

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. Haug Professor München.	Dr. Kionka Professor Jena.	Dr. Kirchner Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof. Berlin.	Dr. A. Leppmann Med.-Rath. Berlin.	
Dr. von Liszt Geh. Just.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Loebker Professor Bochum.	Dr. Ostertag Professor Priv.-Doz. u. Berlin.	Dr. Puppe Gerichtsarzt Berlin.	Radtke Kaiserl. Reg.-Rath Berlin.	Dr. Roth Reg.-u. Geh. Med.-Rath Potsdam.	Dr. Sillex Professor Berlin.	Dr. Stolper Breslau.	Dr. Windscheid Professor Leipzig.

Dr. F. Leppmann - Berlin.
Verantwortlicher Redakteur.

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

VIII. Jahrgang 1902.

No. 2.

Ausgegeben am 15. Januar.

Inhalt:

Originalien: Puppe, Ueber Fortbildungskurse für Medizinalbeamte. S. 25.
Radtke, Ueber die Abschätzung der durch Betriebsunfall verursachten Einbusse an Erwerbsfähigkeit. S. 26.
Stolper, Syringomyelie — Gelenkerkrankung — Trauma. S. 28.
Schäffer, Raynaud'sche Krankheit und Trauma. S. 32.
Prinz, Aerztliches Berufsgeheimniss und Todesursachenstatistik. S. 35.
Referate: Sammelbericht: Roth, Gewerbehygienische Rundschau. S. 37.
Chirurgie. Eichel, Subkutane traum. Bauchblutungen. S. 38.
Hinds, Zerreißung der vena cava inferior. S. 38.
Rutkow, Abreißung des Samenstranges. S. 38.
Neurologie und Psychiatrie. Moeli, Zustände abnormen Bewusstseins in Folge von Alkoholvergift. u. deren forensische Bedeutung. S. 39.
Binswanger, Pathologie und pathologische Anatomie der Taboparalyse. S. 39.
Rolly, Angeborene doppelseitige Starre bei Zwillingen. S. 39.
Rolly, Weiterer Beitrag zur kongenitalen Muskelstarre. S. 39.
Sommer, Das Westphal'sche Zeichen als Merkmal der erblichen Degeneration. S. 39.
von Fragstein, Synkinesien bei intaktem Nervensystem. S. 40.
Hahn, Kontraktionen bei Dystrophia muscularis progressiva. S. 40.

Bonhoeffer, Posthemiplegische Bewegungsstörungen. S. 40.
Nalbandoff, Rückgratsverkrümmungen bei Syringomyelie. S. 40.
Ohrenheilkunde. Voss, Ohrenleiden bei Hysterischen. S. 40.
Gradenigo, Erfolge der zu akustischen Zwecken unternommenen Eingriffe in die Trommelhöhle. S. 40.
Braunstein, Bedeutung der Lumbalpunktion für die Diagnose intracraneller Komplikationen der Otitis. S. 40.
Gerichtliche Entscheidungen: Aus dem Reichsversicherungsamt: Nervenleiden in Folge eines Unfalls. S. 41.
Aus dem Ober-Verwaltungsgericht: Gesundheitsschädliches Wasser. S. 41.
Bücherbesprechungen: Weber, Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. — Wilbrand und Saenger, Die Beziehungen des Nervensystems zu den Thränenorganen, zur Bindehaut und zur Hornhaut. — Reissner, Bilder aus der Irrenanstalt. S. 42.
Tagesgeschichte: Die weibliche Krankenpflege in den Hospitälern. — Reform des Medizinalwesens in Luxemburg. — Taubstummen-Statistik. — Der Zuwachs an unfallversicherungspflichtigen Betrieben. — Einheitliche Grundsätze in der Erledigung literarischer Polemiken. — Mittheilung. S. 42.

Ueber Fortbildungskurse für Medizinalbeamte.

Von
Dr. Georg Puppe-Berlin,
Königl. Gerichtsarzt und Privatdozent a. d. Universität.

In einem neuerdings über „das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen“ erstatteten Referat¹⁾ hebt Kutner hervor, dass die Kurse für die Medizinalbeamten anlässlich der Cholera-Epidemie im Jahre 1892 ins Leben gerufen seien. Die Kurse waren dreitägig, sie wurden im Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin abgehalten und hatten die Aufgabe, die Hörer über den neuesten Stand der bakteriologischen Cholera-Diagnostik und ihre Technik zu unterrichten. „Späterhin wurden dann an sämtlichen einschlägigen Staatsinstituten umfassende hygienische Kurse veranstaltet, an welchen nach einander alle Medizinalbeamten Theil zu nehmen hatten. Nach Beendigung dieser Kurse wurden psychiatrische Lehrkurse eingerichtet und in gleicher Weise allmählich sämtlichen Medizinalbeamten zugänglich gemacht. In den Zeitraum, in dem die letztgenannten Kurse stattfanden, fallen noch die anlässlich der drohenden Pestgefahr vor ca. 2 Jahren veranstalteten Kurse, welche im Institut für Infektionskrankheiten, sowie in den hygienischen Instituten sechstägig abgehalten wurden und die bakteriologische Pest-Diagnostik betrafen.“ Hierzu kommen noch Kurse, welche für beamtete oder nicht beamtete Aerzte zur Bekämpfung des Trachoms abgehalten wurden.

¹⁾ Leipzig 1901, Thieme.

Alle diese Kurse bezwecken stets nur die Erweiterung eines gewissen kleinen Theiles des Wissens und Könnens der Medizinalbeamten. Sie können in ihrer jetzigen Form auf keinen Fall als ausreichend erachtet werden. Die Forderung nach einer Vermehrung derselben ist mehrfach erhoben worden. Wir selbst haben in dieser Zeitung²⁾ die Forderung nach Fortbildungskursen für Physiker im Gebiete der gerichtlichen Medizin ausgesprochen und eingehend begründet. Weiter hat Dreising³⁾ dem Wunsche nach staatlich eingerichteten Fortbildungskursen für Medizinalbeamte Ausdruck gegeben.

Während man aber seitens der Staatsregierung die Nothwendigkeit von Fortbildungskursen für Kreisthierärzte anerkannt hat, indem man eine entsprechende Summe in den Etat einstellte und die nothwendigen Einrichtungen schuf, hat man bisher von einer Erfüllung der Forderung von ausreichenden Fortbildungskursen für die Medizinalbeamten noch nichts gehört. Es ist an der Zeit, dass hieran erinnert wird, und dass die nach Inkrafttreten des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und über die Bildung von Gesundheitskommissionen vom 16. September 1899, und namentlich der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 ganz besonders nothwendig gewordenen Fortbildungskurse für die Kreisärzte end-

²⁾ Gerichtl. Medizin u. Gesetzeskunde für Mediziner. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung No. 20. 1898.

³⁾ Dreising: Genügen die bisherigen Fortbildungskurse? Zeitschrift für Medizinalbeamte. 1898. No. 5.

lich eine Thatsache werden. Gerade die Dienstanweisung für die Kreisärzte stellt an ihr Können so erhebliche Mehrforderungen, dass es ohne Weiteres einleuchtet, dass sich ein beschäftigter Kreisarzt, mag er auch noch so fleissig dem Selbststudium obliegen, nicht durch Lektüre allein fortzubilden vermag. Das, was man von ihm fordert, und das, was er wirklich zu leisten vermag, wird in einem Missverhältniss zu einander stehen.

Fast noch mehr tritt die Nothwendigkeit von Fortbildungskursen für Kreisärzte ins Auge, wenn man die gerichtliche Medizin berücksichtigt. Ein grosser Theil der Medizinalbeamten verfügt über ein nur sehr geringes gerichtlich-medizinisches Material; Kreise, in denen drei bis vier gerichtliche Sektionen jährlich stattfinden, gehören nicht zu den Ausnahmen. Erwägt man nun, dass in der That der zuständige Kreisarzt, welcher die Obduktion vornimmt, unendlich viel Unheil anrichten kann, wenn er aus Unerfahrenheit oder Unkenntniss sein Gutachten nicht in richtiger Weise abgibt, so leuchtet es ohne Weiteres ein, dass gerade auch Fortbildungskurse, welche das Gebiet der gerichtlichen Medizin betreffen, eine unbedingte Nothwendigkeit sind.

Muss denn erst immer, so fragen wir, eine cause célèbre den Anstoss dazu geben, dass eine Aenderung in dem bisher beliebten Verfahren eintritt? Muss denn immer erst ein Prozess wie der bekannte Alexianer-Prozess der Welt zeigen, dass Manches hätte anders sein können, wenn man die zur Verfügung stehenden Hilfsmittel und Hilfskräfte gehörig angewendet hätte? Material genügend ist für Fortbildungskurse sicher vorhanden, wir unterlassen aber nicht, auf eins aufmerksam zu machen, dass gerade, was die gerichtliche Medizin anbetrifft, Centren, in denen sich die Medizinalbeamten sammeln können, und bei denen sie sich stets Raths erholen können, bei Weitem noch nicht in gehöriger Weise vorhanden sind. Wir erkennen gern an, dass durch die Schaffung mehrerer Extraordinariate für gerichtliche Medizin ein Schritt nach vorwärts gethan ist, aber diesem Schritt muss noch ein zweiter folgen und zwar bald, und das ist die Schaffung gehörig mit Material versehener gerichtlich-medizinischer Institute.

Wenn man der Frage, in welcher Weise die Fortbildungskurse für die Medizinalbeamten am besten abgehalten werden, näher tritt, so wird man die Nothwendigkeit anerkennen müssen, die Angelegenheit von einem möglichst universellen Standpunkte aus zu betrachten und in Angriff zu nehmen. Wir meinen damit, dass alle Zweige der kreisärztlichen Thätigkeit in den Bereich der Fortbildungskurse mit hineingezogen werden müssen. Zunächst wären hier zu nennen: Gerichtlich-medizinische Fortbildungskurse mit Uebungen im Begutachten von gerichtlichen Fällen und mit Uebungen in den gerichtlich-medizinischen Untersuchungsmethoden. Da, wo wie in Berlin eine Sammlung vorhanden ist, wird diese zweckmässig zu Demonstrationszwecken verwendet werden können, geeignete Fälle aus der gerichtsarztlichen Praxis des betreffenden Lehrers werden den Zuhörern Veranlassung geben, sich in der Begutachtung, Abfassung von Obduktionsberichten u. s. w. zu üben. Es sei besonders darauf hingewiesen, dass gerade auch die Ausführung von Blut- und Sperma-Untersuchungen in neuerer Zeit bedeutende Modifikationen erfahren hat, in welche die Kreisärzte einzuweihen unbedingt nothwendig ist.

Zweitens würde für die Fortbildungskurse in Betracht kommen die pathologische Anatomie. Die Erfüllung dieses Theiles unserer Forderung würde sich, da auf allen Universitäten pathologisch-anatomische Institute vorhanden sind, leichter gestalten, als der eigentlich gerichtlich-medizinische Unterricht. Die Wichtigkeit einer gehörigen Durch-

bildung in der pathologischen Anatomie für den Gerichtsarzt bedarf keiner besonderen Hervorhebung.

Drittens kämen in Betracht: praktische Untersuchungen in der Hygiene sowie Unterricht in der Gesetzeskunde. Dieser letztere Theil des Unterrichts würde zweckmässig einem höheren Medizinalbeamten, welcher an dem Orte, wo der Kursus stattfindet, seinen Sitz hat, zu fallen. Es wären an der Hand der Dienstanweisung für die Kreisärzte die wichtigeren gesetzlichen Bestimmungen durchzugehen und an der Hand von praktischen Beispielen zu erläutern. Ein Praktikum in den hygienischen Untersuchungsmethoden in dem Universitätsinstitut für Hygiene, welches sich am Orte befindet, würde diesen Theil des Unterrichts ergänzen müssen.

Viertens sind unbedingt nothwendig: psychiatrische Fortbildungskurse. Ihre Nothwendigkeit ist anerkannt, sie wären aber zweckmässig mit den eben erwähnten Kursen in gerichtlicher Medizin, pathologischer Anatomie, sowie in Hygiene und Sanitätspolizei zu einem Ganzen zu vereinigen.

Es würde sich, was die Dauer der Kurse anbetrifft, empfehlen, dieselben nicht zu kurz und zwar nicht unter drei Wochen zu bemessen; eine kürzere Zeit würde nicht genügen, um eine gehörige Durcharbeitung des Lehrstoffes zu ermöglichen.

Wir unterbreiten unsere Vorschläge dem Urtheil der Fachgenossen und sind überzeugt, dass wir wohl in Aller Sinn gesprochen haben. Uns Medizinalbeamten liegt die Durchführung der uns übertragenen Funktionen am Herzen, wir sind bestrebt, zu leisten, was man von uns verlangt, und wir glauben, dass wir auch nach Möglichkeit allen Anforderungen gerecht geworden sind, aber wir sind uns bewusst, dass der bisherige Zustand eine Aenderung gebieterisch erfordert und dass man seitens der Staatsregierung, die sich für das Fortbildungswesen für die praktischen Aerzte zu interessiren begonnen hat, auch anerkannt wird, dass den Medizinalbeamten Fortbildungskurse erst recht nothwendig sind, wenn sie auch in Zukunft weiter das leisten sollen, was im Interesse der öffentlichen Wohlfahrt, der Hygiene und der Rechtspflege erforderlich ist.

Ueber die Abschätzung der durch Betriebsunfall verursachten Einbusse an Erwerbsfähigkeit.

Von
Radtke,
Kaiserl. Reg.-Rath.

Einen nicht unwichtigen Theil der gutachtlichen Thätigkeit des ärztlichen Sachverständigen auf dem Gebiete der Unfallversicherung bildet die Aeusserung über den Grad der durch den Unfall herbeigeführten Einbusse an Erwerbsfähigkeit des Verletzten. Allerdings hat die Ansicht des Arztes hierbei nicht in demselben Masse das Gewicht spezialwissenschaftlicher Sachkunde, wie bei der von ihm in seinem Gutachten zunächst zu erledigenden thatsächlichen Feststellung der pathologischen Veränderungen, welche die Unfallverletzung an dem Körper des Verunglückten verursacht hat, und ihrer physiologischen Wirkungen; es soll die Schätzung des an der Erwerbsfähigkeit des Verletzten durch den Unfall entstandenen Schadens vielmehr sich vorwiegend auf die den Mitgliedern der Instanzen des Entschädigungsfeststellungsverfahrens beiwohnende eigene praktische Kenntniss derjenigen Anforderungen stützen, welche die verschiedenen Arten der Betriebsarbeit und sonstigen Erwerbsthätigkeit an die körperliche Leistungsfähigkeit des Versicherten stellen. Indessen hat auch in diesem Punkte das ärztliche Gutachten eine hervorragende Bedeutung für die instantiellen Entscheidungen gewonnen, hauptsächlich zunächst deshalb, weil die Frage, welchen Werth ein krankhaft veränderter Theil des Körpers

im Verhältniss zu dem normalen Gebrauchswerth des entsprechenden gesunden Theiles und des ganzen Körpers hat, oft, insbesondere bei inneren Leiden, bei Neurosen, Psychosen u. dergl., nur auf Grund medizinisch-wissenschaftlicher Kenntnisse beantwortet werden kann, und sodann, weil die mit der Entschädigungsfeststellung im Einzelfall befassten Organe und Behörden leider sehr häufig den Verletzten nicht selbst zu Gesicht bekommen, also auf den in dem ärztlichen Gutachten niedergelegten Befund angewiesen sind. Wie jeder Praktiker weiss, giebt ein solcher Befund bei komplizirten Verletzungen sowohl dem Laien auf medizinischem Gebiet — selbst wenn für einen solchen das Gutachten geschrieben ist — als auch dem Arzte selbst sehr oft kein so klares Bild, dass sich der Leser ohne eigene Anschauung ein einigermaßen sicheres Urtheil über die körperliche Leistungsfähigkeit des Betreffenden bilden könnte. Es hat sich deshalb das dringende Bedürfniss überall geltend gemacht, dem Arzte ausser der Frage nach den medizinischen Unfallfolgen auch eine Frage nach dem Masse der Einbusse vorzulegen, welche die Erwerbsfähigkeit des Verletzten durch erstere erlitten hat. Niemand, der Erfahrung auf dem Gebiete der Rechtsprechung in Unfallversicherungssachen besitzt, wird ernstlich leugnen wollen, dass die Aerzte das durch diese weitere Fragstellung bei der Einforderung von Gutachten in sie gesetzte Vertrauen im Allgemeinen durchaus rechtfertigen. Verfügt ja doch der erfahrene Arzt bekanntermassen in Folge seiner ihn mit allen Bevölkerungsschichten, jedenfalls aber mit den arbeitenden Klassen in stete Berührung bringenden Berufsthätigkeit in der Regel über ein hervorragendes Mass von Sachkunde auch auf diesem mehr wirtschaftlichen und technischen Gebiete; seine gutachtliche Ansicht darüber, was der einzelne Arbeiter noch in seinem bisherigen oder anderen Berufen mit den verbliebenen Körperkräften wird leisten können, und in welchem Verhältniss der bisherigen und der nunmehrigen Leistungsfähigkeit sich der zu ersetzende Schaden an der Erwerbsfähigkeit ausdrückt, muss daher für die mit der Rentenfeststellung betrauten Organe und Behörden der Unfallversicherung werthvoll sein, selbst wenn die Letzteren sich hierbei mehr als bei der Feststellung der medizinischen Unfallfolgen der Freiheit ihrer eigenen Ueberzeugung und ihrer eigenen Verantwortlichkeit für die Richtigkeit der Schätzung bewusst sein werden.

Eine nothwendige Voraussetzung des Werthes der ärztlichen Meinung auf diesem Gebiete bildet es aber zweifellos, dass bei der Abschätzung der durch die Unfallrente abzugeltenden Erwerbsunfähigkeit von rechtlich und mathematisch einwandfreien Grundsätzen ausgegangen wird. Dies ist nach den Erfahrungen des Verfassers dieser Zeilen nicht immer der Fall, und häufig bleibt es wenigstens nach dem Wortlaute des Gutachtens zweifelhaft, ob der darin enthaltenen Angabe eines gewissen Prozentsatzes für das Mass der Schädigung die richtige, d. h. dem Gesetz entsprechende Anschauung zu Grunde lag und demgemäss dieser angegebene Satz zur Berechnung der Theilrente aus der Vollrente seitens der entscheidenden Stellen verwendet werden kann.

Nach Paragraph 9, Abs. 1 und 2 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 ist als Schadenersatz für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit eine Rente zu gewähren, die im Falle völliger Erwerbsunfähigkeit $66\frac{2}{3}$ Prozent des Jahresarbeitsverdienstes (sog. Vollrente), im Falle theilweiser Erwerbsunfähigkeit denjenigen Theil der Vollrente beträgt, welcher dem Masse der durch den Unfall herbeigeführten Einbusse an Erwerbsfähigkeit entspricht (sog. Theilrente). Um diese „durch den Unfall herbeigeführte Einbusse“ zu ermitteln, werden nun derzeit fast allgemein thunlichst gewisse Erfahrungssätze benutzt, welche den Verlust gewisser Körpertheile oder

andere häufig vorkommenden Schädigungen mit einem bestimmten Prozentsatz bewerthen und sich in der Praxis eingebürgert haben: der Verlust eines ganzen Beines wird auf 75, der des rechten Armes bei einem Rechtshändigen ebensohoch, der eines Unterschenkels bei erhaltenem Kniegelenk auf 60, der eines Auges auf 25 Prozent bei gewöhnlichen Tagelohnarbeitern geschätzt. Man hält sich dabei aber oft wohl nicht genügend gegenwärtig, dass eine solche „Knochen- oder Gebrechenstaxe“, wie man diese Erfahrungstabelle wohl genannt hat, streng genommen, dem Gesetze keineswegs gerecht wird. Denn sie setzt voraus, dass die Einheit von 100, d. h. die den Vergleichsmassstab bildende, völlige Erwerbsfähigkeit bei allen Rentenbewerbern dieselbe, etwa eine „normale“ oder „durchschnittliche“ Erwerbsfähigkeit der Arbeiter — wenigstens der Arbeiter einer gewissen Klasse — sei, und dass das Gesetz dem Verletzten als Schaden den Ausfall ersetzen wolle, den er an dieser „normalen“, für ihn vielleicht, weil niemals erreicht, „idealen“ Erwerbsfähigkeit erlitten hat. Der Wortlaut des jetzigen und auch des früheren Unfallversicherungsgesetzes, sowie die Verhandlungen der gesetzgebenden Körperschaften, insbesondere bei der neuerlichen Gesetzesänderung und auch die Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamtes lassen aber keinen Zweifel darüber zu, dass das Gesetz den dem Einzelnen entstandenen individuellen Schaden ersetzen will. Als Vergleichsmassstab für die Bewerthung der Unfallfolgen oder der — unter Berücksichtigung dieser — noch verbliebenen Erwerbsfähigkeit ist danach diejenige Erwerbsfähigkeit als „völlige“, d. h. hundertprozentige, heranzuziehen, die der Verletzte selbst vor dem Unfälle besessen hat, mag sie auch noch so sehr durch ältere Schäden oder Alter gegenüber der normalen geschmälert gewesen sein. Es ist also zu fragen, welchen Theil dieser damaligen individuellen Erwerbsfähigkeit der Verletzte durch die bestehenden Unfallfolgen eingebüsst hat. Bei der Beantwortung dieser Frage wird jene Taxe im Allgemeinen, nur dann ein richtiges Ergebniss liefern, wenn der Verletzte bei dem Unfälle noch annähernd normal arbeitsfähig war; besass er damals nur einen geringen Prozentsatz der normalen (idealen) Erwerbsfähigkeit, so wird der Verlust einer der wenigen ihm noch als Faktoren der Erwerbsfähigkeit verbliebenen körperlichen Kräfte in Folge des Unfalls eine sehr veränderte Bedeutung für ihn haben. Den Schulfall hierzu bildet der Verlust des Auges bei einem Einäugigen; dieser Verletzte ist nicht um 25, sondern um 100 Prozent — seiner individuellen Erwerbsfähigkeit — durch den Unfall geschädigt worden und ihm gebührt die Vollrente. Ein anderer typischer Fall derselben Art ist kürzlich vom Reichs-Versicherungsamt entschieden worden. Ein Brikketformen-Schleifer und -Einleger, welcher in seinem Fach wegen seines schnellen und scharfen Sehens beim nothwendigen genauen Einpassen der Formen hervorragende Tüchtigkeit besass, im Uebrigen aber nach den ärztlichen Feststellungen in Folge von Herzschwäche, Magenleiden, Muskelzittern und sonstigen Gebrechen für andere Arbeitsthätigkeiten sehr wenig leistungsfähig war, hatte durch Betriebsunfall ein Auge völlig verloren. Während die Berufsgenossenschaft unter Hinweis auf die bekannte Taxe eine Rente von nur 30 Prozent der Vollrente gewähren wollte, hatte das Schiedsgericht mit der Begründung, dass der Verletzte als Spezialarbeiter anzusehen sei, für welchen ein gutes und doppelseitiges Sehen einen höheren Werth hat und die Voraussetzung seiner Verrichtungen bildet, die Rente auf 50 Prozent erhöht. Das Reichs-Versicherungsamt ist dem Schiedsgericht insofern beigetreten, als es die Rente auf 40 Prozent feststellte und in seiner Entscheidung ausführte, dass im gegebenen Falle ein Hinausgehen über jenen Durchschnittssatz geboten sei, weil in jedem Falle die besonderen Umstände in Betracht gezogen

werden müssten, auf denen die Erwerbsfähigkeit des Verletzten zur Zeit des Unfalls beruht hätte, und dass im Verhältniss zu dieser damaligen individuellen Erwerbsfähigkeit der Schaden zu schätzen sei, welcher durch die Unfallrente vergütet werden soll.

In den meisten Fällen sind sich wohl die begutachtenden ärztlichen Sachverständigen, wie anerkannt werden muss, der beschränkten Anwendbarkeit jener Einheitssätze und der Nothwendigkeit, den Zustand des Verletzten kurz vor dem Betriebsunfall als den völliger individueller Erwerbsfähigkeit anzusehen, wohl bewusst, und es kommt dies auch dadurch zum Ausdruck, dass je nachdem die individuelle Erwerbsfähigkeit des Verletzten von der normalen erheblich abweicht, die in den Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts auch für den Normalfall stets offen gelassenen Abweichungen nach oben gewährt oder darüber hinaus noch einige Prozente zugeschlagen wurden. Vielfach aber wird der richtige Gesichtspunkt auch offensichtlich verkannt, so dass, wenn nicht eine Rückfrage angezeigt ist, die rechtsprechende Instanz den Fehler kraft des ihr beiwohnenden Rechts, die Einbusse an Erwerbsfähigkeit selbst festzustellen, im Wege eigener freier Beurtheilung beseitigen muss. In einer grossen Anzahl von Fällen endlich aber können Zweifel darüber bestehen, welche Erwerbsfähigkeit der Gutachter zur Einheit genommen hat, und es muss deshalb jedenfalls als wünschenswerth bezeichnet werden, dass der Sachverständige in dem Wortlaut seines Gutachtens stets selbst deutlich zum Ausdruck bringt, was er unter der hundertprozentigen Erwerbsfähigkeit, nach der er die Einbusse bemisst, verstanden hat.

Dieser Wunsch erscheint um so berechtigter, als in einigen besonderen Fällen das Gesetz der Berechnung der Vollrente nicht wie in dem Falle des § 9 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 den Individual-Jahresarbeitsverdienst des Verletzten in dem letzten Jahre vor dem Betriebsunfall — vgl. § 10 Abs. 1 bis 3 a. a. O. — sondern einen gesetzlich fest bestimmten und einheitlichen Jahresverdienstbetrag zu Grunde gelegt wissen will, und dies zu der Ansicht verleiten kann, dass in diesen Fällen nicht die individuelle, sondern die entsprechende normale Erwerbsfähigkeit den Vergleichsmaassstab zu bilden habe. Nach § 10 Abs. 4 a. a. O. soll bei versicherten Personen, welche keinen Lohn oder weniger als den dreihundertfachen Betrag des für ihren Beschäftigungsort festgestellten ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher erwachsener Tagearbeiter beziehen (§ 8 des Krankenversicherungsgesetzes) als massgebender Jahresarbeitsverdienst das Dreihundertfache dieses ortsüblichen Tagelohns gelten. Ferner ist nach § 10 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft vom 30. Juni 1900 für die Rente der gewöhnlichen land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter — im Gegensatz zu den Betriebsbeamten und sogenannten Facharbeitern (§ 1 Abs. 6 und § 9 dieses Gesetzes), welche in der Regel nach dem Individuallohn entschädigt werden, — der von der höheren Verwaltungsbehörde für derartige Personen festgesetzte durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst zu Grunde zu legen. Endlich ist bei den land- und forstwirtschaftlichen Betriebsbeamten und Facharbeitern, wenn ihr thatsächlicher Jahresarbeitsverdienst nicht das Dreihundertfache des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter erreicht, nach § 12 Abs. 2 a. a. O. dieses letztere Dreihundertfache massgeblich. In allen diesen Fällen hat die Ermittlung der Einbusse an Erwerbsfähigkeit, welche den Renten-Prozentsatz bestimmt, ebenfalls von der individuellen Erwerbsfähigkeit des Verletzten vor dem Unfälle auszugehen. War der Verletzte in Fällen dieser Art bereits theilweise erwerbsunfähig vor dem Unfälle, so wird der zur richtigen Bemessung des Schadensersatzes nöthige Ausgleich von dem Gesetze durch die besondere Vorschrift erreicht, dass jener gesetzliche einheitliche Jahresarbeitsverdienst nur zu demjenigen Theile

für die Berechnung der Vollrente heranzuziehen ist, welcher dem Masse der bisherigen Erwerbsfähigkeit entspricht — § 10 Abs. 5 des G. U. V. G., § 13 des U. V. G. für Land- und Forstwirtschaft. Es wird dadurch ein dem Zustande der Verletzten zur Zeit des Unfalls angemessener individueller Jahresarbeitsverdienst gefunden, in dem sich nach der grundsätzlichen Annahme des Gesetzes die die Grundlage der Schadensbemessung bildende völlige, d. h. 100prozentige Erwerbsfähigkeit ausprägen soll.

Wird übrigens dem ärztlichen Sachverständigen in den letzterwähnten Fällen die Frage vorgelegt, in welchem Masse der Verletzte bereits vor dem Unfälle theilweise erwerbsunfähig war, so hat er hierbei allerdings natürlich nicht von der individuellen letzten Erwerbsfähigkeit des Verletzten, sondern von der normalen Erwerbsfähigkeit derartiger Arbeiter überhaupt als der hundertprozentigen Einheit auszugehen.

Es lässt sich nicht verkennen, dass die genaue Befolgung dieser Bestimmungen dem ärztlichen Gutachter vielfach unerfreuliche Schwierigkeiten bereiten wird, indessen es hängt davon andererseits der Werth seiner Ansicht für die rechtsprechende Instanz ab. Zuzugeben ist freilich auch, dass manchmal praktischer Sinn und Verständniss für das wirtschaftliche Leben und das Dasein des Arbeiters trotz unrichtigen Ansatzes der Rechnung eine im Endergebniss richtige Bewerthung der zu entschädigenden Einbusse an Erwerbsfähigkeit gefunden haben.

(Aus dem Institut zur Behandlung von Unfallverletzten.)

Syringomyelie — Gelenkerkrankung — Trauma.

Von

Dr. P. Stolper-Breslau.

Mit 4 Abbildungen im Text.

Die Syringomyelie, eigentlich erst seit 1882 durch Kahler und Schultze ziemlich gleichzeitig als ein nicht nur dem pathologischen Anatomen, sondern auch dem Kliniker erkennbares Krankheitsbild aufgestellt, ist jetzt stark in den Vordergrund des Interesses gerückt. Hermann Schlesinger, wohl der beste Kenner dieser Krankheit, kommt in seinem eben erschienenen ausgezeichneten Werk (Die Syringomyelie, II. Auflage Leipzig und Wien 1902) zu dem frappirenden, aber in seiner gediegenen Arbeit wohlbegründeten Schluss: „Nach meiner Ueberzeugung ist die Syringomyelie bzw. die zentrale Gliose eine der häufigsten Rückenmarkskrankheiten und dürfte, was Häufigkeit anbelangt, gleich hinter der Tabes, den luetischen und Kompressionserkrankungen des Rückenmarks rangiren.“ Wenn dieser Satz erst Gemeingut aller Aerzte geworden sein wird, wenn man bei Sensibilitätsstörungen, bei entzündlichen Dermatosen, bei Gelenkerkrankungen ebenso häufig an Syringomyelie denken wird, wie man etwa bei Furunkulose oder Gangrän der Gliedmassen an Diabetes denkt, dann wird zweifellos dieses interessante, jeden Diagnostiker fesselnde Krankheitsbild noch viel häufiger gefunden und beschrieben werden, als dies jetzt schon der Fall ist. Schlesinger hat seine Ausführungen, das ist bemerkenswerth! auf mehr als 120 eigene klinische und mehr als 30 anatomisch untersuchte Eigenbeobachtungen stützen können; über weitere 600 neue Veröffentlichungen berichtet er ausserdem. Die Syringomyelie kann also nicht mehr als seltene Krankheit angesehen werden. Es ist daher nothwendig, dass auch der praktische Arzt und besonders der Gutachter die Krankheit in seinen Gedankenkreis mehr und mehr einbezieht.

Es soll im Folgenden nicht die Frage erörtert werden, inwieweit ein Trauma überhaupt, insbesondere ein solches,

welches direkt oder indirekt die Wirbelsäule oder das Rückenmark betrifft, eine Syringomyelie hervorrufen oder verschlimmern kann. Nur nebenher sei erwähnt, dass nach den Erfahrungen Schlesingers und Kienböcks, welcher letzterer uns eine grosse Arbeit über dieses Thema für die nächste Zeit in Aussicht stellt, es auszuschliessen ist, dass eine periphere Verletzung irgend welcher Art, etwa durch aufsteigende Neuritis, zu Syringomyelie führen kann. Für die eigentliche Syringomyelie nimmt Schlesinger an, dass sie entweder angeboren ist oder aber, dass eine kongenitale Anlage durch anderweitige Irritanten, wie Infektionskrankheiten, Gravidität, Temperatureinflüsse und Traumen zur Weiterentwicklung gebracht wird, doch hält auch hierfür er den strikten Beweis durch klinische Beobachtung noch nicht für erbracht.

Meine Aufgabe möchte ich dahin umgrenzen, an der Hand einer eigenen Beobachtung hinzuweisen auf die bei Syringomyelie vorkommenden Gelenkerkrankungen und ihre versicherungsrechtliche Bedeutung.

Der betreffende Fall ist folgender.

Der Gartenarbeiter K., alt 46 Jahre, wurde uns am 16. November 1901 zur Begutachtung überwiesen mit der besonderen Frage, inwieweit seine gegenwärtige Erkrankung des rechten Ellenbogens mit einem Unfall im Oktober 1900 in ursächlichem Zusammenhang stehe. K. war zur Untersuchung vom 16. bis 23. November 1901 in dem obengenannten Institut.

Aus den Akten ergab sich Folgendes: Am 20. Mai 1901 wurde der Berufsgenossenschaft gemeldet, dass K. am 29. Oktober 1900 einen Bruch des rechten Arms erlitten habe, indem er mit einer Karre ausgeglitten und hingefallen sei. Ein Zeuge erklärt, dass er von dem Falle selbst zwar nichts gesehen habe, K. habe ihm aber an dem Unfallstage erzählt, „dass ihm, als er die Karre umkippen wollte, im rechten Arm etwas passiert sei.“ „Den Arm zeigte er mir vor und ich habe gesehen, dass derselbe etwas angeschwollen war.“

Ein am 6. Juli 1901 abgegebenes, sehr ausführliches und die sehr verwickelt liegenden besonderen Umstände durchaus berücksichtigendes Gutachten des erstbehandelnden Arztes, Herrn Dr. R., berichtet im Wesentlichen Folgendes. K. kam am 30. Oktober 1900 in seine Behandlung mit der Angabe, er sei auf die rechte Hand gefallen, hätte danach noch arbeiten wollen, aber der rechte Arm war vollständig kraftlos und konnte nicht mehr erhoben werden.

Herr Dr. R. hatte, wie er mir dazu brieflich mittheilte, die Diagnose auf progressive spinale Muskelatrophie gestellt mit Rücksicht auf die typische Krallenhand und weil er aus dem Schwalbeschen Lehrbuch ersah, dass auch bei dieser Krankheit trophische Störungen wie die vorliegende in Gelenken und Knochen vorkommen. Die Herabsetzung der Schmerzempfindung hatte er auch festgestellt, sie hatte ihn übrigens auch an Syringomyelie denken lassen. „Zu der Annahme einer Fraktur hat mich vor Allem der ganz plötzliche Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit bezw. der Gebrauchsunfähigkeit des rechten Arms bestimmt.“ Eine Röntgenphotographie schien seine Annahme überdies zu bestätigen.

Die damalige Untersuchung ergab — nach dem Gutachten des Herrn Dr. R. — „einen Schrägbruch des rechten Oberarmknochens im Ellbogengelenk und eine Zerreißung der Gelenkkapsel. Auffallend war der im Verhältniss zur Schwere der Verletzung sehr geringe Schmerz. Auch die sonstigen Reiz- und Entzündungserscheinungen, Bluterguss etc. waren recht unbedeutend.“ Beachtenswerth ist, dass Herr Dr. R. hinzufügt: „Der Befund ist heute am 6. Juli 1901 ziemlich derselbe wie am 30. Oktober, nur mit dem Unterschiede, dass das Schlottergelenk heute noch mehr in die Erscheinung tritt als damals.“ Er führte diese besonderen Erscheinungen, wie schon erwähnt, auf ein chronisches Rückenmarksleiden zurück.

Nachträgliche Erhebungen seitens der Berufsgenossenschaft ergaben, dass K. den fraglichen Unfall nicht am 29. Oktober, sondern schon am 19. Oktober 1900 erlitten hat. Er blieb dann bis zum 29. aus der Arbeit weg, ohne den Kassenarzt in Anspruch zu nehmen. Es ergab sich ferner, dass K. schon vor 18 Jahren einmal einen Bruch des linken Arms auf einer Grube in Russ, Polen sich

zugezogen hat und dass er dafür eine Rente von zehn Mark monatlich bezieht.

Da der später anzuführende objektive Befund bei uns die Symptome einer Syringomyelie ergab, so ging ich weiter der Anamnese nach. K. giebt an, dass er als Kind ganz gesunde Hände und Gliedmaßen überhaupt gehabt habe. Aber schon bei der Gestellung als Soldat sei er zurückgewiesen worden wegen Verkrümmung des 4. Fingers der rechten Hand. Nach seiner Ansicht sei diese entstanden in Folge der Grubenarbeit, wo er oft lange im Wasser stehen musste. Er sei immer ein rüstiger Arbeiter gewesen, was auch daraus hervorgeht, dass er — laut Schein von 1891 — als meistberechtigtes Mitglied in die Knappschaft aufgenommen worden ist. Dies geschieht auf Grund einer ärztlichen Untersuchung. 1897 seien ihm auch die anderen Finger der rechten Hand in Beuge-

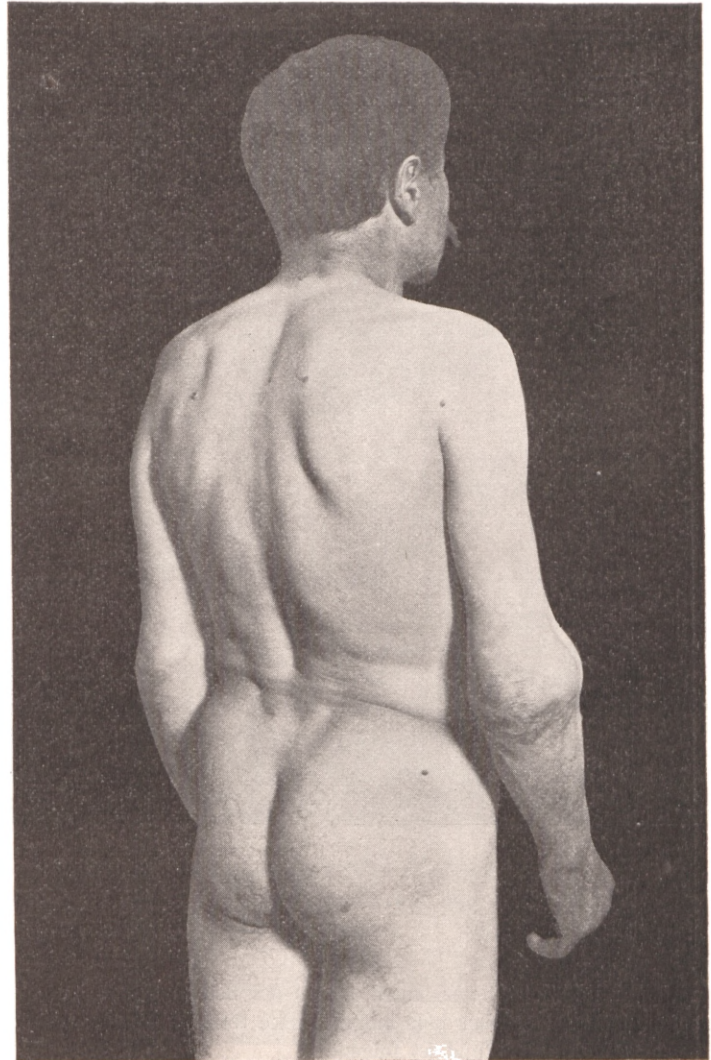


Fig. 1. Syringomyelie. Leichte Kyphoscoliose im Brust- und unteren Halstheil der Wirbelsäule. Abstehen des rechten Schulterblattes. Muskelschwund am rechten Oberarm. Verdickung des r. Ellenbogengelenks.

stellung versteift. Um jene Zeit sei ihm ärztlicherseits die Absetzung der Finger empfohlen worden, doch habe er dies abgelehnt. Es scheint, dass K. im Jahre 1892 schon eine Rente beantragt hat wegen Fingerverletzung der linken Hand, dass er aber vom Schiedsgericht damit abgewiesen worden ist. Nach der Verletzung in Russ, Polen 1882, die nicht nur den linken Arm, sondern auch den Kopf und besonders das Kreuz betroffen habe (Kohlenfall), sei er 7 Monate krank gewesen und habe davon 5 Monate in einem Lazareth in Sosnowice krank gelegen. Er sei dann noch lange am Stock gegangen, wegen Schmerzen und Schwäche im Kreuz. Nach 1892 habe er die Grubenarbeit aufgeben müssen und seitdem nur 1,50 M. täglich im Winter, im Sommer 2,50 M. bei Gartenarbeit verdient.

K. schildert den Unfall vom 19. Oktober 1900, wie folgt. Er habe einen bodenbeladenen Karren auf einem Laufbrett entlang ge-

schoben. Das letztere war schlüpfrig, und als er am Ziel den Boden ausschütten wollte durch Umkippen der Karre, da sei er mit dem einen Knie und mit der rechten Handtellerfläche auf das Brett aufgefallen. Er habe seine Frau, die ihm eine halbe Stunde später das Mittagessen brachte, nach Hause begleitet, da er wegen Schmerzen im rechten Arm nicht weiter arbeiten konnte. Der oben erwähnte Zeuge habe den Unfall dem Beamten melden sollen und wollen; zum Arzt sei er erst nach 9 bis 10 Tagen gegangen, weil ihn die Frau nicht ins Krankenhaus lassen wollte. Diese habe ihm in der Zwischenzeit nasse Handtücher um den kranken Ellbogen umgelegt.

Bei den vom 16. bis 23. November 1901 täglich vorgenommenen Untersuchungen des K. ergab sich im Wesentlichen Folgendes.

Die subjektiven Beschwerden beziehen sich zur Zeit (am 23. November 1901) bloß auf den rechten Arm. Er könne jetzt keine Schippe mehr heben mit der rechten Hand. Er habe zwar auch vor dem

Wenn man passive Bewegungen im rechten Ellbogengelenk macht, hört man ein deutliches Knirschen und Krachen. Die Beweglichkeit ist eine ungewöhnlich ausgiebige bei passiver Drehung des Unterarms. Die stark ausgeweitete Gelenkkapsel ist prall erfüllt von theils flüssigem, fluktuirendem, theils derb-weich anzufühlendem Inhalt. Die Gelenkschwellungen der Elle und Speiche fühlen sich unregelmässig verdickt an, während der Durchmesser des unteren Endes des Oberarmbeins geringer als in der Norm zu sein scheint.

Bei Röntgendurchleuchtung erkennt man, dass letzteres stark abgeschliffen ist und nicht wie eine Rolle, sondern wie ein Keil mit zwei glatten Flächen gegen die Unterarmknochen artikuliert.

Das rechte Handgelenk ist passiv nach allen Richtungen gut beweglich; man fühlt dabei kein Knarren im Gelenk.

Aktiv kann der rechte Arm im Ellbogengelenk bis zu einem Winkel von 80 Grad gebeugt werden, doch hat K. dabei sehr wenig Kraft im Arm. Auch weicht gelegentlich der Unterarm im Ellbogengelenk nach der einen oder anderen Seite aus. Die aktive Beweglichkeit im Handgelenk ist etwa um die Hälfte eingeschränkt, sowohl was die Streckung als was die Beugung anbelangt. Die aktive seitliche Beweglichkeit ist annähernd normal.

An den Händen sind beiderseits der 3. bis 5. Finger im Mittelgelenk mehr oder weniger versteift und zwar am stärksten beiderseits der vierte Finger, der an der rechten Hand im Grundglied stark verdickt ist. Die Finger bleiben bei maximaler Streckung ungefähr in einem Winkel von 110 Grad stehen. Etwas besser streckbar sind der vierte und der fünfte Finger. Am dritten und fünften Finger der linken Hand, sowie am Zeigefinger der rechten finden sich linsengrosse Hautwarzen, an der linken Hand einige kleine Wundschorfe. Die Fingerkuppe des dritten rechten Fingers ist narbig missstaltet. Die Kleinfingerballen sind an beiden Händen wenig entwickelt, schlaff anzufühlen. An der rechten Hand ist auch der Daumenballen schlaff anzufühlen, deutlich verdünnt. Anstatt des Muskelwulstes zwischen Daumen und Zeigefinger-Mittelhandknochen bleibt auch bei zusammengeführten Fingern eine tiefe Delle bestehen. Die kleinen Handmuskeln zwischen den Mittelhandknochen der rechten Hand sind gleichfalls verdünnt. (Dellen).

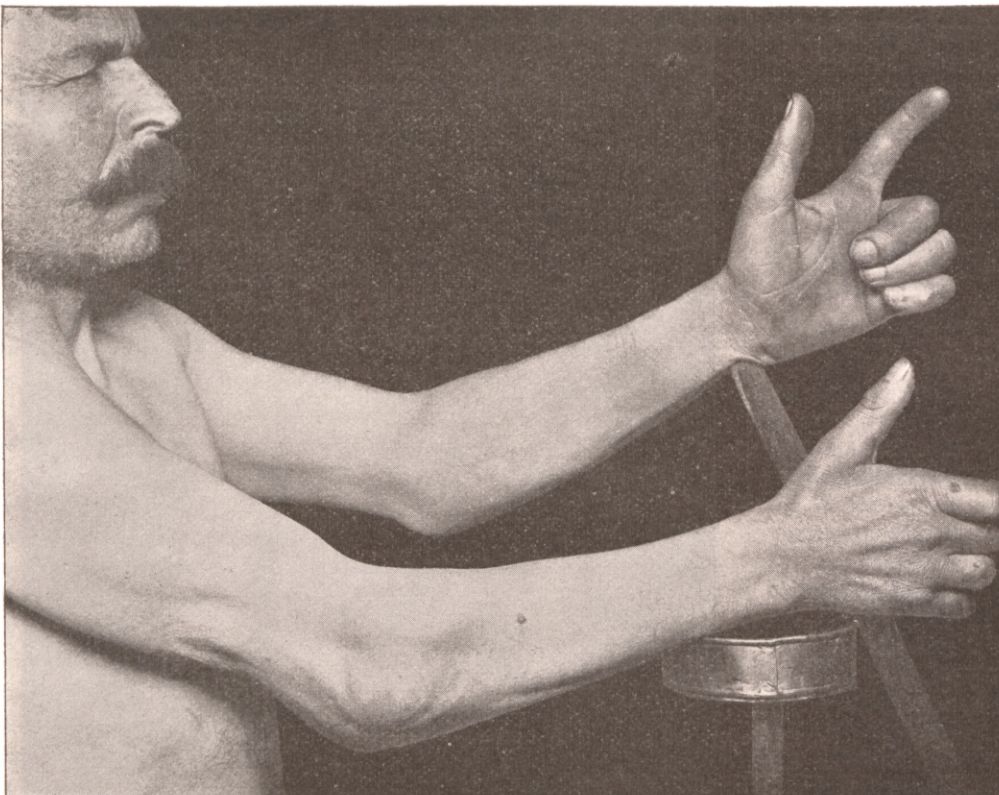


Fig. 2. Syringomyelie. Die Finger beider Hände in maximaler aktiver Streckung und Spreizung. Schwund der kleinen Handmuskeln. Verdickung des r. Ellbogens.

Unfall nur mit Zeigefinger und Daumen der beiden Hände zufassen können, jetzt sei er aber bloß auf die linke Hand angewiesen.

Der objektive Befund ist folgender:

K. ist ein kleiner (156 cm grosser), im Gesicht gesund aussehender, gut genährter Mensch. Die Gesichtshaut zeigt Spuren überstandener Pocken; dieselben hat er als Kind von etwa 10 Jahren gehabt. Der Brustkorb ist gut gewölbt, aber nicht ganz symmetrisch. Der Grund davon ist eine Verbiegung der Wirbelsäule, die vom 2. Brustwirbeldornfortsatz nach rechts hin sich leicht ausbiegt (Abbildung 1) und erst im Bereich des 1. Lendenwirbels zur Mittellinie zurückgeht. Lässt man den K. nach vorn beugen, so erscheint rechts ein leichter Rippenbuckel. Das rechte Schulterblatt steht ein wenig weiter als das linke vom Brustkorb ab.

Der linke Arm kann im Schultergelenk gut erhoben werden, der rechte nur etwas über die Horizontale, obwohl die passive Beweglichkeit im Gelenk eine normale ist.

Der rechte Arm zeigt eine erhebliche Abweichung von der Norm in seiner äusseren Form. Der Ellbogen ist im Ganzen verdickt, die Muskulatur des rechten Oberarms dagegen verschmächtigt. Insbesondere tritt in der Höhe des Ellbogengelenks eine Anschwellung an der Aussenseite des Arms deutlich hervor.

Der Faustschluss ist an der rechten Hand sehr unvollkommen. Der kleine Finger kann aktiv mit der Beere nur bis auf 2 cm an den Handteller herangeführt werden; passiv ist es vollständig ausführbar. Auch der Zeigefinger bleibt aktiv eine Spur zurück. Der Daumen kann gut, aber ohne grosse Kraft eingeschlagen werden. Bei der Streckung bleiben der dritte und vierte Finger, wie schon gesagt, erheblich zurück. Auch der Zeigefinger kann aktiv nicht ganz gestreckt werden. Beim Faustschluss wird nur ganz geringe Kraft entwickelt. Die Mittelhandknochen sind aussergewöhnlich leicht gegeneinander verschiebbar. An der rechten Hand ist nur der kleine Finger abspreibbar. (Abbildung 2.)

An der linken Hand sind der 3., 4. und 5. Finger im Grundgelenk durchweg über die Norm streckbar, der Zeigefinger aber im Endgelenk nicht vollständig streckbar. Der 3., 4. und 5. Finger sind im Mittelgelenk aktiv gar nicht streckbar. Bei passiver Streckung kann der Winkel nur bis 110 Grad erweitert werden. Der Daumen ist gut und kräftig einschlagbar. Die Finger können mit den Kuppen dem Daumen gut gegenübergestellt werden. Die Mittelhandknochen sind normal gegen einander verschieblich. Das nicht verdickte Handgelenk ist aktiv und passiv gut beweglich, frei von Reiben und Schmerz.

Im linken Handteller sitzt eine 5 cm lange, schmerzlose Narbe. An beiden Handtellern starke Schwielenbildung.

Der Umfang des Oberarms am Ansatz des Oberarmhebemuskels

beträgt rechts 25, links 28 cm, in der Mitte rechts 23, links 28 cm, der Umfang des Ellbogens rechts 30,5, links 27 cm, des Unterarms in der Mitte rechts 23,5, links 25 cm.

Am linken Ellbogen, dessen aktive und passive Beweglichkeit eine gute ist, fühlt man bei Bewegungen leichtes Knarren und es ist in der Ellenbeuge einwärts vom inneren Gelenkknorren ein spitzer Knochenstachel (Fig. 4) zu fühlen und bei angespannter Haut auch zu sehen, von dem nicht recht zu sagen ist, ob er mit einem der das Gelenk zusammensetzenden Knochen zusammenhängt oder in der Muskulatur drinsitzt. Beim Beugen des Armes schiebt er sich mit den Unterarmknochen hin und her.

Die Untersuchung des Centralnervensystems ergibt folgende Verhältnisse:

K. steht, ohne zu schwanken, mit geschlossenen Augen



Fig. 3. Schwere Veränderung des rechten Ellbogengelenks bei Syringomyelie.

bei jeder gewünschten Kopfhaltung. Die Pupillen sind mittelweit, gleich weit, reagieren gut auf Lichteinfall. Das Gesichtsfeld beider Augen ergibt mittlere Grenzen.

Die Sprache des K., der nur des Polnischen mächtig ist, ist deutlich. Die Kniescheibenband- und Fusssohlenkitzelreflexe sind ein wenig leichter als gewöhnlich auslösbar. Die Prüfung der Fähigkeit ergibt: 1. eine Herabsetzung der Empfindung für Berührung in stärkerem Grade an der Streckseite des rechten Unterarms und der Streckseite der Hand, in geringerem Grade auch an der Beugeseite des Unterarms und der Hand, sowie in der unteren Hälfte des Oberarms. Eine vollständige Gefühllosigkeit für Schmerz (Nadelstiche) an der Streckseite des Unterarms und eine fast vollständige Aufhebung des Schmerzgefühls an der Hand und an der Beugeseite des Unterarms, eine deutliche Herabsetzung an der Haut der Streckseite der unteren Hälfte des Oberarms.

Die Prüfung der Temperaturempfindung ergibt völlige Aufhebung derselben in gleicher Weise für kalt und warm an der Streckseite des Unterarms, der Hand und der Finger, eine sehr erhebliche Herabsetzung der Empfindung für heiss an der Beugeseite des Unterarms und der Hand, eine geringe Herabsetzung für heiss und kalt auch am rechten Oberarm.

An der linken Hand wird eine Herabsetzung des Gefühls für Schmerz, Berührung, heiss und kalt nur an den Fingern festgestellt. Bei der Schwierigkeit, sich mit dem K. verständlich zu machen, ist es trotz des guten Willens desselben nicht möglich, scharfe Grenzen bezüglich der Empfindungsfähigkeit bei K. festzustellen. Doch ist im Allgemeinen eine streifenförmige Anordnung der Sensibilitätsstörung nachweisbar. Die elektrische Erregbarkeit ist an den Muskeln des Ober- und Unterarms rechts etwas herabgesetzt.

An der Muskulatur des Daumenballens, der Zwischenknochenmuskeln der rechten Mittelhand und des Kleinfingerballens ist die



Fig. 4. Linker Ellbogen bei Syringomyelie. Knochenneubildung in der Gegend des Speichenköpfchens.

faradische Erregbarkeit völlig aufgehoben, an der linken Hand normal. Die Schmerzempfindung selbst bei starken Strömen ist an den geschwundenen Muskeln der rechten Hand aufgehoben, an den Muskeln des Unterarms erheblich herabgesetzt.

K. macht seine Angaben in durchaus glaubhafter Weise.

Die Röntgenphotographien der beiden Ellbogengelenke lassen Folgendes erkennen.

Im rechten Ellbogen (Abbildung 3) ist die Articulatio humero-ularis vollständig zerstört. Die Rolle des Oberarmbeins ist offenbar völlig ihres Knorpelbelages verlustig gegangen, der knöcherne Schaft sitzt unmittelbar in der Aushöhlung des Ellenendes drin. Die über die Spitze des Olecranon hinausreichenden Schatten sind knöcherne Neubildungen in der Gelenkkapsel und ausserhalb derselben. Auch die ungewöhnlich starke Schattierung des Olecranon

ist auf die fühlbaren, knochenharten Einlagerungen in der Umgebung des Gelenks zurückzuführen.

Das Radiusköpfchen erscheint wie bei einer traumatischen Luxation am Humerusschaft nach oben disloziert und unverhältnissmässig weit von ihm abstehend. Leichte Wolken an der dem Radiusköpfchen zugekehrten Seite des Humerus deuten auf periostale Knochenwucherung hin. Auch in dem den Radius an die Ulna fixirenden Ligament. annulare scheinen verknöchernde Prozesse sich abzuspielen, da der Schatten stärker als derjenige eines einfachen Bandes ist. Jedenfalls lässt das Bild im Ganzen aufs Deutlichste erkennen, dass wir es mit einer an der ganzen Fläche des articulationis humero-ulnaris sich abspielenden deformirenden Gelenkerkrankung zu thun haben. Es lässt sich keinesfalls das Bild einer typischen Humerusfraktur herauslesen.

Das linke Ellbogengelenk (Abbildung 4) ergibt viel geringfügigere, obwohl auch erkennbare, Veränderungen in der Gelenkverbindung zwischen Oberarmbein und Elle, daneben aber eine sich helmartig auf die Scheibe des Radiusköpfchens aufsetzende Knochenneubildung von Fingergliedgrösse.

Das Resumé unseres Gutachtens lautete nach diesem Befunde:

Die Frage, ob K. durch einen angeblich am 19. Oktober 1900 erlittenen Unfall eine Erwerbsbeschränkung erfahren hat, liegt für den Laien verwickelter als für den Arzt, welcher sich aus einem sehr alten chronischen Rückenmarksleiden die eigenartigen Umstände, unter denen der angebliche Unfall zu Stande kam, zu erklären vermag. K. leidet nämlich an Syringomyelie, d. i. eine in ihrer Anlage wahrscheinlich angeborene, vielleicht durch mancherlei krankmachende Einflüsse (Arbeit im Nassen, zahlreiche Verletzungen beim Bergbau, Ueberstehen der Pocken) im späteren Leben mehr ausgebildete Krankheit, bestehend in Höhlenbildung und Verhärtung in den zentralen Theilen des Rückenmarks, hier im unteren Hals- und oberen Brustmark. Bei diesem Leiden besteht, wie auch bei K. erweisbar, eine mehr oder weniger vollständige Empfindungslosigkeit für Schmerzeindrücke, für Temperaturunterschiede und für Berührung. Ferner kommt es dabei zu starker Knochenbrüchigkeit und zu eigenartigen Gelenkveränderungen (Arthropathien). Letztere sind bei K. in seltener Weise ausgebildet am rechten Ellbogengelenk, aber auch am linken, sowie an den drei letzten Fingern beider Hände. Aus der nachweisbaren Empfindungslosigkeit des rechten Arms (ausgenommen das obere Drittel des Oberarms) erklärt es sich, dass K. eine Verletzung am rechten Ellbogen erleiden konnte, ohne selbst die Empfindung zu haben, dass er zum Arzt gehen müsste. Es ist nicht anzunehmen, dass es sich damals (am 19. Oktober 1900) um einen typischen Knochenbruch im Ellbogen gehandelt hat, es ist nur zu einer Lockerung, vielleicht mit Abreissungen von Knorpel oder Knochen an dem damals zweifellos schon hochgradig veränderten Gelenk gekommen. Jedenfalls ist durch jenen angeblichen Fall auf die Hand die freilich schon stark geminderte Gebrauchsfähigkeit des Arms, mit dem K. damals doch noch eine beladene Karre halten und schieben konnte, vollends aufgehoben worden. Auch der Muskelschwund an der rechten Hand und am rechten Arm ist auf das alte Rückenmarksleiden zurückzuführen; derselbe ist aber jetzt, nachdem die Festigkeit im rechten Ellbogengelenk verloren gegangen ist, dem K. erst in erhöhtem Masse zum Bewusstsein gekommen.

Die Frage, ob der „Knochenbruch“ oder, wie wir es lieber nennen wollen, die jetzt bestehende Ausbildung eines Schlottergelenks bei der Verrichtung der gewöhnlichen Betriebsthätigkeit eingetreten ist, müssen wir verneinen. Selbst wenn er nicht auf den Arm gefallen wäre, wie K. angiebt, sondern nur beim Umkippen eine Auseinanderzerrung im Gelenk erlitten hätte, so müsste man das als Unfall ansehen, dem frei-

lich nicht allein ursächliche Bedeutung für die Erwerbsfähigkeitsverminderung, wohl aber diejenige eines verschlimmernden Momentes zuzuerkennen ist.

Da auch die linke Hand des K. in ihrer Gebrauchsfähigkeit eingeschränkt ist, so fällt der Verlust an Gebrauchsfähigkeit des rechten für K. um so schwerer ins Gewicht. Wir müssen deshalb die Folgen des Unfalls vom 19. Oktober 1900 verhältnissmässig hoch veranschlagen, nämlich auf 60 Prozent. (Schluss folgt.)

Raynaud'sche Krankheit und Trauma.

(Nach einem Vortrag, gehalten auf der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg, Abth. f. gerichtl. Med., 22. Sept. 1901.)

Von

Dr. Emil Schäffer-Bingen,
Grossherzogl. Kreisarzt.

Die Begutachtung von Unfallverletzten hat bekanntlich neben Vertiefung und erheblicher Erweiterung unserer Kenntnisse über die Folgezustände traumatischer Schädlichkeiten auch das recht häufig zu Tage tretende Bestreben der ätiologischen Ueberschätzung des Trauma bewirkt. Und gerade bei den Erkrankungen des Nervensystems hat dieses Bestreben sich besonders bemerkbar gemacht, von der traumatischen Neurose aus dem Jahre 1889 beginnend bis in die letzte Zeit. Es genügt ein kurzer Hinweis auf die Tabesfrage, für welche Dank den Arbeiten von Hitzig, Bernhard und Mendel die Bewerthung des Trauma in der Aetiologie entgegen der Ansicht von Klemperer die gebührende Einschränkung wieder erfahren hat.

Das gleiche Schicksal hatte die Entstehung der Syringomyelie nach peripheren Verletzungen, die ascendirende Neuritis als Erklärungsversuch chronischer Rückenmarkserkrankungen, Verhältnisse, die Schultze-Bonn einer eingehenden kritischen Besprechung unterzogen; man vergegenwärtige sich noch den derzeitigen Stand der Frage nach der traumatischen Entstehung der paralysis agitans und verschiedener anderer Nervenkrankheiten.

Nach derartigen Erfahrungen wird man um so mehr Veranlassung haben, bei einer Erkrankung, die an sich nicht häufig vorkommt, wie die Raynaud'sche Krankheit, mit der Würdigung des Trauma als ätiologisches Moment doppelt vorsichtig zu sein, wenn man nicht in den Verdacht kommen will, dass man in dem Trauma nur einen ätiologischen Sammeltopf für die verschiedensten krankhaften Zustände erblickt.

So sehr man sonach bei der Prüfung des ursächlichen Zusammenhanges in erster Linie natürlich den wissenschaftlich feststehenden Gesichtspunkten Rechnung tragen wird, so kann man andererseits doch auch nicht unbeachtet lassen, dass schliesslich noch ein grosser Unterschied besteht zwischen einer exakten wissenschaftlichen Beweisführung und jener Erbringung des Zusammenhangsnachweises, wie er selbst als „hoher Wahrscheinlichkeitsbeweis“ oder als Theil „erhöhter Beweislast“ und als „möglichste Häufung von Wahrscheinlichkeitsmomenten“ und dergl. nach der Rechtssprechung des R.-V.-A. zur Begründung eines Rentenanspruches verlangt wird. Dieser Unterschied ist ja bekannt genug und auch hinreichend betont (u. A. Stern, Freund-Sachs, in letzter Zeit wieder von Stolper).

Lediglich unter dem eben erwähnten Gesichtspunkt berichte ich über den folgenden Fall, den ich im Januar d. J. für die Rheinisch-Westfälische Baugewerks-Berufsgenossenschaft zu begutachten hatte.

Es handelte sich um einen 63 jährigen Maurer, der am 22. August 1898 aus einer Höhe von mehreren Metern herabstürzte und in bewusstlosem Zustande in ein Krankenhaus gebracht wurde. Er zeigte Kontusionen an Kopf, Brust und an den vier Gliedmassen, besonders stark rechts. Die Wunden heilten zu, der Verletzte litt fortwährend an Kopfschmerzen, Schwindel, Gliederschmerzen, die, weil sich etwas Objektives nicht mehr nachweisen liess, nicht weiter beachtet wurden. Er erhielt eine entsprechende Rente für theilweise Erwerbsunfähigkeit.

Ueber den damaligen Zustand gab mir der Mann Folgendes an: Anfang November 1898 -- also drei Monate nach dem Unfall -- fiel ihm, nachdem er seit Ende September Kriebeln und Eingeschlafensein, pelziges Gefühl an Händen und Füßen gehabt, eine nochmalige Schwellung der beiden Hände und Füße auf, besonders auf der rechten Seite, auf welcher auch die stärkeren Quetschungen in Folge des Unfalles waren. Die Schmerzen an den Armen und Füßen nahmen immer mehr zu, die Hände haben sich verfärbt, sie waren zuerst „als ob kein Blut mehr darin wäre, so weiss“, nachher sind sie ebenso wie die Zehen angelaufen, dick, roth und blau, ganz fleckig geworden, er habe Nachts gar keine Ruhe mehr gehabt. Ende November brachen die Hände und Füße, wie sich der Mann ausdrückte, zum ersten Mal auf, es haben sich Eiterblutbläschen in verschiedener Grösse gebildet, und die Haut ist dann nach und nach ganz schwarz geworden, an diesen Stellen eingetrocknet.

Januar 1899 wurde der Verletzte einer chirurgischen Universitätsklinik zur Nachbehandlung überwiesen, da seine Klagen fortbestanden. Er gab mir an, er habe Apparatübungen machen müssen, die Schwester des Krankensaals habe ihm, nachdem seine Hände nach den Uebungen immer aufgelaufen seien, gesagt, er solle aufhören. In dem Entlassungsgutachten ist Unterschenkelödem rechts notirt, ausdrücklich ist erwähnt, dass eine Venenverstopfung nicht vorhanden ist. Störungen seitens des Nervensystems sind nicht notirt.

Nachdem der Verletzte bei verschiedenen Arbeitsversuchen die Arbeit wegen der Schwindelerscheinungen wiederholt einstellen musste, behauptete er die Arbeit nicht mehr weiter machen zu können und er wurde von seiner B.-G. nochmals derselben chirurgischen Klinik überwiesen. (September 1899.)

Die Funktionsverhältnisse von Schulter- und Armmuskulatur wurden in dem Entlassungsgutachten als gut bezeichnet, die Haut an der früheren Narbe ist nicht mehr verändert; wenn auch damals erklärt ist, die Klagen über Schmerzen in den Gliedern stimmten nicht mit dem verhältnissmässig geringfügigen Befund überein, sind doch die Klagen des Mannes über Kopfschmerzen und Schwindel ein Jahr nach der schweren Hirnerschütterung als durchaus glaubhaft bezeichnet worden.

März 1900 sind Hände und Füße wieder „aufgebrochen“, wie der Mann seiner B.-G. gleich mittheilte. Die beiden Hände, besonders die rechte, sowie der rechte Unterschenkel waren wieder blauroth, „krampfartig“ schmerzhaft, es bildeten sich wieder die eingetrockneten schwarzen Schorfe, an einigen Stellen hat er Blutblasen vorher bemerkt und als Ende April 1900 von der B.-G. eine ärztliche Untersuchung veranlasst wurde, waren noch Schwellung und Blaufärbung der Hände, sowie eingetrocknete, borkenartige Hautstellen an den Fingern und an den beiden Händen nachzuweisen. Die Frage nach dem Zusammenhang mit dem Unfall wurde von dem begutachtenden Arzt bejaht, eine Erklärung für das Zustandekommen dieser Erscheinungen jedoch nicht gegeben.

Sieben Monate später — Ende Oktober 1900 — theilte der Mann seiner B.-G. abermals mit, seine Hände und Füße seien wieder aufgebrochen, er könne nicht arbeiten, habe starke Schmerzen und verlange nochmals eine genaue Untersuchung, worauf der Verletzte Anfangs Dezember mir zur Untersuchung überwiesen wurde mit der Frage: „welche Bewandniss es mit dem Aufgesprungensein der Hände habe, namentlich aber, in welchem ursächlichen Zusammenhang dieses Uebel mit dem Unfall stehe.“

Um über die verschiedenen Entwicklungsstadien der Veränderungen ein Bild zu bekommen, habe ich den Verletzten im Laufe von drei Wochen vier Mal untersucht.

Zunächst muss ich erwähnen, dass schon auf den ersten Blick neben der tiefblaurothen Verfärbung der Hände, Finger und Zehen beiderseits, R > L, ohne Weiteres die geradezu frappirende Symmetrie und die Beschränkung auf die distalen Theile der Finger und Zehen auffiel. Ich habe, bevor ich den Mann gesehen, bei Durchsicht seiner Unfallakten, wie dies gegebenen Falls manchen Anderen auch passirt wäre, in erster Linie an Artefakte gedacht; als ich den Mann gesehen, war dieser Verdacht ebenso plötzlich wie gründlich beseitigt.

Der B.-G. theilte ich in meinem Gutachten im Wesentlichen folgenden Befund mit:

Die Haut am rechten Handrücken und an sämtlichen 5 Fingern rechts ist intensiv blauroth verfärbt, die Finger sind geschwollen, an den Kuppen des 2., 3. und 4. Fingers sind erbsengrosse Eintrocknungen der Haut, an den Nagelgliedern von Daumen und Zeigefinger mehrere Blasen mit blutigem Inhalt. Auch an den Mittel- und Grundgliedern finden sich eingetrocknete Stellen und Blasen, in deren nächster Umgebung kleinere Blutungen im Gewebe sichtbar sind.

Ganz die gleichen Veränderungen finden sich an der linken Hand, in durchaus symmetrischer Anordnung wie rechts. Vorzugsweise sind auch hier die eingetrockneten Stellen von Bohnen- bis Erbsengrösse an den Endgliedern von Fingern 2 bis 4, neben offenbar erst frisch entstandenen Blasen von Stecknadelkopf- bis Kirschkernegrösse, z. B. an der Streckseite der Mittelglieder von Finger 3 und 4. Die Fingernägel sind quer geriffelt, rissig und abblättern.

Der Fussrücken ist beiderseits ebenfalls blauroth verfärbt, bis über das Knöchelgelenk. An beiden Grosszehen und an der 3. und 4. linken Zehe finden sich die gleichen eingetrockneten Hautstellen, wie an den Fingern, auch an der Sohlenfläche der 2. und 3. Zehe links.

Vom übrigen Untersuchungsbefund ist zu erwähnen eine handbreite, blaurothe Zone quer am Rücken, in der Höhe des unteren Schulterblattwinkels rechts, die Nasenspitze ist ebenfalls blau.

Die Beweglichkeit der Finger ist besonders rechts sehr schwerfällig, in Folge der hochgradigen schmerzhaften Spannung der Haut können die Finger zum Faustschluss nicht genügend gebeugt werden; das Empfindungsvermögen ist für Berührung mit Stecknadelkopf ganz erloschen, für Nadelstiche an den Handtellern, an der Greiffläche der sämtlichen Finger stark vermindert.

An den beiden Vorderarmen ist nichts Auffälliges, keine weiteren Ernährungsstörungen der Haut, kein abnormer Blutgehalt derselben.

Am rechten Unterschenkel entsprechend einer der früheren Verletzungsstellen ist die Haut in der Grösse eines Silber-Fünfmärkstüekes rothblau, in der Mitte lederartig vertrocknet, in der Umgebung abschilfernd. Im Bereich dieser Stelle ist das Empfindungsvermögen herabgesetzt.

Es bestehen Klagen über starke Schmerzen an den Hän-

den und Füssen, auf der rechten Seite stärker als auf der linken, die nach aufwärts ausstrahlen; besonders an der rechten Hand habe er Schmerzen, „als wenn mit dem Messer herumgewühlt würde“. An beiden Händen treten schmerzhafte Krämpfe auf, so dass, nach der Beschreibung zu schliessen, die Finger 2 und 3 nach der Daumenseite, 4 und 5 nach der Kleinfingerseite gezogen wurden. Ausserdem klagt er über starke Rücken-, Kopfschmerzen, Schwindel, starke Mattigkeit.

14 Tage später waren die Mortifikationen der Haut vollständig vertrocknet, an den Fingerbeeren und an der Streckseite der Finger ist die Haut entsprechend den vorbeschriebenen Veränderungen in lederartige, schwarze, ganz trockene Schalen verwandelt; diese Vertrocknungen sind so vollständig, dass die abgelösten Partien zerbrochen werden können und in des Wortes vollstem Sinne auseinander splittern.

Die Blaufärbung an den Händen und Füssen besteht noch weiter. Um die Beweglichkeit der Finger zu prüfen, habe ich den Mann eine Reihe von grösseren und kleineren Gegenständen greifen und festhalten, mehrfach die Finger an- und abziehen lassen, als diese Bewegungen unterbrochen wurden durch eine krampfartige Zusammenziehung der Zwischenknochenmuskeln; dabei waren Mittel- und Goldfinger weit von einander abgezogen, während die übrigen Finger krampfhaft adduziert waren. In den Handmuskeln trat nach diesem Krampfstadium Zittern und Muskelwogen auf, „die Finger der Hand sind immer so steif, als ob sie in Eisen stecken“, wie der Mann dies nennt, sie können nicht vollständig zur Fauststellung gebracht werden.

Radial- und Fusspuls sind vorhanden, Urin ohne Besonderheiten. Der Gang ist mühsam, jedoch ohne weitere auffällige Störung, ebenso wenig finden sich Veränderungen in der elektrischen Muskelregbarkeit an der Hand, keine Atrophien etc. Auch die Reflexe an den oberen Extremitäten zeigen nichts Besonderes.

Ich habe mir den Mann Mitte September — $\frac{3}{4}$ Jahr nach Erstattung des Gutachtens — noch einmal kommen lassen; er ist körperlich sehr zurückgegangen; nach meinen Erkundigungen bei der Bürgermeisterei des Heimathsortes war der Mann, der aus einer neuropathisch nicht belasteten Familie stammt, vor dem Unfall ein „kräftiger, herkulischer“ Mann gewesen, der seit dem Unfall ganz augenfällig in seinem Kräfte- und Ernährungszustand abgenommen und stark abgemagert sei.

Die beiden Hände, besonders die rechte, sind immer noch ganz blauroth; lässt man sie in kaltes Wasser tauchen, was der Mann als sehr schmerzhaft empfindet, so werden sie zuerst ganz weiss und schon nach kurzer Zeit sind sie tief blauschwarz, wie mit Tinte übergossen.

Die Hautvenen an den Armen zeigen auch jetzt keine Veränderungen, der rechte Kleinfinger hat an Dicke sehr zugenommen, zeigt über dem Mittelgelenk einen Mehrumfang von 3 cm gegen links.

Nasenspitze und Ohren waren ebenfalls blau, ebenso die Lidränder beiderseits; der Befund an den Lidern war bei den früheren Untersuchungen nicht vorhanden, er wäre mir bei dem auffälligen Farbenkontrast mit der übrigen Gesichtsfarbe nicht entgangen.

Die subjektiven Beschwerden bestehen fort.

Was zunächst die diagnostische Seite des Falles betrifft, so ist sie bei einem so ausgesprochenen Symptomenkomplex ohne Schwierigkeiten. Das Charakteristikum im Verlauf, das Auftreten in Anfällen in geradezu typischer Weise, sichert ohne weitere Begründung die Dia-

gnose im Verein mit der symmetrischen Lokalisation des Prozesses. Der erste Anfall erfolgte $\frac{1}{4}$ Jahr nach dem Unfall, nachdem Kriebeln, Parästhesien schon einige Wochen vorher bestanden haben (période d'invasion), der zweite Anfall erfolgte etwa $1\frac{1}{2}$ Jahr, der dritte Anfall $1\frac{3}{4}$ Jahr nach dem Unfall mit zunehmender Intensität, schwereren Erscheinungen und grösserer Dauer der Anfälle. In den einzelnen Anfällen selbst sind in prägnanter Weise die drei Stadien des Prozesses zu erkennen: Im ersten beherrschen die vasomotorischen Symptome, denen sich sensible zugesellen, das Bild, im zweiten kommt es zu schweren trophischen Störungen theils mit, theils ohne Blasenbildung zu Nekrose an den befallenen Partien, vorzugsweise an den gipfelnden Theilen, an Fingern, Zehen, in geradezu frappirender, symmetrischer Anordnung, in der dritten Periode treten keine aktiven Krankheitserscheinungen mehr auf, die nekrotischen und vollständig mumifizirten Hautstücke werden abgestossen, die Defekte sind so scharf, wie durch ein Locheisen entstanden; zu grösseren Narbenbildungen ist es in unserem Falle nicht gekommen. Die Gangrän beschränkte sich in den drei bisher erfolgten Attacken auf die Epidermis, ebenso wie sie weniger ausgedehnt ist, als die vasomotorischen Erscheinungen, in deren Gefolge sie besteht. Der Kurve der vasomotorischen Anfälle folgten die Schmerzen exazerbierend und remittierend, wie dies in den meisten Beobachtungen von Raynaud'scher Krankheit erwähnt ist. (Cassirer, Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Berlin, 1901.)

Die vasomotorischen Störungen in der ersten Phase des Anfalls begannen mit der Todtenblässe der Finger (doigts morts), regionärer Ischämie nach Weiss, dann kommt die blauschwarze Verfärbung und Schwellung (lokale Asphyxie); in ausgesprochenen Fällen, wie in dem beschriebenen, stellen sich die neurotrophischen Symptome im zweiten und dritten Stadium in schwerster Form dar, in der Form des lokalen Gewebstodes, der Gangrän, die, wie bereits der erste Beschreiber dieser nicht häufigen Eukrankung, Raynaud, beobachtete, in der Regel symmetrisch an den Acra des Körpers lokalisiert ist und Raynaud hat 1862 der ganzen Affektion von diesem markantesten Symptome den Namen *gangrène symétrique* gegeben.

Es erübrigt für die uns hier beschäftigende Frage nach der unfallrechtlichen Auffassung des Falles auf die Symptomatologie genauer einzugehen; erwähnen will ich nur noch die bei der letzten Untersuchung des Mannes konstatierte symmetrische Asphyxie an den Lidern, deren Auftreten dem Gesicht ein eigenthümliches Aussehen verlieh. So weit ich in der kurzen Zeit mich über diese Lokalisation informieren konnte, ist sie jedenfalls nichts weniger wie häufig; in der neuesten monographischen Bearbeitung dieses Leidens von Cassirer (l. c.) ist hierüber nichts erwähnt, in seinem Werk über Neurologie des Auges theilt Sängler mit, dass über Gangrän der Lider keine Beobachtungen vorliegen. Ob es hierzu im vorliegenden Fall kommen wird, muss die weitere Beobachtung des Mannes feststellen. Im vorigen Monat ist aus der Jenaer Klinik eine Arbeit von W. Vix über symmetrische Gangrän der Lider und der Thränensackgegend erschienen, über deren Inhalt ich mich jedoch noch nicht informieren konnte.

Dass, wie sonst so oft in der Neuropathologie, auch bei der Raynaudschen Krankheit eine Reihe abweichender und wenig ausgeprägter Fälle vorkommen (formes frustes), ist nicht weiter auffällig. Sie können ja gewiss grosse diagnostische Schwierigkeiten machen, ausgebildete Fälle, wie der von mir eben mitgetheilte, sind durch die Eigenart der Erscheinungen hinreichend gekennzeichnet.

Was nun die Gesichtspunkte betrifft, die für mich bei Beantwortung der von der B. G. gestellten Frage nach etwaigem Zusammenhang mit dem Trauma bestimmend waren, so ist ja bekannt, dass die Pathogenese der Raynaudschen Krankheit noch in Dunkel gehüllt ist. In erster Linie unter den ätiologischen Momenten steht neuro- oder psychopathische Konstitution, dann kommen eine Reihe von Faktoren in Betracht, in welchen der allgemeine Ernährungszustand sehr Noth leidet.

Ich habe in meinem Fall von Raynaudscher Krankheit und nicht von Raynaudschen Symptomen gesprochen, weil die eingehende Untersuchung keine andere Erkrankung des Mannes, insbesondere auch nicht eine solche des Nervensystems hat feststellen können, als deren Begleiterscheinungen ja oft die Raynaudschen Symptome auftreten. Es fehlt jeglicher Anhaltspunkt für die Annahme einer organischen Erkrankung des Centralnervensystems, wie Tabes, Syringomyelie, Gliose etc., das Vorhandensein einer peripheren Nervenerkrankung wie Neuritis ist bestimmt in Abrede zu stellen; auch gewisse hysterische Krankheitsbilder, wie die sog. hysterische Gangrän, das oedème bleu, die vielleicht eine gewisse Aehnlichkeit mit den Raynaudschen Symptomen erreichen können, sind schon durch die typische Lokalisation auszuschliessen. Fasst man, wie dies von den meisten Autoren geschieht, die Krankheit als eine vasomotorisch-trophische Neurose auf, so bleibt ja das Wesen der Erkrankung uns trotzdem noch dunkel, es geht uns eben hier, wie mit einer Reihe von anderen Nervenaffektionen nach Trauma, die wir in ihrer eigentlichen Pathogenese auf bekannte pathologische Vorgänge auch noch nicht zurückführen können.

Die in der Kasuistik der Raynaudschen Krankheit niedergelegten Beobachtungen über etwaigen Zusammenhang mit Trauma sind recht vereinzelt; Oppenheim und Cassirer erwähnen das Trauma nur kurz, ohne weiter auf das Ursächlichkeitsverhältniss einzugehen.

Brasch theilte 1898 in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie einen Fall von Raynaudscher Krankheit mit, in welchem nach jeder Fingerverletzung die Krankheit schlimmer wurde, er bringt das Bestehen derselben mit den Verletzungen in ursächlichen Zusammenhang und tritt für die traumatische Genese im Sinne einer Verschlimmerung des Zustandes ein, während Remak in der Diskussion damals bemerkte, dass der Begriff der Raynaudschen Krankheit in der Luft schwebt, lokale Asphyxie der Finger sei häufig und die Betreffenden seien in Folge der Gefühlsstörung an den Fingern auch Traumen besonders ausgesetzt.

Reipen theilte 1897 im ärztlichen Verein zu Köln einen Fall als „vasomotorisch trophische Neurose“ mit, der durch seine traumatische Aetiologie Interesse hat. Nach einer starken Fussquetschung entwickelte sich Karies, es wurde die grosse Zehe amputirt. Die Schmerzen und die Blaufärbung an dem Fuss bestanden aber trotzdem fort, Reipen hat dann auf Anrathen der Prof. Leichtenstern, Steiner und Bardenheuer die quere Amputation über den Köpfchen der Mittelfussknochen vorgenommen. Der Kranke wurde mit vollständig geheiltem Amputationsstumpf entlassen und konnte den rechten Fuss beim Auftreten benutzen. Jedoch bestanden immer noch nach beiden Seiten des Unterschenkels ausstrahlende Schmerzen, die Schmerzen steigerten sich im Laufe der nächsten Zeit immer mehr, es trat wieder Blaufärbung der Haut auf, es bildeten sich rothe, höchst schmerzhaft Flecken am Bein, die sich zu Bläschen gestalteten, die nach Aufbrechen oberflächliche, langsam heilende Geschwüre hinterliessen. Die grösste gleichzeitig vorhandene Anzahl solcher

Geschwüre betrug 21. Der Mann wurde wegen des stetig um sich greifenden Prozesses ganz unfähig, das Bein zu gebrauchen, er konnte schliesslich wegen der grossen Schmerzen nur in sitzender Stellung ausser Bett sein. (Ref. Deutsche med. Wochenschrift 1898. V. 163.)

Prof. Müller-Zürich hat in einem Fall von Raynaudscher Krankheit im Anschluss an ein Trauma ein Obergutachten abgegeben, das in der Unfallversicherungspraxis (1899, No. 3) in extenso, in der Thiem'schen Monatsschrift für Unfallheilkunde (1899, No. 12) auszugsweise veröffentlicht ist. Es handelte sich um einen 64 jährigen Schmied, bei dem sich 11 Monate nach einer heftigen Bauchquetschung (Schwingenschraube-Federhammer) der Raynaud'sche Symptomenkomplex ausgebildet hat. Prof. Müller sprach sich bestimmt für einen ursächlichen Zusammenhang aus und erklärte das Zustandekommen der Krankheit aus der mit dem Unfall verbundenen gewaltigen Erschütterung des Nervensystems, spez. der Geflechte des Bauchsympathikus.

Ich habe in meinem Gutachten für die betreffende Berufsgenossenschaft die hohe Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges des Zustandes mit dem Unfall unter speziellem Hinweis auf die bis jetzt existirende Literatur zugegeben und den Mann im derzeitigen Zustand für vollwerbsunfähig erklärt; die B.-G. hat die Rente von 25 Prozent meinem Gutachten entsprechend bis auf Weiteres auf die Vollrente erhöht.

Ich resümiere: Im vorliegenden Fall erachte ich den Zusammenhangsnachweis im unfallrechtlichen Sinn erbracht; denn:

1. Das Leiden entwickelte sich bei einem bis zu dem Unfall robusten und gesunden Mann.
2. Die ersten Krankheitserscheinungen lassen sich nicht nur nach den Aussagen des Mannes, sondern der Hauptsache nach auch nach dem Inhalt der Akten, trotz der seitherigen abweichenden Beurtheilung des Falles, bis unmittelbar auf den Unfall zurückführen.
3. Die am stärksten vom Unfall betroffene rechte Seite war auch durch den Krankheitsprozess am meisten in Mitleidenschaft gezogen, gleich von Beginn ab, bis zu meiner 2 Jahre später vorgenommenen Untersuchung des Mannes.
4. Alle gewöhnlich als ätiologische Faktoren bei der Raynaud'schen Krankheit in Betracht kommenden Momente fehlten.
5. Die Krankheit ist bei dem Mann in einem Alter in Erscheinung getreten, in welchem sie unter einer Kasuistik von 168 Fällen (Cassirer, l. c.) überhaupt nur fünf Mal beobachtet wurde.

Aerztliches Berufsgeheimniss und Todesursachenstatistik.

Von

Dr. Fr. Prinzing-Ulm.

Am 19. November 1901 wurde in Staufen im Breisgau (Grossherzogth. Baden) Anklage gegen einen Arzt erhoben, weil derselbe in die von ihm auszufüllenden Leichenscheine in zwei Fällen nur die allgemeinen Diagnosen „Leberleiden“ und „Nierenleiden“ eingetragen hatte und sich trotz der Aufforderung von Seiten des Bezirksarztes und des Bezirksamtes geweigert hatte, die Diagnose genauer zu stellen. Der betreffende Arzt stützte sich darauf, dass bei Bekanntwerden dieser letzteren üble

Nachreden entstehen könnten, dass die Hinterbliebenen ihm verboten haben, mehr als die allgemeinen Diagnosen bekannt zu geben, und dass er nach § 300 D. St. G. B. unbefugt Privatgeheimnisse nicht offenbaren dürfe. Der Arzt wurde vom Schöffengericht in Staufen freigesprochen. *)

Dass die von Privaten oder Behörden gewünschte Mittheilung von Dingen, die der Arzt bei Ausübung seines Berufes erfahren, diesen häufig mit seiner beruflichen Schweigepflicht in ein schweres Dilemma bringt, ist bekannt. Es wurde dies bezüglich der Ausstellung der Leichenscheine schon öfters betont und es sind auch sonst schon wegen falscher Ausfüllung von Leichenscheinen gerichtliche Klagen gegen Aerzte erhoben worden. Nun kann man ja freilich sagen, dass in den meisten Fällen eine genaue ärztliche Diagnose auf den Leichenscheinen das Interesse der Familie des Verstorbenen in keiner Weise beeinträchtigt. So scheint in dem vorliegenden Falle eine solche strenge Wahrung des ärztlichen Geheimnisses kaum dringend nöthig gewesen zu sein; doch lässt sich dies ohne Kenntniss der näheren Umstände nicht feststellen. Es ist auch nicht sehr erheblich; denn es giebt ganz zweifellose Fälle, wo der Arzt bei Ausfüllung des Leichenscheins mit seinem ärztlichen Gewissen in Konflikt kommt, bei Selbstmord, bei Tod durch Alkoholismus, Syphilis u. dergl., wenn er von der Familie speziell verpflichtet und gebeten wird, die wahre Todesursache zu verheimlichen. Auf der einen Seite gebietet der § 300 D. St. G. B. dem Arzte zu schweigen, auf der anderen Seite droht ihm Verurtheilung wegen Fälschung einer öffentlichen Urkunde.

Da der Todesursachenstatistik von den Regierungen in Anbetracht ihrer grossen Bedeutung für die öffentliche Gesundheitspflege in anderen Ländern mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird als in Deutschland, so ist in einigen derselben versucht worden, diesen Zwiespalt der Pflicht, in den der Arzt gerathen kann, zu beseitigen. Hierzu giebt es zwei Wege. Der eine besteht darin, dass man speziell für die Mittheilung der Todesursache das ärztliche Berufsgeheimniss gesetzlich beseitigt. Dies ist z. B. in England und Italien geschehen. In England wurde 1874 durch den Births and Deaths Registration Act ausdrücklich die gesetzliche Verpflichtung der Aerzte zur Abgabe von Leichenscheinen mit Bezeichnung der Todesursachen ausgesprochen; und ebenso in Italien durch das Gesetz vom 22. Dezember 1888 (*legge sull' ordinamento dell' assistenza sanitaria*). Damit ist nun freilich für den Arzt jeder Zweifel darüber, was er im einzelnen Falle zu thun hat, gehoben, aber die Familie des Verstorbenen hat keinen Schutz dagegen, dass Dinge, die sie lieber vor der Welt verborgen wissen möchte, bekannt werden. Es wird also auch hier nicht an Einwirkungen auf den behandelnden Arzt fehlen, unter solchen Umständen eine allgemeine Diagnose einzusetzen. Thut er dies, so wird ohne Zweifel einer der Hauptzwecke der Gesetzgebung, ein zuverlässiges Urmaterial für die Todesursachenstatistik zu beschaffen, beeinträchtigt. Damit solche ungenaue Diagnosen ausgemerzt werden können, ist das General-Registeramt in London seit 1881 berechtigt, vertrauliche Nachfragen bei den behandelnden Aerzten darüber anzustellen, die keinen Anstand nehmen können, dem Amte in London genaue Angaben zu machen.

Ein anderer Weg wurde in der Schweiz eingeschlagen. Das Gesetz über den Civilstand vom 24. Dezember 1874 verlangt dort den Eintrag der Todesursache in die Totenregister der Standesämter auf Grund eines ärztlichen Leichenscheins. Hiermit ist also die gesetzliche Grundlage gegeben, durch die der Arzt verpflichtet wird, die Todesursache dem Standes-

beamten mitzuthemen. Um aber genaue Angaben, namentlich auch über die entfernteren Todesursachen zu gewinnen, wurden 1891 für die 15 grossen Städte, 1893 für die 43 grösseren Civilstandskreise und 1901 für das ganze Land erweiterte Sterbekarten eingeführt, deren Hauptwerth die Wahrung des ärztlichen Geheimnisses ist. Sie sind nur für das statistische Bureau in Bern bestimmt; es ist ihnen ein abtrennbarer Coupon mit dem Namen des Verstorbenen angehängt, während die Sterbekarte selbst nur die Nummer des Totenregisters enthält. Der Kopf der Karte mit Todeszeit, Beruf, Civilstand, Geburtstag, Ort des Absterbens u. s. w. wird vom Standesbeamten ausgefüllt, wie auch der Coupon, der nur den Namen enthält. Der Arzt macht nun seine Einträge in die hierfür bestimmten Rubriken der Sterbekarte, trennt den Coupon ab, so dass die Karte jetzt nur noch die Nummer des Totenregisters enthält, und schickt die Karte verschlossen mit der Post portofrei an das Standesamt; auf dem Briefumschlag steht ebenfalls die Nummer des Totenregisters. Die Karten werden dann uneröffnet von den Standesämtern dem statistischen Bureau in Bern übermittelt. Dieses System hat sich sehr bewährt. Der beste Beweis hierfür ist die Ausdehnung, die ihm seit 1891 allmählich in der Schweiz gegeben wurde. *)

In Deutschland wurde bei der Neuordnung der Führung der Standesregister die Aufnahme der Todesursache absichtlich ausgeschlossen, da es nicht angängig sei, eine Todesursache aktenmässig zu beurkunden, die einen Makel auf die Hinterbliebenen werfen könnte. Es fehlt somit in Deutschland jede gesetzliche Grundlage zur Erhebung des für die Todesursachenstatistik nöthigen Urmaterials und es sind daher alle diesbezüglichen Verordnungen in den Einzelstaaten auf dem Verwaltungswege erlassen; der oben angeführte Fall beweist, dass diese Verordnungen nicht immer mit dem bestehenden Gesetz in Einklang stehen. Dass eine genaue Todesursachenstatistik für die öffentliche Gesundheitspflege nicht entbehrt werden kann, ist in ärztlichen Kreisen allgemein anerkannt; mag diese Statistik noch so dürftig sein, es wird immer wieder auf sie zurückgegriffen. Denn der Nachweis des Erfolgs allgemeiner sanitärer Einrichtungen oder spezieller Massnahmen gegen einzelne Krankheiten kann nur mittels der Statistik beigebracht werden: Die Abnahme der Tuberkulose, des Abdominaltyphus u. s. w. lässt sich nur so feststellen. Da, wo keine Anzeigepflicht bezüglich infektiöser Krankheiten besteht, ist die Todesursachenstatistik die einzige Quelle, aus welcher die Behörden sich über die Häufigkeit und die Verbreitung jener Kenntniss verschaffen können, und da, wo die Anzeigepflicht besteht, ist die Zahl der Todesfälle in Folge der betreffenden Krankheit zur Kontrolle darüber nöthig, in welchem Masse der Anzeigepflicht genügt wird. Nichts zeigt mehr die Unzulänglichkeit in der Art der Erhebung der Todesursachen, als die verschiedenen Ansichten über die Zunahme des Krebses und über die lokale Verbreitung dieser Krankheit.

Leider ist die Einführung einer ärztlichen Leichenschau in Deutschland oder wenigstens in den einzelnen Bundesstaaten in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. Zur Zeit besteht sie nur im Grossherzogthum Hessen und in Hamburg, ausserdem ist sie da und dort eingeführt (z. B. in der Stadt Leipzig; 1895 waren in Württemberg 50 Aerzte als Leichenschauer angestellt). Die Todesursachen müssen demnach durch

*) F. Prinzing, Die Zuverlässigkeit der Todesursachenstatistik Württembergs im Vergleich mit der anderer Staaten. Württ. Jahrb. f. 1900. II. 279. Stuttgart 1901. G. v. Mayr, Reform der Todesursachenstatistik in der Schweiz. Stat. Arch. Bd. 5. 1899. S. 479.

*) Nach Württ. Korr.-Bl. Bd. 71. 1901. S. 748.

die Behörden direkt von den behandelnden Aerzten erhoben werden, deren Angaben auf den Leichenscheinen durch verschiedene Hände gehen, ehe sie an die Stelle gelangen, von der sie verarbeitet werden. Dass dies häufig die Ursache des Eintragens allgemeiner Diagnosen ist, hat Ehlers in seiner Arbeit über die Sterblichkeit an Kindbettfieber deutlich gezeigt, da er nachweisen konnte, dass $\frac{1}{5}$ aller Todesfälle an Kindbettfieber in Berlin 1895—96 nicht als solche in die Leichenscheine eingetragen wurden.*) Sollen daher Konflikte mit dem § 300 D. St. G. B. vermieden und eine genaue Erhebung der Todesursache in Fällen, in denen ein Bekanntwerden derselben für die Familie des Gestorbenen oder für den Arzt unangenehm wäre, ermöglicht werden, so ist es unerlässlich, den Arzt zur Angabe der Todesursache bei den von ihm Behandelten gesetzlich zu verpflichten und zugleich eine Art der Erhebung einzuführen, die die Wahrung des ärztlichen Geheimnisses gewährleistet.

Referate.

Sammelbericht.

Gewerbehygienische Rundschau.

Von E. Roth, Reg.- und Geh. Medizinalrath.

Das französische Arbeitsamt (Office de travail) veröffentlichte eine Arbeit über Industriegifte (Poisons industriels, Paris 1901). Bekanntlich ist im französischen Handelsministerium vor Kurzem eine Kommission für Gewerbehygiene eingesetzt, die zur Zeit mit der Ausarbeitung hygienischer Vorschriften für die einzelnen Industrien beschäftigt ist. Die Veröffentlichung des Arbeitsamtes erstreckt sich auf die Darstellung der industriellen Gifte, ihre Wirkungen, die gesundheitsschädlichen Arbeitsprozesse und die prophylaktischen Massnahmen; ausserdem ist die Arbeiterschutzgesetzgebung der wichtigsten europäischen Länder berücksichtigt. Die Veröffentlichung behandelt Blei, Kupfer, Zink und Quecksilber, Arsenik und Phosphor, Benzin, Nitrobenzol, Anilin, Petroleum, Theer, Terpentin, Vanille u. A. Bezüglich des Bleis zählt der Bericht nicht weniger als 111 Beschäftigungszweige auf, die mit Blei derart zu hantieren haben, dass die Bleivergiftung zu den Berufskrankheiten der Arbeiter in allen diesen Branchen gezählt werden muss. Der Ersatz des Bleiweiss durch Zinkweiss hat, wie es scheint, bisher nur sehr geringe Fortschritte gemacht. Das Verzeichniss der Arbeitsprozesse, bei denen Bleivergiftungen konstatiert wurden, umfasst fast alle Industrien, u. A. gehören hierher auch Wäscherinnen, welche die Wäsche von Bleiarbeitern waschen, Näherinnen, die mit Blei beschwerten Zwirn nähen, Handschuharbeiter, die mit Blei präpariertes Leder verarbeiten. In dem 5 jährigen Zeitraume von 1894 bis 1898 wurden in den Pariser Spitälern nicht weniger als 1552 Bleivergiftungsfälle behandelt, von denen 86 tödtlich endeten; die Hälfte dieser tödtlichen Fälle fiel auf Anstreicher. Ausser den Anstreichern sind es vor Allem die Giesser, Kesselschmiede, Schriftgiesser und Setzer, Glaser u. s. w., bei denen Bleivergiftungen häufig vorkommen. Kupfer und Zink enthalten in der Form, in der sie zur Verarbeitung kommen, in der Regel bleihaltige Substanzen, unter deren Einwirkung die Arbeiter erkranken. Die Verwendung von Quecksilber wurde von Layet in 24 verschiedenen Industriezweigen festgestellt.

*) Ph. Ehlers, Die Sterblichkeit im Kindbett in Berlin 1877—96. 1900. S. 20 ff.

Arsenikvergiftungen waren die Arbeiter in 27 verschiedenen Industriezweigen ausgesetzt, hauptsächlich in der Farbenindustrie. Bemerkenswerth sind die Ausführungen über die in Frage kommenden prophylaktischen Massnahmen, auf die hier nur verwiesen werden kann. Das Wichtigste bleibt der Ersatz der giftigen Stoffe durch ungiftige, die Bearbeitung auf nassem Wege, der persönliche Schutz der Arbeiter, namentlich peinlichste Reinlichkeit, ferner sorgfältigste Staubabsaugung und Ventilation. Ausserdem bleibt eine regelmässige ärztliche Kontrolle und Belehrung der Arbeiter über die Vergiftungsgefahren und deren Vermeidung zu fordern; letztere wird am besten durch volkstümliche Flugschriften, die jedem einzelnen Arbeiter zugänglich gemacht werden, sowie durch kurz gefasste Anschläge oder Zusätze zu den Arbeitsordnungen in den betreffenden Betrieben erreicht werden (vgl. des Ref. Vorträge über Gewerbehygiene aus dem Vortragscyklus über Arbeiterversicherung und Arbeiterschutzgesetzgebung in der Charité in Berlin, Berliner Klinische Wochenschrift 1901, No. 17 bis 20.) Alle diese Massnahmen haben zur Voraussetzung, dass die Behörden von dem Auftreten gewerblicher Vergiftungen rechtzeitig unterrichtet werden. Nach dieser Richtung bedeutet der ausführliche Erlass des sächsischen Ministeriums vom 27. Juni 1901 über die Verhütung von Bleierkrankungen gewerblicher Arbeiter insofern einen Fortschritt, als darin zur Erwägung gegeben wird, die Krankenkassenärzte bezw. Kassenvorstände zur Anzeigeerstattung über Bleivergiftungen bei Kassenmitgliedern zu verpflichten.

Wenn für die in Chromatfabriken beschäftigten Arbeiter neuerdings zu den vielen schon vorhandenen ein neuer Respirator von Klein in Giessen empfohlen wurde, so lässt sich voraussehen, dass auch dieser ebenso wenig Anklang bei den Arbeitern finden wird, wie die bisherigen, da mit der Benutzung dieser Apparate eine Belästigung der Arbeiter unzertrennlich verbunden ist. Deshalb muss das Bestreben der Technik in erster Linie darauf gerichtet sein, jede Inhalation des Chromatstaubs und der Chromatdämpfe unmöglich zu machen.

Mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der Frage eines Verbots der Fabrikation von Weissphosphorzündhölzern, eine Frage, die neuerdings auch bei uns zur Erwägung gestellt ist, verdient Erwähnung, dass ein solches Fabrikationsverbot, das gleichzeitig die Einfuhr und den Verkauf von Phosphorzündhölzern verbietet und die Bedingungen für die Durchfuhr regelt, unter dem 28. Mai 1901 für die Niederlande erlassen ist. Das Gesetz findet sich abgedruckt in den „Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts“ 1901, S. 884.

In der Wiener Klinischen Rundschau vom 9. Oktober 1901 veröffentlichte von Jaksch unter dem Titel „Ueber gehäufte diffuse Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks, an den Typus der multiplen Sklerose mahnend, welche durch eine besondere Aetiologie gekennzeichnet sind“ die Krankengeschichten von drei Arbeitern einer chemischen Fabrik, die mit dem Trocknen von regenerirtem Mangansuperoxydschlamm beschäftigt gewesen waren. Während von Jaksch als ätiologisches Moment die schroffen Temperaturdifferenzen heranzieht, denen diese Arbeiter ausgesetzt waren, dürfte es nach den Beobachtungen von Couper und Embden (Zur Kenntniss der metallischen Nervengifte, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1901, Nr. 16) näher liegen, die giftige Wirkung des Mangans als erklärende Ursache heranzuziehen. Dass andere Arbeiter, die der gleichen Gefahr ausgesetzt waren, frei blieben, findet wie bei allen Metallgiften seine genügende Erklärung in dem verschiedenen Verhalten und vor Allem in der verschiedenen Empfänglichkeit der einzelnen Arbeiter.

Ueber die sanitätspolizeiliche Regelung der Bettfederreinigung referirt M. Gruber als Gutachter des k. k.

obersten Sanitätsraths (Oesterreichisches Sanitätswesen, 1901, Nr. 34). Das Gutachten kommt zu dem Schluss, dass die Gefahr einer Verbreitung von Krankheiten durch gebrauchte Bettfedern nicht besonders gross ist. Mit Ausnahme der Blattern sind Uebertragungen von Krankheiten durch Vermittelung der Bettfedern nicht beobachtet. Hinsichtlich der Uebertragung der Blattern waren besonders die Bettfedern galizischer und ungarischer Herkunft verdächtig. Mit Rücksicht auf diese Gefahr sollten in Bettfederreinigungsanstalten nur solche Personen zugelassen werden, die innerhalb der letzten zehn Jahre geimpft oder wiedergeimpft worden sind, und es sollten Bettfedern zurückgewiesen werden, von denen bekannt oder zu vermuthen ist, dass sie von Kranken mit übertragbaren Krankheiten benutzt worden sind, wenn sie nicht vorher zuverlässig desinfiziert sind. Die bezüglich der Beschaffenheit der Arbeitsstätte wie zum Schutze der Arbeiter und der Nachbarn zu stellenden Forderungen sind am Schluss des Gutachtens in bestimmten Vorschriften zusammengefasst.

Auf den Griffelbrüchen in Sachsen-Meiningen hat sich die Einführung des elektrischen Betriebes in vollem Masse bewährt und die Möglichkeit gegeben, durch Anschluss der Durchmachmaschinen an den elektrischen Betrieb von diesen den Staub abzusaugen. Hieraus darf eine erhebliche Besserung der Gesundheitsverhältnisse der Griffelarbeiter erhofft werden, insbesondere dann, wenn, wie seitens der Sachsen-Meiningischen Regierung beabsichtigt, auf sämtlichen fiskalischen Griffelbrüchen der elektrische Betrieb eingeführt wird und weiterhin auch die privaten Unternehmer sich diesem Vorgehen anschliessen.

Chirurgie.

Ueber subkutane traumatische Bauchblutungen.

Nach einem Vortrag, gehalten in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Von Oberstabsarzt Dr. Fichel-Breslau.

(Münchener Mediz. Wochenschr. 1901 No. 41 u. 42.)

An drei Krankengeschichten und einem Ueberblick über die einschlägige Literatur erörtert Verfasser die Prinzipien der Diagnostik und Therapie der Blutungen in die Bauchhöhle und stellt als Anhaltspunkte für die Erkennung der Blutung fest, dass „1. der Verletzte sich aus dem vorhandenen Shok nicht erholt und 2., dass das anfänglich gute oder leidliche Allgemeinbefinden sich nach kurzer Zeit verschlechtert und im Besonderen ein rapides Kleiner- und Schnellerwerden des Pulses eintritt“.

Eine vorhandene Dämpfung, sowie lokale Schmerzhaftigkeit und starres Zusammengezogensein der Bauchmuskeln können die Diagnose unterstützen, ohne dass auf ihr Fehlen oder Vorhandensein entscheidender Werth gelegt werden darf.

Die Lage einer vorhandenen Dämpfung kann für den Sitz der Verletzung nicht unbedingt verwerthet werden.

Bei der Diagnose „intrapertoneale Blutung“ ist operatives Eingreifen rathsam, auch wenn die Blutung an sich nicht unbedingt lebensbedrohend ist, da Sekundärinfektion von eröffneten Gallengängen oder vom verletzten Magendarmtraktus aus dabei verhindert werden kann.

Die an den drei Fällen notwendigen Operationen, zwei Milzexstirpationen und die Tamponade eines Leberisses, machte Verfasser unter nur theilweis angewendeter Chloroformnarkose, nämlich beim Hautschnitt und beim Wundschluss.

Die Blutung wird durch Einstopfung von Mullstreifen in unteren Bauchraum und Leber- und Milzgegend provisorisch

beherrscht, durch Lockerung derselben ihr Sitz genauer festgestellt und darauf ihr Herd in Angriff genommen; Verfasser exstirpirte zweimal die Milz (1 Todesfall), wozu ein Querschnitt dem vom Schwertfortsatz bis zur Schamfuge reichenden Längsschnitt hinzugefügt wurde. Die Hinterseite der Milz verdient besondere Beachtung. Exstirpation ist der Naht grösserer Risse im Allgemeinen vorzuziehen. Ein Leberiss wurde mit Erfolg tamponirt. Wegen des eminenten Blutverlustes sind Kochsalzinfusionen meist nothwendig. Verfasser macht sie durch ein in dem unteren Wundwinkel eingelegtes dünnes Drain in die Peritonealhöhle, und zwar entweder dauernd tropfenweise (Langenbeck's Archiv Bd. 58. Heft 1.) oder in grösseren Quanten zeitweise, er schreibt ihr bessere Wirkung zu als der subkutanen. Seelhorst.

Zerreissung der vena cava inferior; Tod nach 4 Stunden.

Von Frank Hinds.

(The British Medical Journal, 24. August 1901.)

Ein 6 Jahre alter Junge wurde in das Krankenhaus eingeliefert, nachdem er von einem schweren Wagen überfahren worden war. Beide Räder sollen über seinen Körper weggegangen sein. Die Einlieferung in das Krankenhaus fand 10 Minuten nach dem Unfall statt. Der Knabe befand sich in einem Zustand von Kollaps und schien sterbend zu sein. Die sichtbaren Zeichen der Verletzungen waren ein Bruch des linken Oberarms und eine Hautabschürfung der Brust. Anscheinend bestanden heftige Schmerzen im Leibe. Der Puls war klein, unregelmässig und ungleich. Auch die Athmung war unregelmässig. Die abhängigen Partien des Leibes zeigten bei der Perkussion eine deutliche Dämpfung. Man nahm an, dass ein Bluterguss in die Bauchhöhle stattgefunden habe und hielt dies für eine Indikation zur Laparotomie. Dieselbe wurde ausgeführt und in der That fand sich in der Bauchhöhle eine grössere Menge geronnenen Blutes und reichlich dunkles frisches Blut. Die Blutung stand und die Quelle derselben war schwer auffindbar. Erst als man mit der Hand zwischen das Zwerchfell und der hinteren Leberfläche fühlte, bemerkte man eine grössere Zerreissung, deren Grenzen nicht genau bestimmbar waren. Sofort entstand eine neue profuse starke Blutung und unmittelbar darauf trat der Tod ein. Dies war 4 Stunden nach dem Unfall. Bei der Sektion sah man zwei Risswunden der hinteren Fläche des rechten Leberlappens von etwa 1½ Zoll Länge, die eine etwas tiefer wie die andere. Vor Allem war die vena cava inferior gerade unter dem Zwerchfell in ihrem halben Umfang auf ihrer linken Seite durchrissen. Die übrigen Verletzungen, die sich fanden, waren geringeren Grades. Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von Abreissung des Samenstranges.

Von Dr. A. Rutkow.

(Wratsch 1901, No. 35.)

Der 38jährige Offizier kam zum Verf. wegen Störung der Harnentleerung. Durch Befragen stellte Verf. fest, dass der Patient zum ersten Male vor sechs Jahren eine Gonorrhoe acquirirt hatte und ziemlich nachlässig behandelt worden war. Vor fünf Jahren hatte sich der Patient zufällig mit den Sporen in den linken Hoden einen Schlag versetzt. Es stellten sich unmittelbar darauf Schmerzen im Hoden ein, letzterer schwoll dann mässig an und am Hodensack zeigte sich eine kleine Erosion. Der Schmerz blieb nicht lange bestehen, während die Geschwulst auch jetzt noch vorhanden ist. Der rechte Hoden zeigt normale Konsistenz und Struktur. Der Samenstrang ist normal. Statt des linken Hodens findet man eine elastische gänseeigrosse Geschwulst, die sich bei der Unter-

suchung mit der Kollmann'schen elektrischen Lampe als mit Flüssigkeit gefüllt erweist; bei dieser Durchleuchtung findet man im hinteren oberen Theile der Geschwulst den Hoden in Form eines dunklen eiförmigen Körpers. Die ganze Geschwulst zeigt mit dem Samenstrang der linken Seite gar keine Kommunikation. Letzterer wird vollständig isolirt vom Hoden in Form einer beweglichen Schnur gefühlt, die vom Inguinalring nach unten zum Hodensack verläuft und mit einer bohnengrossen Verdickung endet. Am Hodensack sind keine Spuren von Verletzung zu finden. Bei der Untersuchung der Harnröhre wird eine Reihe von Strikturen entdeckt. Wahrscheinlich war in diesem Falle der Samenstrang bei der vor fünf Jahren erlittenen Verletzung abgerissen worden. Lb.

Psychiatrie und Neurologie.

Ueber die vorübergehenden Zustände abnormen Bewusstseins in Folge von Alkoholvergiftung und über deren forensische Bedeutung.

Von Prof. C. Moeli.

(Allg. Ztschr. f. Psychiatrie etc., 57. Bd., Heft 2/3.)

M. theilt eine Reihe von Fällen mit, in denen Handlungen im Sinne eines schon lange bestehenden Vorstellungskreises bei veränderter Bewusstseinslage unter Alkoholwirkung ausgeübt sind, in einer zweiten Gruppe solche von Alkoholisten (ohne alle Zeichen von Epilepsie), die in geänderter Bewusstseinslage Handlungen ausführten, als deren Motive in der Zeit kurz vor dem Eintritt der akuten Bewusstseinsänderung vorhandene Vorstellungen nachweisbar sind; er bespricht dabei den Zusammenhang solcher Zustände mit Epilepsie und Hysterie, ihre Trennung von diesen Krankheiten, ihre Psychogenese und forensische Bedeutung. Samuel.

Zur allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie der Taboparalyse.

Von Binswanger.

(Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, Band X, Heft 5.)

Es ist nicht angängig, bei vorhandener Paralyse Tabes allein aus reflektorischer Pupillenstarre und dem Westphal'schen Phänomen zu diagnostizieren; dazu bedarf es noch der Feststellung anderer Symptome wie der Ataxie, von Sensibilitätsstörungen, Krisen. Sehnervenatrophie gehört überwiegend dem tabischen Symptomenkomplexe an; Lähmungen der äusseren Augenmuskeln sind sowohl tabische wie paralytische Symptome. V. nimmt an, dass höchstens bei $\frac{1}{5}$ der Paralytiker Tabes sich findet.

Die Kombination der beiden Krankheitsbilder kann recht mannigfach sein. V. unterscheidet vier Möglichkeiten. Zur vorhandenen Tabes gesellt sich eine langsam, schleppend verlaufende Paralyse hinzu, oder es tritt eine unter stürmischen Erscheinungen einsetzende und tödtlich endigende Paralyse hinzu, oder es kommen gehäufte paralytische Anfälle mit rapidem Verlauf der Paralyse zur Tabes oder schliesslich entwickelt sich zuerst die Paralyse nach einem mehr oder weniger langen neurasthenischem Stadium in typischer Weise und erst später erscheint die Tabes.

Von der Taboparalyse ist scharf zu trennen die einfache, nicht progredient verlaufende postsyphilitische Demenz. Schliesslich können auch interkurrent auftretende, psychische Erkrankungen, die mit der Paralyse nichts zu thun haben, zu einer Fehldiagnose Veranlassung geben, wie in einem von V. mitgetheilten Falle von Tabes mit einer vorübergehenden Intoxikations-Amentia (Verwirrtheit, halluzinatorische Erregungen, Mutismus, katatonische Symptome).

Ernst Schultze.

Angeborene doppelseitige Starre (Little'sche Krankheit) bei Zwillingen mit Sektionsbefund.

Von Rolly.

(Deutsche Ztschr. f. Nervenhlkd., 20. Band, 3.-4. Heft.)

Die Zwillinge zeigten von Geburt auf allgemeine Starre der Körpermuskulatur ohne Lähmungen mit Steigerung der Sehnenreflexe, athetoiden Bewegungen und zeitweilig auftretenden Krämpfen. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine enorme Wucherung des Gliagewebes und der Blutgefässe im Gehirn und Rückenmark.

Das eine Kind wurde mit Kunsthilfe geboren und kam asphyctisch zur Welt; bei dem anderen traf weder das Eine noch das Andere zu. Das sog. Little'sche Moment kann somit als Ursache des Leidens nicht in Betracht kommen. Eher ist zu denken an die beiden gemeinsame kongenitale Lues. Schliesslich sind die beiden Patientinnen mit der 14. Entbindung geboren worden; so kann man an eine mit so zahlreichen Entbindungen einhergehende Erschöpfung des mütterlichen Organismus und damit verbundene ungünstige intrauterine Lebens- und Entwicklungsbedingungen denken.

Auf Grund seiner Beobachtungen ist V. geneigt, die kongenitale Muskelstarre ohne Lähmung als einen besonderen Krankheitstypus anzusprechen. Ernst Schultze.

Weiterer Beitrag zur kongenitalen Muskelstarre.

Von Rolly.

(Deutsche Ztschr. f. Nervenhlkd., 20. Band, 3.-4. Heft.)

V. berichtet in dieser sich an die obige Arbeit anschliessenden Mittheilung über zwei weitere Fälle der unkomplizierten kongenitalen Muskelstarre. Der makroskopische Befund war negativ. Mikroskopisch fand sich Gliawucherung, Blutgefässreichthum, Leptomeningitis neben einer Entwicklungsanomalie und Wucherung der Ependymzellen im Cervikalkanal. In dem einen Falle liess sich Lues des Vaters, in dem andern kein ätiologisches Moment nachweisen.

Von den früher beobachteten Fällen unterschieden sich diese nur durch das Fehlen von Krampfanfällen. Dies genügt aber nicht zu einer Sonderstellung, zumal der pathologisch-anatomische Befund ein gemeinsamer war. Andererseits aber muss man Fälle von allgemeiner angeborener Muskelstarre ohne Lähmungen solchen mit Lähmungen gegenüberstellen; bei diesen letzteren handelt es sich auch um andere anatomische Befunde wie Porencephalie, Cyste etc.

Ernst Schultze.

Ueber das Westphal'sche Zeichen als Merkmal der erblichen Degeneration.

Von Max Sommer.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. X, Heft 3. Sept. 1901.)

Nach eingehender Mittheilung der einschlägigen Literatur berichtet V. über zwei Fälle von funktionellen Psychosen (dementia praecox, manisch-depressives Irresein), bei denen auch nicht mit Anwendung der Kunstgriffe die Patellarreflexe auszulösen waren. Funktionelle Erkrankungen des Nervensystems lassen die Patellarreflexe nur zeitweilig verschwinden. Hochgradige funktionelle Erschöpfung kann auch nicht in Betracht kommen, da in den Zeiten der anscheinenden Genesung die Reflexe nicht wiederkehrten. Ebenso wenig sind andere Erkrankungen irgend welcher Art anzuschuldigen. Es handelt sich also um eine angeborene Anomalie, die V. als Degenerationszeichen auffasst, wie das schon vordem Bloch und Wildermuth gethan haben. Bloch spricht das Fehlen der Reflexe bei einzelnen Gliedern aus neuropathisch belasteten Familien geradezu als „den Ausläufer, als das letzte Wahrzeichen der erlöschenden oder zeitweise ruhenden neuropathischen Diathese“ an. Ernst Schultze.

Ueber Synkinesien bei intaktem Nervensystem an der Hand eines selbst beobachteten Falles.

Von von Fragstein.

(Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, Band X, Heft 5.)

Der sonst ganz gesunde Mann litt an diesen Mitbewegungen, so lange er sich zu erinnern vermochte; in Folge dessen konnte er beispielsweise keinen Violinunterricht nehmen. Bei willkürlichen Bewegungen der Muskeln der einen Körperhälfte führte die entsprechende Muskulatur der anderen Körperhälfte die gleichen Bewegungen aus. Die Mitbewegungen können nur abgeschwächt, aber nicht unterdrückt werden. Elektrische Reizungen einzelner Muskelgruppen oder isolirter Muskeln einer Seite hatten analoge, nach einiger Zeit auftretende Muskelkontraktionen der andern Seite im Gefolge. Gleichen Effekt hatten passive, plötzliche, forcierte Bewegungen, auch wenn bei diesen die Vornahme willkürlicher Bewegungen ausgeschlossen war.

Ernst Schultze.

Ueber das Auftreten von Kontrakturen bei Dystrophia muscularis progressiva.

Von Friedrich Hahn.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 20. Band, 3.-4. Heft.)

Mittheilung zweier einschlägiger Krankheitsgeschichten, die deshalb bemerkenswerth sind, weil der Spitzfuß als Frühsymptom auftrat, als das erste Symptom der sich entwickelnden Affektion. Die Kontraktion komme zu Stande durch den aktiven Zug der hypertrophischen Wadenmuskulatur und durch den Wegfall der Aktion der Antagonisten, welche die schwerfälligen und minder beweglichen Kranken weniger in Anspruch nehmen. Ob eine Affektion des Knochensystemes, die man nicht selten bei progressiver Muskelatrophie findet, dabei eine Rolle spielt, lässt Verf. unentschieden. Ernst Schultze.

Zur Auffassung der posthemiplegischen Bewegungsstörungen.

Von Bonhoeffer.

(Monatschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, Band X, Heft 5.)

Die posthemiplegischen Bewegungsstörungen (wie die hemichoreatischen, hemiathetotischen Bewegungen u. a.) sind nicht auf eine Reizwirkung der Pyramidenbahnen zurückzuführen, sondern auf die Läsion einer Bahn, welche centripetale Impulse vom Kleinhirn zur motorischen Rinde leitet. Dafür sprechen anatomische Befunde (das konstante Vorhandensein einer Läsion der Kleinhirnbinderarmbahn oder ihrer Fortsetzung in die subkortikalen Ganglien) und klinische Zeichen (Hypotonie der Muskulatur und die bei der Chorea zu Tage tretende Störung der Willkürbewegung). Ernst Schultze.

Zur Frage der Pathogenese von Rückgratsverkrümmungen bei Syringomyelie.

Von S. Nalbandoft.

(Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk., 20. Band, 3.-4. Heft.)

Rückgratverkrümmung findet sich nach den Angaben der Literatur in 40 bis 63 Prozent, nach Angaben des V.'s bis zu 74 Prozent der Fälle von Syringomyelie. Auf Grund eines genau untersuchten Falles ist V. der Ansicht, dass trophische Knochenprozesse die Entstehung der Verkrümmung bedingen. Ernst Schultze.

Ohrenheilkunde.

Ueber Ohrenleiden bei Hysterischen.

Von Dr. Voss-Riga.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 40, 1. H.)

An der Hand von 39 theils kürzer, theils ausführlicher geschilderten Fällen von Hysterie giebt V. eine interessante

Schilderung der verschiedenartigsten Ohrensymptome, die diese Kranken grossentheils auf rein hysterischer Grundlage darbieten. Ob man allen Schlussätzen, die er aufstellt, unbedingt beipflichten darf, soll hier nicht erörtert werden. Durchaus berechtigt aber ist zweifellos die Warnung vor Polypragmasie, nicht nur am Ohr, sondern auch in Nase und Rachen, zumal die auf anderen Gebieten bekannte Operationswuth der Hysterischen gerade auch den Ohrenerscheinungen gegenüber (und wohl auch denen in der Nase gegenüber) nicht selten hervortritt. Dass bei rein funktioneller Neurose des Ohres der Kranke nicht in die Behandlung des Ohren-, sondern in die des Nervenarztes gehört, mag für die Fälle, in denen Hysterie das Grundleiden ist, zugegeben werden. Ganz entzogen wird man des Beistandes des Ohrenarztes aber auch hier nicht können, zum Mindesten bei der Stellung der gerade hier ungemein schwierigen Diagnose nicht.

Mit seinem Schlusssatze — „Unsere jetzige Art der Nachbehandlung der Radikaloperation mit fortgesetzter Tamponade eignet sich absolut nicht für Kinder“ etc. Vom fünften Tage ab ist die Tamponade vollständig überflüssig etc. — tritt V. aus dem Rahmen seines Themas heraus und geht, namentlich auch im Hinblick auf das geringe Material, auf das er diesen Satz stützt, mit dieser ganz allgemein gefassten Behauptung ganz gewiss zu weit. Richard Müller.

Ueber die Erfolge der zu akustischen Zwecken unternommenen chirurgischen Eingriffe in der Trommelhöhle.

Von Prof. Dr. Gradenigo-Turin.

(Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 54, H. 1.)

Während noch im vergangenen Jahre Botey und Siebenmann die in Rede stehenden Eingriffe als unwirksam hinstellten, hat Gr. mit ihnen doch in einzelnen Fällen gute Erfolge erzielt. Gerade aber in den Fällen, die den ärztlichen Sachverständigen besonders interessiren, nämlich, wenn das innere Ohr wesentlich an dem Krankheitsprozesse betheilig ist (Labyrintherschütterung bei Unglücksfällen, gewerbliche Schwerhörigkeit), stellt G. jede Operation im Mittelohr als kontra-indiziert hin. Da Schwerhörige, namentlich in grossen Städten, wo sie viel mit Polikliniken in Berührung kommen, oft Gelegenheit haben, zu hören, dass Schwerhörigkeit auf operativem Wege gebessert werden könne, und dann nicht selten mit einem entsprechenden Ansuchen an den ärztlichen Gutachter herantreten, so wird obige Mittheilung Gradenigo's auch für unseren Leserkreis von Interesse sein.

Richard Müller.

Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Diagnose intracranieller Komplikationen der Otitis.

Von Dr. Iwan Braunstein.

(Arch. f. Ohrenheilkunde, Bd. 54, Heft 1.)

In der Universitätsohrenklinik zu Halle a. S., wo B. Hilfs-Assistent ist, wird seit 1896 die Lumbalpunktion als diagnostisches Hilfsmittel angewandt, um bei otitischen Erkrankungen mit intracraniellen Komplikationen entweder durch Ausschluss einer Meningitis purulenta diffusa die noch vorhandene Berechtigung zu einem operativen Eingriff darzuthun, oder durch Feststellung einer solchen von einer Operation wegen ihrer Aussichtslosigkeit auf Erfolg Abstand zu nehmen.

Nach den bisher in Halle gesammelten Erfahrungen schliesst der Nachweis einer normalen Cerebrospinalflüssigkeit bei Otitis das Bestehen einer diffusen, eiterigen Meningitis sicher aus, wenn durch die Menge der gewonnenen Punktionsflüssigkeit deren Herkunft aus der Schädelhöhle gewährleistet ist. Der Nachweis krankhafter Beschaffenheit der Punktionsflüssigkeit beweist unter denselben Verhältnissen das Bestehen einer

diffusen Meningitis purulenta. Die opalisierende Trübung der Cerebrospinalflüssigkeit sichert mit grosser Wahrscheinlichkeit den Schluss auf Meningitis tuberculosa, auch wenn bei der mikroskopischen Untersuchung zunächst keine Tuberkelbazillen im Liquor gefunden werden.

Die Lumbalpunktion ist daher nach B. ein diagnostisches Hilfsmittel von ganz hervorragender Bedeutung für alle Erkrankungen des Schädelinhaltes.

Richard Müller.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Nervenleiden in Folge eines Unfalls.

Rek.-Entsch. vom 4. Januar 1901.

A. B. zu W. erlitt am 11. März 1899 durch Betriebsunfall eine Quetschung an Kopf, Hals, Brust und Beinen und wurde hieran bis 27. Juli 1899 im Krankenhaus von Dr. H. behandelt. Er erhielt seit dem 28. Juli 1899 Vollrente. Am 23. August wurde B. zur Nachbehandlung in das Institut des Dr. L. aufgenommen und am 7. Januar 1900 aus demselben als gebessert entlassen. Dr. L. führt in seinem Entlassungsgutachten aus, dass die Brustorgane gesund sind. Der Kopf wird etwas steif gehalten und etwas nach links gedreht, ist passiv, aber, vorausgesetzt, dass B. nicht spannt, ganz gut beweglich, ebenso ist dieses die Wirbelsäule, wenn B. nur will. Der linke Arm, den er nur bis zur Horizontalen aktiv erheben können will, ist im Schultergelenk frei beweglich. Die motorische Kraft des linken Armes ist etwas schwächer als rechts, doch zeigen die Arme keine nennenswerthen Umfangsdifferenzen. Dr. L. ist auf Grund der Monate langen Beobachtung zu der Ueberzeugung gekommen, dass B. bewusst übertreibt und dass er sich, wenn er sich ärztlich beobachtet glaubt, ganz anders giebt, als sonst. Die Einbusse, die B. aus Anlass des Unfalls in seiner Erwerbsfähigkeit erleidet, schätzt der Sachverständige auf 50 Prozent und empfiehlt, dem B. ausserdem bis Ende Juni 1900 eine Schonungsrente von $16\frac{2}{3}$ Prozent zu bewilligen, die ihm den Uebergang zu einer Thätigkeit erleichtert. Hierauf hat die Berufsgenossenschaft dem B. mit dem 8. Januar 1900 eine Rente von 50 Prozent und ausserdem bis Ende Juni 1900 eine $16\frac{2}{3}$ prozentige Schonungsrente gewährt. Gegen diesen Bescheid hat B. Berufung eingelegt und die Gewährung der Vollrente beantragt, weil er nicht im Stande sein will, die geringste Arbeit auszuführen, da er weder sitzen noch stehen könne und auch sogar beim Liegen die heftigsten innerlichen Schmerzen empfinde, in Folge dessen auch der Wartung und Pflege bedürfe. Die Berufung wurde aber zurückgewiesen. In seinem Rekurse behauptete der Kläger, noch völlig erwerbsunfähig zu sein. Auf Beschluss des Rekursgerichtes ist der Direktor der inneren Abtheilung des Krankenhauses, Professor Dr. F. in B., um ein Gutachten darüber ersucht worden, worin die Folgen des Unfalls bestehen, den der Kläger am 11. März 1899 erlitten hat, und in welchem Grade der Kläger seit dem 8. Januar 1900 durch die Unfallfolgen in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt wird. Das Reichs-Versicherungsamt änderte darauf die Vorentscheidung aus folgenden Gründen ab. Nach dem auf dem Ergebniss einer achtägigen Beobachtung des Klägers beruhenden Gutachten des Professors Dr. F. vom 11. November 1900, leidet der Kläger in Folge des Unfalls an einer chronischen nicht leichten Nervenkrankheit, die besonders die Muskulatur der linken Hälfte zum Angriffspunkt hat. Sie prägt sich namentlich in ausgedehnter, schmerzhafter, fast andauernder Muskelzusammenziehung aus und ist bereits soweit gediehen, dass die der Spannung unterworfenen Muskeln zumal im Bereiche der ganzen unteren linken Extre-

mität abgemagert sind. Daneben laufen Zeichen nervöser, reizbarer Schwäche, wie krankhaft gesteigerte Herzerregbarkeit und Sehnenreflexe. Endlich kommt eine Abnahme des Körpergewichtes um etwa 20 Pfund in Betracht. Der Sachverständige ist der Meinung, dass die durch dieses Nervenleiden verursachte Erwerbsunfähigkeit sich der Grenze völliger Erwerbsunfähigkeit nähere. Gleichwohl befürwortet er nur die Fessetzung einer Rente von 80 bis 90 Prozent der Vollrente, indem er hervorhebt, dass der Zwang zur Arbeit einen heilsamen Einfluss auf den Zustand des Klägers ausüben und voraussichtlich eine weitere Steigerung seiner Energielosigkeit verhindern werde. Unterliegt es hiernach auch keinem Zweifel, dass sich der Kläger zur Zeit seiner Untersuchung durch Professor Dr. F. in dem von diesem geschilderten Zustande befunden hat, so können doch andererseits die Gutachten des Dr. L. in B. vom 10. Januar 1900 und des Nervenarztes Dr. P. ebenda vom 2. März 1900, worin ein weit geringeres Mass nervöser Krankheitserscheinungen festgestellt und der Grad der dem Kläger verbliebenen Erwerbsfähigkeit höher veranschlagt worden ist als in dem Atteste des Professors Dr. F., nicht völlig ausser Acht gelassen werden. Vergleicht man alle diese Gutachten mit einander, so ergibt sich, dass es sich hier nicht um einen längere Zeit im Wesentlichen gleichbleibenden Zustand handelt, sondern, dass das Nervenleiden des Klägers bald in einem geringeren, bald in einem höheren Grade in die Erscheinung tritt und seine Erwerbsfähigkeit bald weniger, bald mehr herabsetzt. Bei dieser Sachlage hat das Rekursgericht nach freiem Ermessen den Grad der durch den Unfall verursachten Erwerbsunfähigkeit des Klägers für die Zeit vom 8. Januar 1900 ab auf durchschnittlich 75 Prozent veranschlagt und demgemäss die Rente berechnet.

M.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Gesundheitsschädliches Wasser.

Entsch. vom 17. September 1901.

Der Architekt Sch. in K. wurde am 31. Juli v. J. aufgefordert, das Wasser aus einem auf seinem Grundstück befindlichen Brunnen zu Genusszwecken nicht mehr zu verwenden, noch verwenden zu lassen, ferner an dem Brunnen an einer in die Augen fallenden Stelle die Bezeichnung gesundheitsschädliches Wasser anzubringen und stets lesbar zu erhalten, sowie das Grundstück bis zum 1. September 1900 an die städtische Wasserleitung anschliessen zu lassen. Nach erfolglosem Widerspruch erhob Sch. Klage und betonte, dass früher das Wasser seines Brunnens von der Behörde als vorzüglich empfohlen sei. Der Bezirksausschuss erkannte auf Abweisung der Klage, nachdem der Direktor des bakteriologischen Laboratoriums ein Gutachten erstattet hatte. In der Begründung wurde u. A. ausgeführt: durch zweimalige Untersuchung des Wassers durch die städtische Nahrungsmittel-Untersuchungsanstalt ist zunächst festgestellt worden, dass das Wasser zwar von klarer Beschaffenheit war, aber eine Menge fremder Substanzen, insbesondere salpetrige Säuren enthielt; eine mikroskopisch-bakteriologische Untersuchung ist damals nicht vorgenommen, aber später nachgeholt worden. Die Untersuchung hatte ergeben, dass das Wasser einen auffallend starken Keimgehalt hatte. In zwei Wasserproben wurden in einem Kubikzentimeter Wasser über 850 Keime gefunden, während gutes Trinkwasser höchstens 100 Keime enthalten darf und das Wasser der städtischen Wasserleitung nur 8 Keime in einem Kubikzentimeter aufwies. Auch hatte der Sachverständige festgestellt, dass eine Beeinflussung des Wassers im Brunnen durch die benachbarten Senkgruben und einen Abort angenommen werden müsse. Bei der hierdurch veranlassten jauchigen Infiltration des Erdbodens vermöge

auch eine Beseitigung oder Ausbesserung der Gruben eine erhebliche Verbesserung nicht zu erzielen. Der Sachverständige kommt schliesslich zu dem Ergebniss, dass das Wasser des Brunnens eine erhebliche Infektionsgefahr enthalte und der Brunnen daher zu schliessen sei. Das Oberverwaltungsgericht erachtete diese Entscheidung in der Hauptsache für zutreffend, hob jedoch die polizeiliche Verfügung insoweit auf, als sie verbietet, das Wasser zu Genusszwecken zu verwenden oder verwenden zu lassen; diese Forderung der Polizei sei theils unberechtigt, theils zu unbestimmt.

M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Weber, L. W. Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. Jena. Gustav Fischer. 1901.

Verfasser bringt 35 Krankheitsgeschichten von Epileptikern mit den zugehörigen anatomischen Befunden und untersucht, ob sich seine Fälle unter das Bild der echten Epilepsie einreihen lassen, ob Besonderheiten in der Aetiologie und im klinischen Verlaufe die Aufstellung einzelner Unterabtheilungen rechtfertigen und ob dies auch in der Verschiedenheit der anatomischen Befunde zum Ausdruck kommt. Als echte Epilepsie umschreibt er, um dies gleich vorweg zu nehmen, im Sinne von Binswanger, Jolly, Bratz, diejenige chronische Erkrankung des Nervensystems, welche auf einer Veränderung des ganzen Gehirns, vorzüglich aber der Hirnrinde, beruht und sich äussert in periodisch wiederkehrenden Anfällen von bestimmtem Charakter, in Bewusstseinsstörungen und in dauernden Veränderungen der psychischen Persönlichkeit.

Verfasser giebt eine eingehende kritische Besprechung der von ihm erhobenen anatomischen Befunde, besonders ausführlich natürlich der mikroskopischen Hirnbefunde, bei deren Mittheilung er der Reihe nach das Verhalten der Pia, Glia, Gefässe, Nervenfasern und Ganglienzellen erörtert. Die bei der Epilepsie nicht selten zu findende Arteriosclerose und Hypertrophie des linken Ventrikels sind vielfach nicht Ursache, sondern Folge der Epilepsie und kennzeichnen die längere Dauer der Erkrankung, die Schwere und Häufigkeit der Anfälle. Von den makroskopischen Hirnbefunden ist eine Atrophie und Sclerose des Ammonshorns hervorzuheben; wie Bratz sieht er darin den Ausdruck angeborener, durch hereditäre Belastung bedingter Gehirnveränderung.

Aus dem klinischen Theile der inhaltsreichen Arbeit sei ebenfalls nur einiges mitgeteilt. Mit Bratz vereinigt er unter dem Ausdruck „Frühpilepsie“ die Fälle sogenannter genuiner Epilepsie mit allen andern, die durch Schädlichkeiten in der Entwicklungsperiode entstanden sind.

Hier fand sich meist eine regelmässige, der Struktur der Hirnrinde angepasste Wucherung der Glia unter der Pia, mässige Verdickung der Gefässwandungen, langsam fortschreitende, progressive Metamorphose der Nervenfasern und Nervenzellen; diese Veränderungen sind um so stärker ausgesprochen, je älter die Krankheit ist. Auslösende Momente können Magendarmstörungen sein oder Zirkulationsstörungen; auch hier, wo man von Magenepilepsie, Herzepilepsie etc. reden kann, lässt sich der gleiche anatomische Rindenbefund erheben.

Für die sogenannte „Spätepilepsie“, bei der eine im späteren Leben, nach dem dritten Jahrzehnt erlittene Schädlichkeit (Kopfverletzung, Vergiftung, herdförmige Hirnerkrankung, Arteriosclerose) eine wesentliche ätiologische Rolle gespielt hat, lassen sich bei oft äusserlich intaktem Gehirn eine unregelmässige Wucherung der Rindenglia, gröbere Veränderungen in den Gefässen, Störung der normalen Rindenstruktur nachweisen. Diese Veränderungen sind durchaus verschieden von

denen bei der Frühpilepsie und daher differentialdiagnostisch zu verwerthen.

Verfasser berichtet noch über länger dauernde Zustände von ängstlicher Erregung, halluzinatorischer Verwirrtheit, schwerer Benommenheit bei Epileptikern. Diese Zustände, die, wenn sie nicht zum Tode führen, einen weiteren körperlichen und geistigen Verfall mit sich bringen, fasst er als ein Aequivalent des status epilepticus auf. Er weist für sie eine gemeinsame anatomische Grundlage (Hyperämie, Austritt von flüssigen und geformten Blutbestandtheilen, Gewebsblutungen, Anhäufung von Gliazellen und Lymphocyten um die Gefässe und Ganglienzellen) nach. Da diese Prozesse sowohl in der Hirnrinde wie auch im zentralen Höhlengrau und dem verlängerten Mark sich abspielen, erklären sie die isolirt auftretenden Reizungs- und Lähmungserscheinungen an den Extremitäten einerseits, die zirkulatorischen, respiratorischen, reflektorischen andererseits. Ernst Schultze.

Wilbrand und Saenger. Die Beziehungen des Nervensystems zu den Thränenorganen, zur Bindehaut und zur Hornhaut. Ein Handbuch für Nerven- und Augenärzte. Mit 49 Textabbildungen. Zweiter Band der „Neurologie des Auges“. Wiesbaden 1901. 324 Seiten.

Der erste Band des vorliegenden Werkes ist schon früher in dieser Zeitschrift besprochen worden. Das erste Kapitel des zweiten Bandes beschäftigt sich mit den Thränenorganen. Die Anatomie und Physiologie der Thränensekretion findet eingehende Erörterung, bei der Pathologie wird zunächst die vermehrte Thränensekretion abgehandelt, sodann das Versiegen der Thränen, das Blutweinen und das Thränenträufeln in Folge gehinderter Ableitung der Thränen. Das zweite Kapitel bespricht die Beziehungen des Trigemini zum Auge. Nach eingehender Betrachtung der Anatomie und Physiologie dieses Nerven, soweit er in Beziehung zum Auge steht, wird der Einfluss der Reiz- und Lähmungszustände des Trigemini auf das Auge erörtert. Besonderes Interesse bieten die trophischen Störungen dieses Nerven dar, als deren Folgeerscheinungen die verschiedenen Formen des Herpes zoster ophthalmicus und die Keratitis neuroparalytica anzusehen sind. Das Werk zeichnet sich durch Gründlichkeit und Vollständigkeit aus. Zur Erläuterung dienen zahlreiche Abbildungen. Groenouw.

Reissner, Bilder aus der Irrenanstalt. Berlin 1900, Otto Salle, 79 Seiten, Preis 1 Mark.

Man kann auf vielen medizinischen Gebieten zweifeln, ob es zweckmässig ist, dem Laienpublikum eine Aufklärung zu ertheilen, welche nur zu leicht zu anspruchsvoller und überhebender Halbbildung führt. Auf dem Gebiete des Irrenwesens aber herrscht im Publikum ein so dicker und wüster Aberglaube, dass alle anderen Rücksichten hinter der Nothwendigkeit einer verständigen Belehrung zurücktreten müssen. Mit Freude und Anerkennung begrüssen wir daher die vorliegende Schrift eines federgewandten und über die einschlägigen Verhältnisse durch eigene Studien gut unterrichteten Laien, der statt der üblichen tendenziösen Entstellungen ein in vieler Beziehung musterhaft zutreffendes Bild von dem Leben in den Irrenanstalten giebt. Hie und da will es uns allerdings scheinen, als seien die Kranken gar zu harmlos, heiter und ruhig dargestellt. Im Ganzen können wir den Kollegen nur empfehlen, die Verbreitung des verständigen Büchleins zu fördern.

Tagesgeschichte.

Die weibliche Krankenpflege in den Hospitälern.

In einigen sensationellen Brochüren sind in neuerer Zeit

sittliche Missstände behauptet worden, die in den Hospitälern aus der Hilfeleistung der Krankenpflegerinnen bei der Behandlung männlicher Kranker erwachsen sollen. Daraufhin ist jüngst eine Konferenz von Krankenhausleitern in der Charité zusammengetreten, welche, der Berliner medizinischen Wochenschrift zu Folge, zu nachstehenden Ergebnissen führte.

Die Ausdehnung der Schwesternpflege auf männliche Kranke sei durchaus nicht aufzugeben.

Ausschliessliche Schwesternpflege sei aber besonders für die Berliner Verhältnisse nicht möglich, die Pflege der männlichen Kranken würde am besten durch ein gemischtes System gesichert; besonders wäre männliche Hilfe in den Aufnahme-stationen der Männer, in den Badehäusern, für Schmierkuren, Massage, in den Abtheilungen für Geschlechtskranke, für Deliranten unumgänglich nothwendig, auf den anderen Abtheilungen wären für diejenigen Hilfeleistungen, die das Sittlichkeitsgefühl der Schwestern verletzen könnten, männliche Hilfskräfte erforderlich, die am Besten den Schwestern unterstellt wären. In den Verträgen mit Schwesternschaften ist ein Paragraph aufzunehmen, wonach die Schwestern nicht zu Hilfeleistungen herangezogen werden dürfen, die ihr Sittlichkeitsgefühl verletzen, es sei denn, dass Gefahr im Verzuge ist. Gleichzeitig wurde beschlossen, dass die Versammlung über ihre Tagung an das Ministerium berichte und den Vorständen der Schwesternverbände Mittheilungen von den Berathungen gemacht werde, sowie von den Krankenhausdirektoren das über die Verhandlungen aufzunehmende Protokoll ihren vorgesetzten Behörden einzureichen sei. Dadurch würde den betreffenden Kreisen die nöthige Grundlage für die Vertretung der Angelegenheit an die Hand gegeben.

Die Stellungnahme der Aerzteschaft zu dieser Frage will wohl erwogen sein. Zweifellos ist es unrichtig, die Schwestern bei männlichen Kranken zur Ausführung von dem Schamgefühl unangenehmen Hilfeleistungen heranzuziehen, für welche sich unter allen Umständen eine geeignete männliche Kraft finden lässt und die in kleineren Betrieben der Arzt selbst ausführen kann, wie etwa Bauchmassage, Katheterismus, Anlegung von Verbänden in der Leistengegend und dergleichen. Es giebt aber doch auch Hilfeleistungen, für die man ein besonders geschultes Personal braucht, wie es, besonders in Krankenhäusern kleinerer Orte und in Privat-Kliniken, doch lediglich die Schwestern zu sein pflegen. Wir denken dabei vorzugsweise an die Pflege von Schwerkranken und an grössere Operationen. Es liege beispielsweise in einem kleinen Krankenhause, das mit einer oder zwei Schwestern als Pflegepersonal bequem auskommt, ein männlicher Typhuskranker, der nicht etwa von einem aushilfsweise angenommenen Heilgehilfen von zweifelhaften Qualitäten, sondern nur von einer zuverlässigen und wohlunterrichteten Pflegerin versorgt werden kann — bei einem solchen Kranken muss man selbstverständlich der Schwester alle Verrichtungen zumuthen dürfen. Die Zuziehung von Schwestern bei Operationen an Männern, bei denen eine völlige Entblössung nothwendig ist, wird noch weit häufiger unvermeidlich. Referent hat selbst in einem grösseren Krankenhause, in dem den Schwestern die Theilnahme an solchen Operationen untersagt war, das Missliche dieses Verbots oft lästig empfunden. Trotzdem drei Aerzte und ein geprüfter Heildiener zugegen waren, war doch bei grossen Operationen besonders das Fehlen der Operationssaals-Schwester, welche sonst das Zureichen der Instrumente und Verbandstoffe besorgte, peinlich genug. Je geringer die Zahl der verfügbaren männlichen Personen ist, desto eher gelangt man an einen Punkt, an dem ohne Beihilfe der Schwester das Operiren unmöglich wird.

Nun muss man ja auch sagen, dass Verrichtungen wie die eben angeführten gar nicht geeignet sind, das Sittlichkeitsgefühl der Schwestern zu verletzen. Bei einer schweren Krankheit oder ernstesten Operation ist die Aufmerksamkeit aller Betheiligten so vollständig durch die Sache selbst in Anspruch genommen, dass bei jedem sittlich reifen Menschen alle Nebenumstände aus dem Gesichtskreise verschwinden.

Der Ausdruck „Hilfeleistungen, die ihr Sittlichkeitsgefühl verletzen“ ist noch nach einer anderen Richtung hin nicht eindeutig genug. Man sollte meinen, dass auch Handreichungen der Schwestern bei weiblichen Kranken, z. B. bei den oft mit den schamlosesten Worten um sich werfenden Prostituirten, häufig genug das Sittlichkeitsgefühl verletzen müssen. Und doch ist hier weibliche Hilfe schlechterdings unentbehrlich.

Es ist also zu befürchten, dass mit vorgeschriebenen Regeln, kein die Interessen der Kranken und die berechnete Rücksicht auf die Schwestern gleichmässig befriedigendes Ergebniss erzielt werden wird. Eine Einigung über gewisse grundlegende Voraussetzungen zwischen den Schwesternverbänden und den Aerzten ist gewiss erwünscht und erreichbar, aber im Einzelnen bleibt die hier erörterte Frage eine Frage des Taktes. Vor Allem müssen die Leiter der Schwesternverbände an alle solchen Plätze, an welchen eine ausgiebige Beschäftigung der Schwestern mit männlichen Kranken zu erwarten ist, nur solche Pflegerinnen stellen, bei denen eine genügende Reife des Urtheils und Sicherheit des Auftretens durch ihre persönlichen Eigenschaften und ihre Erfahrung gewährleistet ist.

F. L.

Reform des Medizinalwesens in Luxemburg.

Das Grossherzogthum Luxemburg besitzt seit dem letzten Jahre ein neues Gesetz über die Ausübung der Heilkunde, welches gerade zu einer Zeit, in der bei uns Kurpfuscherverbot, Standesordnungen und dergleichen an der Tagesordnung sind, auch den reichsdeutschen Aerzten manches Beachtenswerthe bietet.

Der erste Grundsatz des Gesetzes ist der, dass zur Ausübung der Heilkunde nur Aerzte, Zahnärzte, Hebammen und Thierärzte berechtigt sind. Die Hebammen sind hierbei insofern beschränkt, als sie sich keiner geburtshilflichen Instrumente bedienen und keine Arzneien verschreiben dürfen und dass sie im Falle unregelmässigen Geburtsverlaufes einen Arzt, der Doktor der Geburtshilfe ist, zuziehen müssen. Es ist gestattet, dass Studirende der Medizin von Aerzten als Assistenten angestellt und zu den Kranken geschickt werden, und dass Personen, welche nicht Zahnärzte sind, aber sich auch nicht als solche ausgeben, gelegentlich Zähne ziehen. Ausnahmsweise können im Falle höherer Gewalt Studirende der Medizin widerruflich auf höchstens drei Monate zur Ausübung der Heilkunde von der Regierung ermächtigt werden.

Die Aerzte und Hebammen sind verpflichtet, jeden Fall von ansteckenden Krankheiten, soweit dieselben auf einer noch festzustellenden Liste verzeichnet sind, der Oberbehörde zu melden. Die Aerzte erhalten Mittheilung von den auf ihre Meldung hin veranlassenen Massregeln (eine sehr nachahmenswerthe Einrichtung! Red.)

Desgleichen sind sie verpflichtet, den Requisitionen der Gerichtsbehörden Folge zu leisten. Die ungesetzliche Ausübung der Heilkunde wird mit einer Geldbusse von 100 bis 500 Franken und im Wiederholungsfall mit einer Geldbusse von 500 bis 1000 Franken und mit einer Gefängnisstrafe von acht Tagen bis sechs Monaten, oder mit nur einer dieser Strafen bestraft.

Die ungesetzliche Ausübung der Zahnheilkunde oder der Thierarzneikunde wird mit einer Geldbusse von 50 bis 100 Franken, und im Wiederholungsfalle mit einer solchen von 100 bis 500 Franken bestraft.

Die ungesetzliche Ausübung der Geburtshilfe wird mit einer Geldbusse von 50 bis 100 Franken und im Wiederholungsfall mit einer Geldbusse von 100 bis 500 Franken und mit einer Gefängnisstrafe von acht Tagen bis sechs Monaten oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Diejenigen, welche unter unrechtmässiger Beilegung des Dokortitels die Heilkunde oder die Zahnheilkunde ungesetzlich ausüben, werden mit einer Geldbusse von 1000 bis 2000 Franken und im Wiederholungsfall mit einer Geldbusse von 2000 bis 3000 Franken und einer Gefängnisstrafe von acht Tagen oder mit nur einer dieser Strafen bestraft.

Dementsprechend wird auch die unrechtmässige Beilegung der Titel: Zahnarzt, Thierarzt oder Hebamme bestraft.

Jede Uebereinkunft zwischen einem Mediziner und einem Apotheker, durch welche Ersterem Gewinne oder Vortheile für von ihm zu verschreibende Arzneien zugesichert werden, ist nichtig. Nichtig ist ebenfalls jede Uebereinkunft zwischen einem Arzt und einer Hebamme, wodurch der Letzteren Vortheile für Kunden, die sie Ersterem verschafft, zugesichert werden.

In diesem Falle werden der Mediziner, der Apotheker, die Hebamme mit einer Geldbusse von 200 bis 500 Franken bestraft. Im Wiederholungsfall tritt eine Geldbusse von 500 bis 1000 Franken und eine Gefängnisstrafe von acht Tagen bis zu einem Monat oder nur eine dieser Strafen ein.

Durch Verurtheilung wegen bestimmter, namentlich aufgeführter Verbrechen und Vergehen werden die Medizinalpersonen ihrer Rechte dauernd oder zeitweise verlustig. Gerichtliche Entmündigung kann auch das Verbot der Ausübung ihres Faches für die Entmündigten nach sich ziehen. Eintretenden Falles wird es neben der Entmündigung von dem mit dem Verfahren befassten Zivilgericht ausgesprochen.

Es ist ohne weiteren Kommentar einleuchtend, dass Vieles in diesem luxemburgischen Gesetz auch bei uns de lege ferenda der Achtung verdient, z. B. kommt auch dem letzten Punkte — Ausübung der Heilkunde durch entmündigte Personen — eine nicht zu unterschätzende praktische Bedeutung zu. Wollte man in Deutschland unter den „Laienärzten“ Umschau halten, so fände man gewiss etliche Exemplare der oben bezeichneten Gattung.

Taubstumm-Statistik.

Auf Beschluss des Bundesrathes wird vom 1. Januar 1902 ab eine fortlaufende statistische Aufnahme der Taubstummen in der Weise erfolgen, dass über jedes taubstumme oder der Taubstummheit verdächtige Kind ein Fragebogen ausgefertigt wird. Beim Eintritt in das für Vollständige schulpflichtige Alter ist der erste Theil des Fragebogens, bestehend aus 12 Fragen, welche die erblichen und familiären Verhältnisse und die bisherige Entwicklung des Kindes betreffen, auszufüllen; nach Eintritt in die Taubstummen-Anstalt der zweite Theil, dessen acht Fragen sich hauptsächlich auf den körperlichen und geistigen Befund erstrecken.

Während der zweite Abschnitt naturgemäss nur von den Aerzten und Lehrern der Anstalt erledigt werden kann, heisst es, dass die Fragen 1—12 von dem „untersuchenden Arzte“ beantwortet werden sollen, welcher sich zu diesem Zwecke nicht nur an die Angehörigen des taubstummen Kindes wenden, sondern auch mit Lehrern, Geistlichen und behandelnden Aerzten in Verbindung treten soll. Die Ergebnisse der Statistik werden im Reichs-Gesundheitsamt bearbeitet werden.

Der Wirkungskreis der Aerzte wird durch die Mitwirkung

bei dieser Statistik wieder eine Erweiterung nach der Seite der öffentlichen Gesundheits-Pflege erfahren, und man kann sogar hoffen, dass die mühevollte Erhebung der zahlreichen Vorgeschichts-Daten zu einer gewissen Schulung führen wird, die Manchem bei anderen ähnlichen Aufgaben, wie sie besonders dem ärztlichen Sachverständigen zufallen, zu Gute kommen wird.

Die Frage, welche Aerzte dazu berufen sein sollen, die Fragebogen auszufüllen, und nach welchem Tarif, bzw. von wem ihre Leistungen abgegolten werden sollen, ist in der bundesrätlichen Verordnung nicht gestreift.

Der Zuwachs an unfallversicherungspflichtigen Betrieben.

In die Unfallversicherung ist durch die Unfallversicherungsgesetznovelle bekanntlich eine Reihe von Gewerbszweigen neu einbezogen worden. Ueber die berufsgenossenschaftliche Organisation dieser Gewerbszweige hat der Bundesrath bereits Bestimmungen getroffen. Danach wird für diese Gewerkszweige voraussichtlich mit dem Beginn des kommenden Jahres die Gesetzgebung in Kraft treten. Nach den bei den unteren Verwaltungsbehörden eingegangenen Anmeldungen wird es sich um einen Zuwachs von mindestens 87 000 Betrieben mit annähernd 160 000 beschäftigten Personen handeln. Daran ist von den bestehenden Berufsgenossenschaften am stärksten theilhaft die Fleischerei-Berufsgenossenschaft, die eine Zunahme von mehr als 30 000 Betrieben mit 45 000 Arbeitern erfährt; ferner werden zur Spedition-, Speicherei- und Kellerei-Berufsgenossenschaft mindestens 7000 mit einem Handelsgewerbe verbundene Lagerungs- und Beförderungsbetriebe, zu den Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaften etwa 6000 Schlossereien, zur Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft etwa 4000 kleinere Brauereibetriebe hinzutreten. Die einzige vom Bundesrath beschlossene neue Berufsgenossenschaft ist die das ganze Reich umfassende Berufsgenossenschaft für Betriebe, welche sich auf die Ausführung der Schmiedearbeiten erstrecken. Diese neue Berufsgenossenschaft wird nach der „Berufsgenossenschaft“ nahezu 40 000 versicherungspflichtige Schmiedebetriebe mit etwa 62 000 beschäftigten Arbeitern umfassen.

(Kompass.)

Einheitliche Grundsätze in der Erledigung literarischer Polemiken.

Die freie Vereinigung der medizinischen Fachpresse hat in ihrer Generalversammlung in Hamburg im September v. J. auf Antrag des Herrn Ewald folgende Thesen über literarische Polemiken einstimmig angenommen:

I. Jede literarische Fehde ist mit der Replik des ersten Autors zu schliessen. Nur in Ausnahmefällen wäre dem B. das Recht einer zweiten Erwiderung (Duplik) zuzugestehen. Immer aber würde A. das Schlusswort haben.

II. Entgegnung (Replik, Duplik etc.) können in Petit und in der zweiten Hälfte des Blattes gedruckt werden, auch wenn der erste Aufsatz unter den Originalien mit grösserem Schriftsatz stand.

III. Die freie Vereinigung der medizinischen Fachpresse erkennt an, dass die Redaktionon berechtigt sind, eingehende Erwiderungen u. dgl. vor der definitiven Drucklegung dem angegriffenen Autor zuzustellen.

Mittheilung.

Vom heutigen Datum ab ist Herr Professor Dr. Haug, Vorstand der Ohrenabtheilung der Königl. Universitätspoliklinik in München, Mitredakteur der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung für das Gebiet der Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten.