen und körperlichen, Kindern und Erwachsenen aus ganz Dänemark unentgeltlich Behandlung, Unterricht und alle Bandagen und Apparate, die die fehlenden Glieder ersetzen und die Krüppel in den Stand setzen, zu arbeiten. Sämmtliche Lehrer des Heims sind Krüppel und ehemalige Zöglinge der Anstalt.

In Deutschland bestehen zur Zeit 23 Anstalten für Krüppelpflege. Die älteste ist ein staatliches Institut, die königl. Centralanstalt für Erziehung und Bildung krüppelhafter Kinder in München. Die anderen, welche in ganz Deutschland vertheilt sind, scheinen sämmtlich privater Natur zu sein. Bisher haben diese Anstalten schon fast 11000 Pflinglingen den Weg zu einem menschenwürdigen Dasein gebahnt, und nicht viel weniger als 1200 Plätze stehen in denselben zur Verfügung.

Wir sehen also, wie auf diesem Gebiete schon mancherlei geleistet ist. Ausreichend ist das bisher Geleistete noch lange nicht, und es will uns scheinen, als ob weite Kreise noch nicht genügend für die Krüppelfürsorge interessiert seien. Wir Aerzte müssen es besonders zu den Ehrenpflichten unseres Standes rechnen, auf diesem Gebiete kräftig mitzuarbeiten. Können doch ohne ärztliche Beihilfe weder für den körperlichen, noch in vielen Fällen für den seelischen Zustand der Krüppel die geeigneten Massregeln bestimmt werden. Noch treten uns gar zu oft in den Häusern der Armen, auf den Strassen in Dorf und Stadt, und auch in den Gefängnissen und Zuchthäusern die traurigen Erscheinungen der Unglücklichen entgegen, welche, durch ihre körperliche Hilflosigkeit leiblich verkommen und seelisch zurückgeblieben, eine Last für ihre Angehörigen sind und in einem grossen Prozentsatz dem Bettler- und Verbrecherthum verfallen.

Volksheilstätten für Nervenranke.

Wie die Stadtgemeinde Frankfurt a. M. jetzt dem dringenden Bedürfniss für Volksheilstätten für Nervenranke, deren Zahl stetig wächst, dadurch Rechnung trägt, dass sie bei ihrer Erweiterung der Irrenpflegeanstalt auch Villen zur Aufnahme von Nervenranke aller Art, also auch der Leichtkranke, bauen lässt, so gedenkt auch die badische Regierung in Folge der modernen Arbeitsweise sich häufenden Nervenleiden von Arbeitern durch eine Volksheilstätte für Nervenranke gerecht zu werden. Sie hat den Krankenkassenverband bereits von ihrem Vorhaben unterrichtet und dessen Vorstand hat die Sache bereits diskutiert und freudig begrüsst. Die Generalversammlung des Verbandes wird sich weiter mit der Sache beschäftigen, wie sich auch die Versicherungsanstalt bereits damit beschäftigt. Jedenfalls wird in den nächsten Jahren Baden auch eine Volksheilstätte für Nervenleidende aus den wenig bemittelten Klassen und speziell aus Arbeiterkreisen bekommen und somit einem immer dringender werdenden Bedürfniss abhelfen.

(Soz. Praxis.)

Konzessionspflicht der Privatkrankeanstalten.

Im Gegensatz zum preussischen Oberverwaltungsgericht hat das Reichsgericht den Grundsatz ausgesprochen, dass eine nach § 30 der Reichsgewerbeordnung konzessionspflichtige Privatkrankeanstalt auch dann vorhanden ist, wenn die Kranke nur während des ganzen Tages ununterbrochen dort anwesend sind und ihre Lebensweise in Verbindung mit der anzuwendenden Heilmethode geregelt und überwacht wird; Betten und Nachtaufenthalt der Kranke seien nicht erforderlich.

Moderne Geheimmittel.

Die Zeit, in der das Kurpfuscherthum seine Hauptstütze im Geheimmittelschwindel hatte, ist vorüber. „Naturheilkunde“ und „Magnetismus“ haben den geheimnissvollen Tränken, Pillen und Pulvern den Rang abgelaufen. Aber seltsam: gerade auf einem Gebiete, wo die „naturgemässe“, arzneilose Heilweise ihre grössten wirklichen Triumphe feiern könnte, spriesst ein phantastisches Arzneiwesen empor, das bestimmt nicht minder gefährlich ist, als der alte Geheimmittelschwindel. Auf der einen Seite breitet sich die Ueberzeugung aus, dass man den Krebs und die Syphilis nur noch durch kaltes Wasser, Lichtstrahlen, magnetische Streichungen etc. los wird, auf der andern nimmt man, um dick oder dünn zu werden, Arznei ein!

Der Zufall führt uns in einer kunstgewerblichen Zeitschrift ein interessantes Doppelinserat vor Augen, aus dem wir erfahren, dass „blendend schöne ideale und harmonische volle Formen einzig und allein durch Gebrauch des unfehlbarsten und unschädlichsten Kraft- und Nährpulvers Aphroditin erlangt werden“, dass dagegen Korpulenz beseitigt wird und wiederum ideale und harmonische Formen durch Gebrauch des dito Nähr- und Schönheitspulvers Sentalin erreicht werden. Diese Pulver, von denen ein Karton nur 3,25 Mark kostet, werden von einer „Nährmittelfabrik“ hergestellt, woselbst notabene auch auf schriftliche Anfragen über kosmetische und hygienische Dinge kostenfrei Rath ertheilt wird. Man beachte wohl: „Nährpulver“, „Nährmittelfabrik“; allerdings hebt das Aphroditin auch Blutarmuth, Nervosität u. dgl., aber natürlich — ein Arzneimittel ist es nicht.

Wir besprachen neulich die neue Kaiserliche Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln — hier haben wir einen eklatanten Grenzfall, bei dem es zweifelhaft ist, ob die Verordnung Anwendung findet oder nicht. Ist ein Schönheitspulver ein kosmetisches Mittel? Nach dem Wortlaut der Verordnung nicht, denn in ihr heisst es bei „kosmetische Mittel“ in Parenthese: Mittel zur Reinigung, Pflege oder Färbung der Haut, des Haares oder der Mundhöhle. Ist ein Kraftpulver ein Arzneimittel? Kann man einen Stoff, der Korpulenz beseitigt, ein Nährpulver nennen? Das sind alles Fragen, die der offiziellen Beantwortung dringend bedürfen! Jedenfalls aber werden die Behörden gut thun, sich die beiden „unschädlichen“ und „unfehlbaren“ Mittel einmal genauer auf ihre chemische Zusammensetzung anzusehen.

Internationale Vereinigung der Versicherungsärzte.

(Association internationale des médecins experts.)

Die beiden ersten Internationalen Kongresse der Aerzte der Versicherungsgesellschaften haben den Beweis ihrer inneren Berechtigung durch ihre Beschickung von Gesellschaften fast aller Länder und vor Allem durch ihre Arbeiten durchaus erbracht, es hat sich aber auch das Bedürfniss herausgestellt, dass die Verbindung unter den Aerzten der Gesellschaften auch in dem zweijährigen Zwischenraum nicht verloren gehen darf, wenn grössere fortlaufende Arbeiten nutzbringend durchgeführt werden sollen. Und aus dieser Erwägung heraus ist auf dem letzten Kongress in Amsterdam die Gründung einer Internationalen Vereinigung der Aerzte der Versicherungsgesellschaften beschlossen worden.

Die Medizin von heute leidet nicht Mangel an allen möglichen wissenschaftlichen Vereinigungen; wenn nun auch die Versicherungsärzte sich in einer besonderen Vereinigung zusammenschliessen, so liegt ihnen dabei nichts ferner, als den Zerfall der praktischen Medizin in die vielen Spezialfächer durch Schaffung einer besonderen Versicherungsmedizin noch weiter zu fördern,

im Gegentheil sind sie sich gerade bewusst, dass der praktische Arzt im eigentlichen Sinn des Wortes der allein berufene ist, praktischer Versicherungsarzt zu sein. Was ihren Zusammenschluss nothwendig macht, ist ihre besondere Aufgabe der Prognosenstellung, die nicht durch Einzelerfahrung am Krankenbett, sondern lediglich durch Erfahrungen zu lösen ist, die nur aus dem grossen in den Archiven der Gesellschaften aufgespeicherten statistischen Material zu gewinnen sind. Und diese auszutauschen und für ihre Zwecke zu verarbeiten, wird die vornehmste Aufgabe der Vereinigung und ihrer künftigen Kongresse sein.

Die auf dem Amsterdamer Kongress entworfenen und angenommenen Statuten der Vereinigung haben folgenden Wortlaut:

Bestimmungen.

I. Entsprechend der von dem I. Internationalen Kongress der Aerzte der Versicherungsgesellschaften gegebenen Anregung ist am 24. September 1901 auf dem II. Internationalen Kongress in Amsterdam eine Internationale Vereinigung der Aerzte der Versicherungsgesellschaften unter dem Namen: Internationale Vereinigung der Versicherungsärzte (Association internationale des médecins-experts) ins Leben gerufen worden.

Die Geschäfte führt ein Centralcomité, das in Brüssel seinen Sitz hat; Untercomités, deren jedes Land eines aus den Mitgliedern der bisherigen Organisations-Comités für die Internationalen Kongresse oder aus Besuchern dieser zu bilden hat, führen die Geschäfte des betr. Landes.

II. Der Zweck der Vereinigung ist:

1. Die wissenschaftliche Bearbeitung und Förderung aller den ärztlichem Dienste der Lebens- und Unfallversicherung betr. Fragen.
2. Die Bearbeitung mehr allgemeiner Fragen des Versicherungswesens, welche ihr zur Begutachtung überwiesen werden.
3. Die Sichtung und Gesamtbearbeitung der statistischen Arbeiten aller Länder.
4. Die Ausführung der Beschlüsse der Internationalen Kongresse.
5. Die Verbreitung der Arbeiten für diese Kongresse.
6. Die Herausgabe periodisch erscheinender Mittheilungen über wichtigere versicherungs-medizinischer Zeit- und Streitfragen.

III. Die Vereinigung setzt sich zusammen aus ordentlichen und ausserordentlichen Mitgliedern.

IV. Ordentliche Mitglieder können nur die an leitender Stelle der Gesellschaften arbeitenden Aerzte werden (médecins-experts).

V. Ausserordentliche Mitglieder können Aerzte und auch Nichtärzte werden, wenn ihre besonderen Kenntnisse die Mitarbeit an den Bestrebungen der Vereinigung voraussetzen lassen.

VI. Der jährliche Beitrag beträgt 4 Mark.

VII. Die Zahl der Mitglieder ist unbegrenzt.

VIII. Die Anmeldung hat schriftlich bei dem Comité des betr. Landes zu geschehen, das auch über die Aufnahme oder Nichtaufnahme entscheidet. Das Aufnahmegesuch bedarf der Empfehlung zweier Mitglieder, die es, wie der Aufzunehmende, zu unterzeichnen haben. Die Aufgenommenen sind dem Centralcomité namhaft zu machen.

Die Vorarbeiten in Deutschland sind eben jetzt in Angriff genommen worden; sobald das Comité gebildet ist, wird an dieser Stelle darüber berichtet werden. Anfragen und dergl. sind bis auf Weiteres an den bisherigen Sekretär für den Internationalen Kongress, den I. Bankarzt der Lebensversicherungsbank f. D., Herrn Dr. Florschütz in Gotha, zu richten.