

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Aerztliche

Sachverständigen-Zeitung

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

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

Redaktion:

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

Verantwortlicher Redakteur:

Dr. F. Leppmann

Zweiter Arzt an der Königl. Strafanstalt Moabit und der damit verbundenen Irrenabtheilung
Berlin.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 3.

VIII. Jahrgang 1902.

№ 20.

Ausgegeben am 15. Oktober.

Inhalt:

Originalien: Roth, Die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Beziehung und die Sanirung des Landes. S. 414.
Bierfreund, Beiträge zur traumatischen Entstehung innerer Krankheiten in aktenmässiger Darstellung. IV. Herzmuskelerkrankung nach Sturz auf die linke Seite. S. 417.
Moser, Ueber 300 landwirthschaftliche Unfälle, die innerhalb fünf Jahren rentenfrei geworden sind. (Schluss.) S. 423.
Referate: Innere Medizin. Bourquin und de Quervain, Beitrag zur Kenntniss der Herzklappenverletzung durch plötzliche Ueberanstrengung. S. 425.
Jorns, Akute Herzinsuffizienz als Unfallfolge. S. 425.
Schmidt, Ueber traumatische Herzklappen- und Aortenzerreissung. S. 425.
Jochmann, Zur Kasuistik traumatischer Herz- und Gefässaffektionen. S. 425.

Schmidt, Zur Kasuistik der traumatischen Pneumonie. S. 426.
Teschemacher, Pankreas-Erkrankung und Diabetes. S. 426.
Erdheim, Ueber Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen. S. 426.

Aus Vereinen und Versammlungen. 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, Sektion Gerichtliche Medizin. — Der V. Verbandstag Deutscher Bahnärzte. — Berliner Bahnärztlicher Verein. — Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Schluss der Sitzung vom 9. Juni 1902). S. 427.

Tagesgeschichte: Statistisches zur Invalidenversicherung. — Unterstützung der Krankenkassenmitglieder im Unfallverfahren. — Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. — Zur Bekämpfung der Kurpfuscherei. S. 431.

Die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Beziehung und die Sanirung des Landes.

Von

Dr. Roth-Potsdam, *)

Regierungs- und Geh. Medizinal-Rath.

Um die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Beziehung klar zu stellen, müssen wir uns zuvor in aller Kürze die Unterschiede vergegenwärtigen, die in gesundheitlicher Hinsicht zwischen Stadt und Land, in ihrer Allgemeinheit betrachtet, bestehen, Unterschiede, die im einzelnen Fall beispielsweise zwischen kleineren ländlich ausgebauten Städten und grösseren ländlichen Ortschaften überhaupt fehlen können, während auf der anderen Seite die ländlichen Ortschaften in den verschiedenen Gegenden des deutschen Reichs nach den Volkssitten, den Bodenverhältnissen, der Grundbesitzvertheilung und der sozialen Lage der Bewohner ausserordentliche Verschiedenheiten zeigen.

Aus dem Aufschwung, den die Hygiene seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts speziell auf dem Gebiet der Strassenhygiene, der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung genommen hat, erklärt es sich, dass gegenwärtig die Unterschiede zwischen der Grossstadt und der Kleinstadt, deren

*) Nach einem auf der diesjährigen Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in München gehaltenen Vortrag. (Autoreferat.)

Bewohner zumeist auch Ackerbau und damit zusammenhängend Viehzucht treiben, vielfach sehr viel erheblicher sind, als sie im besonderen Fall zwischen Stadt und Land sich darstellen.

Neben der überwiegend offenen Bauweise sind es die geringeren Anforderungen, die in baulicher Hinsicht an die Wohnhäuser und deren Nebenanlagen gestellt werden, die dem Lande ihr charakteristisches Gepräge verleihen: den Baukonsens ertheilt die Polizeibehörde, in Preussen der Amtsvorsteher, dem technische Organe in der Regel nicht zur Seite stehen. Die Abnahme der Bauten ist dem Guts- und Gemeindevorsteher bzw. Gensdarmen übertragen, während eine Rohbauabnahme vielfach überhaupt nicht stattfindet. Bestimmungen über Anlage von Brunnen, Aborten, Düngergruben u. s. w. fehlen in vielen Baupolizeiverordnungen für das platte Land gänzlich, namentlich ist dies in den östlichen Bezirken der preussischen Monarchie der Fall. Ueberwiegend dienen die Baupolizeiverordnungen für das platte Land feuer- und sicherheitspolizeilichen Zwecken. Aus dem Fehlen entsprechender Bestimmungen erklärt sich die Unreinlichkeit der Höfe, die Verunreinigung des Untergrundes, der Strasse, der Dorfbäche u. s. w. und weiterhin die Gefährdung der meist in nächster Nähe der Dünger- und Jauchegruben gelegenen Hofbrunnen. Je weniger sorgfältig aber die Beseitigung der Abfallstoffe gehandhabt wird, um so näher liegt die Gefahr, dass Krankheitskeime durch den Verkehr von Mensch und Thier wie durch Vermittlung des Wassers verschleppt werden.

Wie bedenklich Lage und Bauart der Brunnen auf dem

Lande sind, bestätigen die bei Gelegenheit der neuerdings in Preussen vorgeschriebenen Ortsbesichtigungen von den Kreisärzten gemachten Feststellungen; so wurden in einem einzigen Kreise des Potsdamer Bezirks im Jahre 1901 318 ländliche Brunnen besichtigt, darunter 183 Feldsteinkessel, von denen die Hälfte oben offen war und mit Hebel oder Winde versehen. In andern Kreisen des Ostens der preussischen Monarchie waren noch 90 % der Brunnen auf dem Lande offene Dreh- oder Ziehbrunnen.

Nur selten kommt, von der näheren Umgebung der Grossstädte abgesehen, Wasserversorgung durch Röhrenbrunnen (Abessinier), ausnahmsweise durch Cisternen, häufiger durch zentrale Wasserleitungen, namentlich im Süden und Westen Deutschlands in Frage. Besonders ungünstig liegen die Wasserverhältnisse im Osten der preussischen Monarchie, wo noch heute zahlreiche Ortschaften auf offene Wasserläufe oder stehende Gewässer und Teiche angewiesen sind. Aber auch wo Brunnen vorhanden sind, machen wir immer wieder die Erfahrung, dass der Landbewohner das Wasser der offenen Brunnen und ebenso das weiche Wasser der Flüsse, Bäche, Seen und Teiche, auch wenn es durch allerhand Abgänge des menschlichen und thierischen Haushalts sichtlich verunreinigt ist, an und für sich dem besseren, aber härteren oder etwas eisenhaltigen Wasser eines neueren Tiefbrunnens vorzieht.

Dem Milieu entsprechend ist der Reinlichkeitssinn bei den Dorfbewohnern im Allgemeinen noch weniger entwickelt als bei der städtischen Bevölkerung. Es kommt hinzu, dass es auf dem Lande fast durchweg an jeder Gelegenheit zur Pflege des Reinlichkeitssinnes fehlt, Fluss- und Seebäder ausgenommen.

Was die ländlichen Wohnungen betrifft, so ist wesentlich bestimmend die Lage des Hauses zu Hof- und Nebenanlagen. Im Allgemeinen macht sich eine besondere Sorglosigkeit sowohl in der Auswahl des Bauplatzes wie in der Beschaffenheit des Baumaterials und in der Bauausführung gegenüber gesundheitlichen Gefahren geltend. Die meist aus einer Stube und Kammer bestehenden ländlichen Wohnungen dienen nicht bloss den Menschen, gesunden wie kranken, sondern in der kälteren Jahreszeit nicht selten auch dem Federvieh und vielfach auch dem Borstenvieh zum Aufenthalt. Gleichwohl wird zugegeben sein, dass die städtischen Wohnungen in Folge der engeren Bebauung, der geringeren Licht- und Luftzufuhr und der behinderten Luftzirkulation im Allgemeinen sehr viel bedenklicher sind, als die ländlichen Wohnungen; es kommt hinzu, dass der Landbewohner nur einen verhältnissmässig kleinen Theil des Tages in geschlossenen Räumen sich aufhält, dass die Wohnungen in der Stadt häufiger zugleich als Arbeitsstätten dienen und mit Kost- und Quartiergängern getheilt werden.

Auf der andern Seite ist die Wohnungsbenutzung auf dem Lande im Allgemeinen eine noch schlechtere und unhygienischere, als in den Städten; in Frage kommt hier die Abschliessung der Wohnräume gegen die frische Luft, die grössere Verschmutzung durch Kleinvieh, durch Hineintragen des Schmutzes von Hof und Strasse und die ungenügende Reinigung der Wohn- und Schlafräume, vielfach durch die Beschaffenheit des Fussbodens (Lehmstrich, Ziegelsteinfussboden) begünstigt.

Mit der Zunahme der Industrie, der Sachsengängerei und der Annahme ausländischer Arbeiter zum Zwecke des landwirthschaftlichen Betriebes und damit verbundener industrieller Nebenbetriebe hat die Engräumigkeit des Wohnens auf dem Lande zugenommen; gleichzeitig wurden damit neue Infektionsherde geschaffen, wie die häufigen Einschleppungen von

Granulose, Typhus, Fleckfieber, Ruhr und vor Allem Pocken durch inländische und ausländische Wanderarbeiter darthun.

Hinsichtlich der Ernährung machen sich nach der Er giebigkeit des Bodens, der Viehhaltung, dem Arbeitsvertrag u. s. w. nicht unwesentliche örtliche Unterschiede bemerklich, dazu kommt das starre Festhalten der ländlichen Bevölkerung am Althergebrachten, das Vorurtheil gegen Verbesserungen und Neuerungen, namentlich auch auf dem Gebiet der Ernährung — speziell auch der Kinder und Säuglinge —, die wie die ganze Lebenshaltung und Lebensführung auf starke, widerstandsfähige Naturen zugeschnitten ist. Bier und sonstige Spirituosen halten mit dem zunehmenden Verkehr und dem Verschwinden der Milch in Folge Zunahme der Sammelmolkereien in immer weiterem Umfang ihren Einzug in den Haushalt der Landbewohner.

Von öffentlichen, sanitären Einrichtungen kommen auf dem Lande überwiegend nur die Armen- oder Gemeindegewerkshäuser, auch Hirtenhäuser genannt, in Frage, die in der Regel nichts als das nothdürftigste Obdach gewähren und das Verlangen nach etwas mehr Hygiene auf dem Gebiet der ländlichen Armenkrankenpflege gerechtfertigt erscheinen lassen. Eigentlichen Kranken- und Siechenhäusern begegnen wir, von den Industriebezirken abgesehen, überwiegend nur im Westen und Süden Deutschlands, wo wir auch Gemeindepflegestationen auf dem Lande in weiterer Ausbreitung antreffen.

Einen erheblichen Unterschied zwischen Stadt und Land stellt die Verschiedenheit der Erwerbsverhältnisse dar. Dass auch die landwirthschaftliche Beschäftigung, soweit namentlich jugendliche Personen und Frauen, insbesondere solche während der letzten Monate der Schwangerschaft in Frage kommen, unter Umständen zu Gesundheitsstörungen Anlass geben kann, wird zugegeben, gleichwohl bleibt diese Beschäftigung, die während des grössten Theiles des Jahres überwiegend im Freien verrichtet wird und bei der Muskeln und Sinnesorgane in mehr gleichmässiger Weise in Anspruch genommen werden, der Beschäftigung der Städter in Industrie und Handwerk gesundheitlich weit überlegen.

Mit der Zunahme der Industrie und des Verkehrs gehen Verunreinigungen der Wasserläufe und Luftverschlechterungen, namentlich durch Rauch, Russ und Staub einher. Ausser in der Ruhe und Abgeschlossenheit des Landes liegt der Hauptvorteil des Landes in der grösseren Reinheit der Landluft gegenüber der Stadtluft, wozu ausser dem Fehlen der hauptsächlichsten Quellen der Luftverderbniss die freiere Zirkulation der Luft zwischen den nicht geschlossenen Häuserreihen und die reichlichere Lichtzufuhr wesentlich beiträgt.

Diese Unterschiede finden ihren Ausdruck in den Mortalitäts- und Morbiditätsverhältnissen. Trotz der Verschiebung der Alterszusammensetzung in Stadt und Land in Folge Abwanderung des kräftigsten Theils der ländlichen Bevölkerung in die Städte sind auch jetzt noch die Lebensaussichten für Personen im mittleren Lebensalter auf dem Lande im Allgemeinen günstiger, als in den Städten. Der Rückgang der allgemeinen Sterbeziffer während der letzten zwanzig Jahre betrug in Preussen für die Städte ca. 25 Prozent, für das platte Land 12 bis 15 Prozent. Dieser Rückgang ist hauptsächlich durch die Abnahme der Kinder- und Säuglingssterblichkeit in den Städten bedingt, während auf dem Lande dieser Rückgang ein sehr viel geringerer ist, oder auch überhaupt fehlt. Massgebend hierfür sind die Ernährungsverhältnisse und die mangelhafte Pflege auf dem Lande, auch erscheint es nicht ausgeschlossen, dass anstrengende landwirthschaftliche Arbeit, wenn sie bis zu Ende der Schwangerschaft fortgesetzt wird, die Lebensfähigkeit der Kinder ungünstig be-

einflusst und zu dem Ueberwiegen der Todtgeburten auf dem Lande in ursächlicher Beziehung steht.

Ausser der Säuglingssterblichkeit ist es die Sterblichkeit an gewissen Infektionskrankheiten, sowie an Krankheiten des Herzens, der Nieren, des Gehirns und an Krebsleiden, die in Stadt und Land verschieden sich gestaltet. Nach der bayerischen Morbiditätsstatistik war die Morbidität an Typhus auf dem Lande erheblich höher, als in der Stadt.

Die Verkehrs- und wirthschaftlichen Beziehungen zwischen Stadt und Land sind besonders rege, wo es sich um die Vororte der Gross- und Mittelstädte handelt, oder um ländliche Gemeinden, die mit der Stadt im Gemenge liegen, oder an das Weichbild der Stadt angrenzen. Als Vermittler übertragbarer Krankheiten, speziell des Typhus, kommen ausser dem persönlichen und sächlichen Verkehr hauptsächlich beide verbindende Wasserläufe und Nahrungs- und Genussmittel in Frage. Dass der Typhus, der in den letzten Jahrzehnten aus den Grossstädten mehr und mehr geschwunden ist, in den kleinen Städten und auf dem Lande immer wieder, bald einzelt, bald gehäuft auftritt, um von hier aus in die Städte verschleppt zu werden, bestätigen zahlreiche Beobachtungen (Göttingen, Hamburg, Ottweiler u. a.).

Nach Schüder konnte die Ursache des Typhus in 77,4 Prozent der Fälle auf das Wasser, in 17 Prozent auf die Milch und in 3,5 Prozent auf andere Nahrungsmittel zurückgeführt werden. Hinsichtlich des Wassers wird, von seiner Verwendung zum Trinken, Waschen, Spülen, Baden u. s. w. abgesehen, darauf zu achten sein, dass es auch in der Form des allen möglichen, infektionsverdächtigen Wasserläufen, Teichen u. s. w. entnommenen Eises mannigfache Gelegenheit hat, zu Infektionen im Haushalt des Städters, wie in gewerblichen Betrieben, namentlich der Nahrungsmittelindustrie Anlass zu geben.

Ueber Verschleppungen des Typhus durch Milch, und zwar sowohl durch Vermittlung des Kleinbetriebs, wie der Sammelmolkereien liegen sehr zahlreiche, ärztliche Erfahrungen vor. Diese Gefahr nimmt mit der Zunahme der Sammelmolkereien, die sich von 639 im Jahr 1891 auf 2118 im Jahr 1902 vermehrt haben, stetig zu. Auch bei der Uebertragung der Typhuskeime durch Milch ist es in einer grossen Zahl von Fällen das zum Reinigen und Spülen der Gefässe benutzte wie auch zum Zwecke der Verdünnung der Milch zugesetzte Wasser, das als Träger der Typhuskeime in Frage kommt.

Von sonstigen Nahrungsmitteln kommen als Infektionsträger Obst, Gemüse, Kartoffeln, Back- und Fleischwaren in Frage. Hygienisch besonders bedenklich ist die gewöhnliche Art der Aufbewahrung von Obst, Gemüse, Kartoffeln auf dem Lande, meist unter dem Bett, wo sie reichlich Gelegenheit haben, Schmutz u. s. w. Infektionsstoffe aufzunehmen, wie eine Reihe hierdurch vermittelter Typhus- und auch Ruhrerkrankungen bestätigen. Weiter kommen in Frage die Handlungen der Krämer, die Läden der Gemüse-, Back-, Fleisch- und Wurstaaren-Händler und der Fleischverkehr; hier ist es das nothgeschlachtete oder unzureichend untersuchte Fleisch, das vielfach in die benachbarten Städte kommt.

Von den modernen Verkehrsmitteln ist es der Radlerverkehr, der insofern eine ernste Gefährdung der städtischen Bevölkerung darstellt, als die hygienischen Einrichtungen der Gast- und Schankwirthschaften auf dem Lande im Allgemeinen nicht besser sind, als die der übrigen ländlichen Grundstücke, und hier mannigfache Gelegenheit zu Gesundheitsschädigungen und Infektionen durch den persönlichen und sächlichen Verkehr, durch Trink- und Gebrauchswasser, durch die Milch und sonstige Nahrungsmittel gegeben ist, ohne dass

es in jedem Fall zum Auftreten bestimmt charakterisirter Krankheiten kommt.

Dass auch das Militär an diesen Beziehungen zwischen Stadt und Land im besonderem Masse theilhaftig ist, lehren die bezüglich des Auftretens und der Verbreitung übertragbarer Krankheiten in den Garnisonen gemachten Erfahrungen. Bezüglich des Typhus ergibt sich aus den vorliegenden Sanitätsberichten für die Preussische Armee, dass die meisten Typhus-Erkrankungen auf den September, demnächst den Oktober und November entfielen, also einmal auf diejenigen Monate, in welchen die Truppen während des Manövers mannigfache Gelegenheit haben, ausserhalb der Garnisonorte sich zu infiziren, sodann auf die Zeit der Rekruteneinstellung. Dafür, dass der Typhuskeim im Manövergelände aufgenommen wurde, sei es durch Vermittlung des Wassers, der Milch und sonstiger Nahrungsmittel, finden sich in den Sanitätsberichten zahlreiche Beläge. Ebenso sehen wir die ansteckenden Augenkrankheiten beim Militär überall dort zunehmen, wo der Ersatz aus infizirten Gebieten, namentlich aus Ost- und Westpreussen erfolgt. Zur möglichsten Verhütung der Verschleppung gemeingefährlicher und übertragbarer Krankheiten ist deshalb neuerdings durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 22. Juli d. Js. ein wechselseitiger Nachrichtenaustausch zwischen den Ortspolizeibehörden und den Militärbehörden vorgeschrieben.

Umgekehrt kann auch die Stadt das Land in ungünstiger Weise beeinflussen, und zwar gleichfalls hauptsächlich durch den Verkehr und die Industrie, durch Vermittlung der Wasserläufe, durch die Nahrungsmittel, namentlich auch Molkereien (Meiereien) und die Art der Beseitigung der Abfallstoffe. Aus einer Vergleichung der Todesursachen-Statistik der Jahre 1875, 1886 und 1900 ergibt sich, dass Herz- und Nierenkrankheiten, die in einem grossen Theil der Fälle auf alkoholischer Basis entstanden sind, auf dem Lande eine Zunahme erkennen lassen.

Die fortschreitende Industrialisirung des Landes in Verbindung mit dem Bestreben der Grossindustrie, ihre gewerblichen Anlagen aus der Stadt auf das Land hinaus zu verlegen, findet darin ihren zahlenmässigen Ausdruck, dass, während im Jahre 1882 die landwirthschaftliche Bevölkerung in Preussen 11,9 Millionen betrug = annähernd 67,2 Prozent der ländlichen, sie im Jahre 1895 auf 11,37 Millionen = 60,2 Prozent der ländlichen zurückgegangen war.

Dass auch durch hygienisch unzureichende Massnahmen der Städtereinigung, wie dadurch, dass der Gruben- und Tonneninhalt auf das Land gebracht wird, letzteres gefährdet werden kann, bestätigen die Erfahrungen der Medizinalbeamten, namentlich in der Umgebung grösserer Städte. Dass auf diese Weise die Städte durch den eigenen Dünger, namentlich durch Vermittlung der Quellen mit Typhus infizirt werden können, lehren die Erfahrungen in Stuttgart, Winterthur und an anderen Orten. Nach den neuerdings auf einigen Rieselgütern des Potsdamer Bezirks gemachten Erfahrungen kann an dem Vorkommen von Typhusinfektionen bei Arbeitern auf den Riesel Feldern und ihrer ursächlichen Beziehung zu der Rieselarbeit nicht wohl gezweifelt werden, wie solche Infektionen auch bei den auf den Kläranlagen beschäftigten Arbeitern bei Mangel der erforderlichen Reinlichkeit zur Feststellung gekommen sind. Endlich wird das Land auch durch die Müllabladepätze der Grossstädte belästigt und unter Umständen gefährdet.

Hinsichtlich der Sanirungsmassnahmen wird auf die Leitsätze Bezug genommen. Danach kann eine regelmässige Wohnungsbeaufsichtigung in den Sommerfrischen, den Bade- und Kurorten wie in den Vororten und den Ortschaften der Industriebezirke nicht entbehrt werden.

Der Umstand, dass nicht blos das Land, sondern vielfach auch die kleineren Städte in der näheren und weiteren Umgebung der Grossstädte sich mehr und mehr zu Sommerfrischen für die Bewohner der Grossstadt entwickeln, legt den Aufsichtsbehörden die Pflicht auf, den gesundheitlichen Einrichtungen dieser Stadtgemeinden erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Unter den Sanirungsmassnahmen im Allgemeinen steht die Forderung obenan, dass auch den Landbewohnern überall eine den gesundheitlichen und sittlichen Forderungen entsprechende Wohnung gewährt wird. Die hinsichtlich der zu bebauenden Fläche, der Höhe der Gebäude, wie der Anlage von Abortgruben, von Dünger- und Jauchegruben, der Beseitigung der Haus- und Wirtschaftswässer und der Anlage von Wasserentnahmestellen zu erhebenden Forderungen werden verschieden sein, je nachdem es sich um ländliche Ortschaften mit geschlossener oder offener Bauweise handelt, unter besonderer Berücksichtigung der Anlagen auf den Grundstücken öffentlicher Gebäude, der Schank- und Gastwirthschaften, gewerblicher Anlagen, namentlich Sammelmolkereien, Bäckereien, Fleischereien u. s. w. und der Brunnen auf den Grundstücken der Bahnhöfe.

Für die Beurtheilung der Baugesuche nach der technischen wie nach der hygienischen Seite müssen der genehmigenden Behörde, der auch die Rohbauabnahme und die Ueberwachung der Bauausführung obliegt, geeignete Sachverständige zur Verfügung stehen, wie dies in Sachsen und in Bayern vorgesehen ist. In Fällen, in denen die Versorgung mit einwandfreiem Wasser auf dem Lande besonderen Schwierigkeiten begegnet, insbesondere auch da, wo die Bewohner überwiegend oder ausschliesslich auf Oberflächenwasser angewiesen sind, ist es im öffentlichen Interesse gelegen, dass die weiteren Kommunalverbände und der Staat den Gemeinden mit sachverständigem Beirath, und so weit es sich um leistungsunfähige Gemeinden handelt, mit entsprechenden finanziellen Beihilfen zur Seite stehen. Nothwendig ist, dass bei der Errichtung von Wasserversorgungs- und Entwässerungsanlagen die lokalen Gesundheits- und Baubeamten den Gemeinden und Baupolizeibehörden berathend zur Seite stehen. In dem Fehlen eines sachverständigen Beiraths ist einer der hauptsächlichsten Gründe dafür gelegen, dass, wie das Land, so auch die kleinen und ein Theil der Mittelstädte in den letzten Jahrzehnten namentlich auf dem Gebiet der Wasserversorgung und Entwässerung nur sehr geringe oder gar keine Fortschritte aufzuweisen haben.

Zur Durchführung der zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten erforderlichen Massnahmen bieten die §§ 23 und 35 des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900 die erforderlichen Handhaben. Die auf Grund des § 23 zu treffenden Einrichtungen (Unterkunftsräume, Desinfektionseinrichtungen, Desinfektoren) müssen in allen grösseren, insbesondere industrie- und verkehrsreichen Ortschaften von vorn herein getroffen, im Uebrigen aber so weit vorbereitet sein, dass sie auf Erfordern jederzeit in Benutzung genommen werden können. Neben der sorgfältigsten Handhabung der Anzeigepflicht und ihrer Ausdehnung auf alle typhusverdächtigen Fälle ist die medizinalamtliche, bakteriologische und klinische Feststellung des ersten gemeldeten Falles von besonderer Wichtigkeit. Hinsichtlich der während der Dauer der Krankheit zu beobachtenden Schutzmassnahmen hat sich im Potsdamer Bezirk die Aushändigung kurz gefasster Belehrungen an die Haushaltungsvorstände seit Jahren gut bewährt. Bei Gefahr im Verzuge muss den Medizinalbeamten, wie in Preussen, Sachsen und Hessen, das Recht der Initiative gegeben werden. Ausser den Ortsbesichtigungen und der Ueberwachung der sanitären

Einrichtungen (Brunnen, Entwässerungsanlagen, Molkereien u. s. w.) durch die Medizinalbeamten, §§ 74, 75, 79 der Dienst-anweisung, ist die Mitwirkung der Gesundheitskommissionen für die Hebung der Hygiene des Landes von besonderer Bedeutung.

Um die von den ausländischen Wanderarbeitern drohenden Gefahren nach Möglichkeit einzuschränken, ist die Errichtung besonderer ärztlicher Kontrolstationen an bestimmten Grenzübergängen, von deren Benutzung die Zulassung der Arbeiter abhängig zu machen wäre, zu erstreben, hier wäre auch die Möglichkeit gegeben, Kranke und krankheitsverdächtige Personen, insbesondere auch mit Syphilis und Granulose behaftete, alsbald über die Grenze zurückzuweisen.

Auf dem Gebiet der Ernährung muss vor Allem auf eine rationelle Ernährung und ausreichende Wartung und Pflege der Säuglinge auf dem Lande hingewirkt werden. Im Kampf gegen die Unwissenheit und Indolenz ist die Mitwirkung der Gemeindegewerkschaften und gut vorgebildeter Hebammen unentbehrlich.

Wo eine Kontrolle der Molkereien durch Beauftragte der Molkereiverbände stattfindet, empfiehlt sich ein Zusammengehen derselben mit den Medizinalbeamten.

Da die Gefahr der Verunreinigung von Nahrungs- und Genussmitteln um so mehr zunimmt, durch je mehr Hände die Waare bereits gegangen ist, und je kleiner der Umsatz ist, muss die Nahrungsmittelkontrolle auf dem Lande eine besonders sorgfältige sein. Auf dem Gebiet der Fleischhygiene ist auf eine scharfe Ueberwachung der privaten Schlachthäuser und Wurstküchen und ihrer Betriebe und auf eine unschädliche Beseitigung des beanstandeten Fleisches, sowie erforderlichen Falls auf die Errichtung von Abdeckereien an geeigneten Orten hinzuwirken. Dadurch würde zugleich auch der Unsitte, das todte Vieh in unmittelbarer Nähe der Wohnstätten oberflächlich zu verscharren, entgegen gewirkt werden.

An die Benutzung von Spucknapfen muss die Landbevölkerung durch Vermittlung der Schule ebenso gewöhnt werden, wie an den Gebrauch des Taschentuchs.

Für die Förderung der Hygiene des Landes ist das Beispiel, das die Intelligenz des Landes und insbesondere der Staat, als grösster Grossgrundbesitzer in Bezug auf Wohnungsbau und Arbeiterfürsorge giebt, von ausschlaggebender Bedeutung.

Gegenüber den Schädigungen, die das Stadtleben mit sich bringt, brauchen wir die Ruhe und Abgeschiedenheit des Landes, und die reine Luft in Wald und Feld. Je dichter die Bebauung und je mehr die Luft durch Rauch und Russ, wie durch Staub verunreinigt wird, um so dringender ist das Bedürfniss. Diesem Lufthunger suchen die Stadtverwaltungen durch Schaffung von freien Plätzen, Vorgärten, Baumpflanzungen an den Strassen, Volksparks und Volksgärten nach Möglichkeit Rechnung zu tragen. Demselben Streben verdanken die aus eigener Initiative der Berliner Kleinbevölkerung hervorgegangenen Laubkolonien zwischen den Vororten ihre Entstehung, die durch die gleichzeitige Gartenbaupflege auch wirtschaftlich und sittlich fördernd wirken. Dass auch an sich ungünstige Beschäftigungen in ihrer Einwirkung auf den Organismus bis zu einem gewissen Grade ausgleichsfähig sind, wenn die Zeit der Erholung zweckentsprechend im Freien und vor Allem bei angemessener Arbeit in freier Luft zugebracht wird, lehren mannigfache Erfahrungen auf dem Gebiet der Gewerbehygiene. Deshalb sind alle Bestrebungen, die darauf gerichtet sind, den Minderbemittelten im Anschluss an die Wohnung oder in nächster Nähe derselben Gärten zur Erholung und Bebauung zur Verfügung zu stellen, vom Standpunkt des Hygienikers mit besonderer Freude zu begrüssen, während sie in sozialer Hinsicht

vor den Erholungsstätten, durch die Erwachsene und Kinder in immer weiterem Umfange ihren Familien entzogen werden, unstreitig den Vorzug verdienen. Dass den Grossstädtern der Wald in ihrer Umgebung erhalten bleibt, ist so sehr im Interesse der öffentlichen Gesundheit gelegen, dass auch der Staat, soweit er Besitzer ist, sich dieser Verpflichtung nicht wird entziehen wollen.

Weiter brauchen wir das Land, von den Kurbädern und Sommerfrischen abgesehen, für die Kinderheilstätten, Ferienkolonien, die Rekonvaleszenten- und Genesungsheime, die Lungen- und Nerven-Heilstätten, wie auch zur Unterbringung tuberkulöser Kinder und vorgeschrittener Tuberkulöser.

Mehr und mehr klärt sich ein grosser Theil der sozialen Probleme zu Fragen der Hygiene ab. Je mehr es gelingt, die Hygiene auf dem Lande zu bessern, um so angenehmer und behaglicher werden wir den Landaufenthalt gestalten und dazu mithelfen, der grössten wirthschaftlichen und indirekt auch gesundheitlichen Gefahr, der Landflucht, der immerwährenden Abwanderung des kräftigsten und erwerbsfähigsten Theils der ländlichen Bevölkerung nach den Städten entgegen zu wirken. Während im Jahre 1875 die Stadtbevölkerung 34,7 Prozent der Bevölkerung des Gesamtstaats ausmachte, betrug sie im Jahre 1895 40,7 Prozent. Die hauptsächlichste direkte Ursache dieser Landflucht ist in den wirthschaftlichen und sozialen Verhältnissen gelegen; hier die Hebel angesetzt, die Befriedigung des Bildungsbedürfnisses angeregt und die gleichzeitige geistige, sittliche und wirthschaftliche Hebung der Landbevölkerung sich als Ziel gesetzt zu haben, ist das Verdienst des Ausschusses für Wohlfahrtspflege auf dem Lande, der in den sieben Jahren seines Bestehens geräuschlos aber segensreich an seiner grossen und schweren Aufgabe gearbeitet hat. Im Vertrauen auf die Ausbreitung und Förderung dieser und verwandter Bestrebungen auf dem Gebiet der ländlichen Wohlfahrtspflege dürfen wir hoffen, dass es der Einwirkung der berufenen amtlichen Organe und ihrem sachgemässen Vorgehen gelingen wird, für die Aufgaben der Hygiene des Landes immer grösseres Verständniss und zur Mitarbeit immer bereitere Helfer zu finden und damit der öffentlichen Gesundheit, die in Staat und Reich ein einheitliches, untheilbares Ganze darstellt, unschätzbare Dienste zu leisten.

Beiträge zur traumatischen Entstehung innerer Krankheiten in aktenmässiger Darstellung.

Von

Dr. Max Bierfreund-Insterburg,

Prakt. Arzt und dirigirender Arzt des Kreis-Krankenhauses.

IV.

Herzmuskel - Erkrankung nach Sturz auf die linke Seite.

Der 25 Jahre alte Müllergeselle G. G. von hier fiel am 18. Oktober 1894, während er auf einem ca. 1,5 m hoch über dem Fussboden gelegenen Balken (Fundamentschwelle) ging und die über dieser Schwelle befindliche Welle des Vorgeleges der Wassermühle überschreiten wollte, beim Nachziehen und Fehltreten des rechten Fusses aus dieser Höhe kopfüber herab, wobei er mit grosser Heftigkeit mit der ganzen linken Körperseite auf den Fussboden aufschlug. Er spürte heftige Schmerzen im linken Bein, welche sich derart steigerten, dass er schon in den nächsten Tagen den Arzt konsultirte und seit dem 22. Oktober 1894 in Folge der Schmerzen und einer Schwellung des linken Oberschenkels das Bett hüten musste.

Nach dem von dem Kgl. Kreisphysikus Dr. B. für die Berufsgenossenschaft am 14. Mai 1895 erstatteten Gutachten

bestand zu dieser Zeit am linken Oberschenkel eine harte Knochengeschwulst, welche eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 % zur Folge hatte und eine mediko-mechanische Behandlung erforderte. Die inneren Organe wurden für gesund befunden.

Vom 31. Mai bis 23. August 1895 befand sich G. in der Privatklinik des Dr. H. in K., welcher in seinem Schlussgutachten erklärte: Es bestehe nur noch eine sehr geringe Knochenverdickung am Oberschenkel.

Die Muskulatur des linken Beines sei eine normale, die Gelenke desselben seien sämmtlich vollkommen frei und alle Bewegungen werden mit normaler Kraft ausgeführt. G. vermöge z. B. auf dem linken Bein 20 mal die tiefe Kniebeuge auszuführen, wobei er sich nur mit einem Finger zum Balanzieren aufstützt. Die Kraft des Beines sei also eine genügende; dagegen könne in Rechnung gezogen werden, dass G. immerhin fast ein Jahr nicht gearbeitet habe; mit Rücksicht darauf würde es sich empfehlen, demselben für die ersten 2 Monate eine Schonungsrente von 20 % zu gewähren.

Auf Grund dieses Gutachtens erhielt G. eine Rente von 20 %, welche durch Bescheid vom 7. September 95 eingestellt wurde.

Gegen diesen Bescheid legte G. Berufung beim Schiedsgericht mit der Bedrängung ein, dass er durch die Behandlung in der Klinik so geschwächt worden sei, dass er nicht einmal einen Eimer Wasser vom Brunnen nach seiner Behausung schaffen könne. Er empfinde bei so kleinen Verrichtungen heftige Brustschmerzen, so dass er glaube, jeden Augenblick ersticken zu müssen.

In ihrer Gegenschrift erklärte die Berufsgenossenschaft: Sie sei über die Behauptung des Verletzten, dass er durch die Behandlung in der Dr. H.schen Klinik dermassen geschwächt sei, dass er keinen Eimer Wasser von der Pumpe bis zu seiner Behausung herbeischaffen könne, nicht wenig erstaunt. Wenn Kläger ferner angebe, dass er an so heftigen Brustschmerzen leide, dass er glaube, jeden Augenblick ersticken zu müssen, so steht letztere Beschwerde, wenn sie überhaupt wahr sein sollte, mit dem ursprünglichen Unfall vom 18. Oktober 1894 (Verstauchung des linken Beines) in gar keinem ursächlichen Zusammenhang.

Mit dem, auf dem Gutachten des Dr. H. basirenden, ablehnenden Bescheid des Schiedsgerichts vom 7. November 1895 beruhigte sich G. aus Unkenntniss der weiter zu unternehmenden Schritte, welche auch in dem Schiedsgerichtsurtheil nicht angegeben waren.

Erst am 6. September 1899 trat G., welcher mir seit 1896 als herzleidend bekannt und seit 11. März 1897 beständig in meiner Behandlung gewesen war, mit neuen Entschädigungs-Ansprüchen an die Berufsgenossenschaft heran.

Am 5. November 1899 erhielt ich von der Berufsgenossenschaft den Auftrag, „G. sehr gefälligst untersuchen und gutachtlich feststellen zu wollen, ob dessen in letzter Zeit häufig geklagten Erkrankungen mit voller Sicherheit oder doch mindestens mit grösster Wahrscheinlichkeit auf einen am 18. Oktober 1894 erlittenen Unfall (Verstauchung des linken Beines) zurückzuführen sei.“ Die Unfallakten waren zur Zeit nicht auffindbar.

Unter dem 15. November 1899 wurden mir auf mein Ersuchen die Abschriften der Gutachten des Dr. B. und H. und ein vom 13. November 1899 datirtes Schreiben des Dr. H. zugestellt, nach welchem Dr. H. mit Wahrscheinlichkeit annimmt, dass bei G. ein Herzleiden nicht bestanden hat, weil in seinem Gutachten vom 26. August 1895 von einem Herzleiden nicht die Rede ist und bei den Patienten der Klinik auch immer Herz und Lungen untersucht werden, ein etwaiges

Herzleiden somit nicht unerwähnt geblieben wäre. Unter dem 18. November 1899 erstattete ich nachfolgendes Gutachten:

Der frühere Müllergeselle, jetzige Zimmerlehrerling G. G. von hier, fiel am 18. Oktober 1894, während er auf einem ca. 1,5 m hoch über dem Fussboden gelegenen Balken (Fundamentschwelle) ging und die über dieser Schwelle befindliche Welle des Vorgeleges der Wassermühle überschreiten wollte, beim Nachziehen und Fehltreten des rechten Fusses aus dieser Höhe kopfüber herab, wobei er mit grosser Heftigkeit mit der ganzen linken Körperseite auf den Fussboden aufschlug. Er spürte heftige Schmerzen im linken Bein, welche sich derart steigerten, dass er schon am nächsten oder übernächsten Tage Herrn Dr. H., später den Kassenarzt Dr. P. in G. konsultirte und seit dem 22. Oktober 1894 in Folge der Schmerzen und Schwellung des linken Oberschenkels das Bett hüten musste. Am 4. November 1894 siedelte er zu seinem Bruder nach J. über und hat von hier aus in weiterer Behandlung des Kassenarztes Dr. P. gestanden bis Weihnachten 1894. Er verzichtete auf weitere Inanspruchnahme der Krankenkasse, weil ihm die wöchentlichen Reisen nach G. zu theuer waren. (Krankengeld pro Woche 3,60 Mk.) Er versuchte statt dessen, ca. 14 Tage, sich mit leichterer Arbeit bei seinem ehemaligen Lehrherrn, Müllermeister S. in S., zu beschäftigen, konnte jedoch wegen der Schmerzen im Bein nicht länger bleiben; ebenso missglückte ein weiterer Versuch in S., wo er als alleiniger Müllergeselle schon nach drei Tagen aufhören musste. Er hat sich seitdem bis zu seiner am 31. Mai 1895 erfolgten Aufnahme in die Dr. H.'sche Klinik zu K. ohne Beschäftigung bei seinem Bruder hier aufgehalten. Dr. H. nahm an, dass die ursprüngliche Verletzung des G. eine Rissfraktur — beschränktes Lossreissen von Knochensubstanz — eventl. wohl auch mit gleichzeitiger Spaltbildung am Knochen in der Längsrichtung gewesen sei. Aus der Klinik wurde G. am 23. August 1895 geheilt entlassen; er hatte im Allgemeinen keine Schmerzen im linken Bein, nur bei längerem Stehen und Gehen verspürte er noch Schmerzen. G. erhielt noch für zwei Monate eine Schonungsrente von 20 Prozent.

Schon am Tage nach der Entlassung aus der Klinik fiel es G. auf, dass er beim Tragen eines ca. 15 Liter Wasser haltenden Eimers heftigen Luftmangel und Herzklopfen bekam. Seitdem hat G. bei jeder geringsten Anstrengung, ja, schon bei etwas schnellerem Gehen sofort heftigen Luftmangel, Herzklopfen und Brustbeklemmungen. Er giebt auf das Bestimmteste an, dass er vorher, d. h. bis zu dem erwähnten Tage, niemals auch nur die geringsten Beschwerden in der Brust oder Luftmangel verspürt habe. Er konnte wegen der genannten Beschwerden keine Arbeit verrichten, so dass er sich bis Frühjahr 1896 bei seinen Eltern in Sk. aufhielt. Im April 1896 arbeitete G. als Handlanger bei Zimmerleuten, weil er sich für seinen bisherigen Beruf für ungeeignet hielt, namentlich für sein Brustleiden den Mehlstaub für schädlich hielt. Doch konnte er auch hier schwere Arbeiten nicht verrichten, da er beim Heben und Tragen schwerer Lasten heftige Athemnoth bekam. Am 10. Oktober 1896 musste G. wegen seines Leidens sich in ärztliche Behandlung begeben und hat zehn Wochen hindurch die Wohlthaten der hiesigen Ortskrankenkasse genossen. Der behandelnde Arzt Dr. Hn. stellte damals ein Herzleiden fest und liess ihn einen Eisbeutel auf der Herzgegend tragen. Im darauf folgenden Winter hat G. sich nur wenige Wochen beim Eisschneiden beschäftigen können und trat am 11. März 1897 zum ersten Mal in meine Behandlung. Seitdem ist G. fast ohne Unterbrechung in meiner Beobachtung gewesen und hat seines Leidens wegen mehrfach auf viele Wochen die Arbeit aussetzen müssen.

Als Ursache der mehrfach erwähnten Beschwerden des G. habe ich ein schweres Herzleiden feststellen können, welches sich objektiv in einer erheblichen Vergrösserung des Herzens und einer ausgesprochenen Unregelmässigkeit der Herztöne und des Pulses nachweisen liess. Die Herztöne waren bald rein, bald von mehr weniger lauten Geräuschen begleitet. Im Laufe der Zeit hat das erwähnte Herzleiden sich langsam aber stetig verschlechtert. Die Herzdämpfung vergrösserte sich mehr und mehr, die Herztöne wurden unreiner und unregelmässiger, die Folgeerscheinungen der Herzkrankung, die sogenannte Herzschwäche, subjektiv durch hochgradige Athemnoth und Brustbeklemmung, objektiv durch Schwellung und Vergrösserung der Leber, diffusen Luftröhrenkatarrh und Wasseransammlung im Unterhautzellgewebe und der Bauchhöhle charakterisirt, nahm mehr und mehr zu.

Bei der heute im Auftrage der Berufsgenossenschaft vorgenommenen Untersuchung ergab sich folgender Befund:

G. sieht auffallend blass und elend aus; die Haut und sichtbaren Schleimhäute sind ebenfalls auffallend blass. Die Athmung ist auch bei ganz ruhigem Verhalten stark beschleunigt und hört man bei jedem Athemzug ein hauchendes Geräusch. Die Athmung wird bei jeder Körperbewegung sowie beim Sprechen unter zunehmender Intensität des vorerwähnten Geräusches bis zu hochgradiger Athemnoth beschleunigt. Der Puls ist sehr klein und sehr unregelmässig, aussetzend. Eine nennenswerthe Ansammlung von Flüssigkeit ist weder im Unterhautzellgewebe, noch in der Bauchhöhle nachzuweisen.

Der Klopfeschall über beiden Lungen ist sonor, auskultatorisch die Zeichen eines diffusen Luftröhrenkatarrhs, Pfeifen und Schnurren, kleinblasige, nicht klingende Rasselgeräusche vorhanden.

Die Herzdämpfung ist ganz enorm vergrössert, sie reicht nach rechts bis zum rechten Sternalrand, nach links fast bis zur vorderen Axillarlinie. Der Spitzenstoss ist in grosser Ausdehnung sichtbar, in der Richtung nach unten und aussen erheblich verschoben. Beim Auflegen der Hand fühlt man über der Herzdämpfung ein eigenthümliches Schwirren und den weitverbreiteten Spitzenstoss; am Deutlichsten erscheint der Spitzenstoss im sechsten Interkostalraum zwei fingerbreit nach aussen von der Mamillarlinie. Die Herztöne sind ausserordentlich unregelmässig, der erste Herzton ist durch ein starkes, blasendes, resp. hauchendes Geräusch ersetzt, der zweite Herzton ist rein. Der zweite (diastolische) Pulmonalton ist bedeutend verstärkt und klappend.

Die Magengegend ist aufgetrieben und druckempfindlich, die Leberdämpfung überragt in der Mamillarlinie um drei Fingerbreiten den Rippenrand. Man kann den unteren Rand der bedeutend vergrösserten Leber deutlich fühlen.

Der Urin ist gegenwärtig eiweissfrei, hat jedoch häufig mässige Mengen Eiweiss enthalten.

Die beschriebenen Veränderungen lassen mit Sicherheit eine hochgradige Vergrösserung und Erweiterung des Herzens mit ihren, als Herzschwäche bekannten Folgeerscheinungen, Stauungen des Blutstroms in den verschiedensten Organen (Lunge, Leber) erkennen. Sie kommt dadurch zu Stande, dass entweder die Herzmuskulatur erkrankt und weniger leistungsfähig wird, so dass der Herzmuskel, um der Arbeit gewachsen zu bleiben, an Masse zunehmen (hypertrophiren) muss; oder durch eine Erkrankung und Unbrauchbarkeit der Herzklappen wird das Herz zu grösserer Arbeit gezwungen, welche wieder zu einer Muskelvermehrung (Hypertrophie) des Herzens führt. Mit anderen Worten: die Herzhypertrophie ist die Folge entweder einer Erkrankung des Herzmuskels oder einer Erkrankung der Herzklappen. Im Folgenden will ich zu begründen versuchen, weshalb ich bei G. eine Erkrankung des Herzmuskels annehme, und komme dabei auch gleichzeitig zur Entscheidung der Frage, ob das Herzleiden mit dem Unfall vom 18. Oktober 1894 in ursächlichem Verhältniss steht.

Klappenerkrankungen, welche an bestimmten, die Herztöne begleitenden Geräuschen erkannt werden, kommen in der Regel unter dem Einfluss bestimmter Infektionskrankheiten (namentlich Gelenkrheumatismus) zu Stande. G. hat nach seiner Angabe niemals an einer solchen Infektionskrankheit gelitten. Auch habe ich Jahre hindurch das Vorhandensein der Herzvergrösserung beobachtet, ohne dass die Herztöne Geräusche aufwiesen, welche als Klappenerkrankung gedeutet werden konnten. Die Herzvergrösserung ist aber schliesslich so gross geworden, dass die Klappen zu klein und dadurch unbrauchbar geworden sind, weshalb gegenwärtig Geräusche entstehen.

Der Umstand, dass in den bei den Akten befindlichen Gutachten nirgends das Vorhandensein eines Herzleidens erwähnt ist, obwohl G. sich auch in einer mehrmonatigen klinischen Beobachtung befand, zwingt zu der Annahme, dass das Herzleiden erst nach dem Unfall entstanden ist. Dafür

spricht auch die Angabe des G., dass er bis zu dem Unfall sich stets des besten Wohlbefindens erfreut hat und niemals ernstlich krank gewesen ist. Eine einigermaßen präzise Angabe über den Zeitpunkt der Herzerkrankung lässt sich zur Zeit nicht machen, doch erscheint mir die Angabe des G. über Luftmangel gleich nach der Entlassung aus der Klinik (23. August 1895) durchaus glaubwürdig, um so mehr, als in letzter Zeit, veranlasst durch die Anregung, welche die Begutachtung für Unfallverletzte gegeben hat, Fälle beschrieben worden sind, welche den Nachweis liefern, dass heftige Erschütterung des Brustkorbes zur Ursache hochgradiger und anhaltender Funktionsstörungen des Herzens werden können. Z. B. kam ein Schiffbauer dadurch zu Fall, dass ein Brett, auf welches er trat, durchbrach und er rücklings flach auf den Boden stürzte. Es traten Schmerzen in der Herzgegend und Kurzatmigkeit ein, die sich im Verlaufe der nächsten Jahre zu den ausgesprochenen Erscheinungen der Herzschwäche weiter entwickelten. Man muss annehmen, dass in Folge der Erschütterung beim Auffallen des Körpers geringe Blutungen und Zerreibungen im Herzmuskel stattfinden, die entweder nach kürzerer oder längerer Zeit die Funktionsfähigkeit des Herzens nachhaltig beeinflussen. Der Unfall des G. ist nun meines Erachtens durchaus geeignet gewesen, durch die heftige Erschütterung derartige Veränderungen im Herzmuskel herbeizuführen. Der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und der jetzt bestehenden Herzerkrankung ist für mich zweifellos. Denn G. ist vorher stets gesund gewesen, hat nie an Kurzatmigkeit gelitten, während er seinen Beruf, den er bis zu dem Unfall ohne Beschwerden ausüben konnte, nach dem Unfall definitiv hat aufgeben müssen. Dass G. nicht die Lust zum Arbeiten fehlt, dafür spricht, dass er sich redliche Mühe giebt, einen anderen Beruf, Zimmermann, zu erlernen.

Die zur Zeit vorhandene Minderung der Erwerbsfähigkeit schätze ich auf mindestens 75 — fünf und siebenzig — Prozent, da G. seit Anfang September d. J. nicht mehr gearbeitet hat und in Folge seines Leidens nur dann zu ganz leichten, im Sitzen auszuführenden Arbeiten im Stande ist, wenn durch anhaltenden Gebrauch von herzstärkenden Mitteln sich seine Herzkraft vorübergehend gehoben hat. G. bedarf deshalb auch einer unausgesetzten Behandlung und Beobachtung durch den Arzt, welcher mit der Eigenart seines Leidens vertraut ist. Für die Zeit von der Entlassung aus der Klinik, also vom 1. September 1895 bis 1. September 1899 schätze ich die Minderung der Erwerbsfähigkeit auf durchschnittlich mindestens 50 — fünfzig — Prozent.

Auf eine Besserung des Zustandes ist nach dem bisherigen Verlauf nicht zu rechnen, bei grosser Schonung kann eine weitere Verschlechterung hintangehalten werden.

Am 14. Dezember 1899 beehrte mich der Vorsitzende der Berufsgenossenschaft mit nachfolgendem Schreiben:

„In der Unfallsache des Müllergesellen G. G. dortselbst haben Sie auf die Anfrage unserer Sektion I, ob das Herzleiden des G. Ihrer Meinung nach mit Sicherheit oder grösster Wahrscheinlichkeit mit dem Unfälle in ursächlichem Zusammenhange stehe, ein sehr ausführliches Gutachten ausgestellt und zwar unter Wiedergabe der ganzen Krankengeschichte, wie sie für die Berufsgenossenschaft vollständig entbehrlich ist. Da ein derartiges Gutachten nicht von Ihnen erfordert worden ist, der liquidirte Betrag auch in gar keinem Verhältniss zu dem Zweck des Gutachtens selbst steht, so möchten wir Sie zunächst bitten, Ihr Honorar auf den für Gutachten der gewünschten Art üblichen Minimalatz der preussischen Gebührentaxe ermässigen zu wollen.

Wir bitten dabei zu berücksichtigen, dass die Berufsgenossenschaften uneigennützig Zwecke verfolgen und für unbemittelte Pa-

tienten hilfeleistend eintreten und dass es auch deshalb nicht am Platze erscheint, denselben enorm hohe Gebührensätze in Anrechnung zu bringen. Aus dieser Erwägung liquidirt die grosse Mehrzahl der Herren Aerzte für gewöhnliche Gutachten, welche von der Berufsgenossenschaft erfordert werden, unter der Taxe und zwar regelmässig den Satz von 5—6 M. Unser Arztattestkosten-Conto hat trotzdem in den letzten Jahren eine gewaltige Höhe erreicht und ist einer weiteren Steigerung kaum noch fähig.

Im Uebrigen wollen wir nicht unerwähnt lassen, dass durch Ihr Gutachten die Frage eines ursächlichen Zusammenhanges des Herzleidens mit dem Unfälle keineswegs entschieden worden ist, zumal Dr. H. in K. jeden Zusammenhang ausdrücklich in Abrede stellt. Ihr Bericht stützt sich in der Hauptsache auf die unkontrollbaren, von Ihnen ohne Weiteres als glaubhaft angesehenen Angaben des Verletzten, welche Dr. H. aber entschieden bezweifelt. Insbesondere hält es dieser Arzt für unzutreffend, dass G. schon in der nächsten Zeit nach seiner Entlassung aus der Klinik Beschwerden verspürt haben kann, die auf ein Herzleiden zurückzuführen waren. In der Dr. H.'schen Klinik werden Lungen und Herz eines jeden Patienten auf das Genaueste untersucht und dabei hätte sicher auch hier irgend etwas Regelwidriges gefunden werden müssen. Dies war aber nicht der Fall. Wir werden daher mit Rücksicht auf diese Widersprüche im Laufe des Verfahrens gezwungen sein, die Angelegenheit einer ärztlichen Autorität zur Beurtheilung zu unterbreiten, wodurch zum dritten Male Arztattestkosten in der Sache entstehen. Ob uns eine Autorität aber in diesem Falle 24 M. Honorar in Rechnung stellen wird, müssen wir nach unseren Erfahrungen bezweifeln. Jedenfalls ist es uns bisher kaum vorgekommen, dass ein praktischer Arzt uns für ein Gutachten einen so enorm hohen Betrag, d. i. nicht viel weniger als der Maximalsatz der Taxe, in Anrechnung bringt.“

Wir sehen Ihrer gefälligen Rückäusserung entgegen.

Meine Erwiderung lautete:

Die auch von mir angestellte Erwägung, dass bei der Seltenheit und Ungewöhnlichkeit des Falles G. mein Gutachten einer eingehenden Kritik unterzogen werden würde, musste mich zu einer eingehenden Darstellung des Leidens veranlassen. Nur durch eine eingehende Darstellung des Entstehens und der Entwicklung des Leidens kann die Berufsgenossenschaft resp. eine ärztliche Autorität sich darüber ein Urtheil bilden, ob meine weiteren Ausführungen in dem Gutachten zutreffend sind oder nicht. Ich habe diese ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichte aus den angeführten Gründen für die Berufsgenossenschaft für unentbehrlich gehalten und kann mich zu der davon abweichenden Ansicht der Berufsgenossenschaft nicht bekehren.

Somit glaube ich auch den Nachweis geführt zu haben, dass es mir durchaus fern gelegen hat, durch absichtliches Ausspinnen der Krankengeschichte ein besonders hohes Honorar für das Gutachten zu erzielen. Es ist gerade für einen praktischen Arzt keine leichte Aufgabe, ein bestimmtes Gutachten darüber abzugeben, ob ein Leiden auf einen vor mehr als 5 Jahren erlittenen Unfall zurückzuführen ist? Gerade deshalb schätze ich aber den Werth meines Gutachtens auch durchaus nicht geringer als den eines von ärztlichen Autoritäten abgegebenen. Es wäre mir sehr erwünscht, wenn das von mir abgegebene Gutachten einer ärztlichen Autorität zur Beurtheilung unterbreitet würde, und würde ich der Berufsgenossenschaft zu besonderem Danke verpflichtet sein, wenn sie mir das Ergebniss dieser Massnahme seiner Zeit mittheilen würde.

Im Uebrigen will ich nicht unerwähnt lassen, dass auf die abweichende Ansicht des Herrn Dr. H. kein zu grosses Gewicht zu legen sein dürfte. In dem mir durch die Sektion I zugestellten Schreiben des Dr. H. vom 13. November 1899 nimmt Dr. H. mit Wahrscheinlichkeit an, dass bei G. ein Herzleiden nicht bestanden hat, weil in dem Gutachten von einem Herzleiden nicht die Rede ist und bei den Patienten der Klinik auch immer Herz und Lungen untersucht werden, ein etwaiges Herzleiden somit nicht unerwähnt geblieben wäre. Es steht damit in direktem Widerspruch die G.'sche Angabe, welche G. eventl. eidlich erhärten will, dass während seines Aufenthalts in der Klinik Herz und Lungen überhaupt nicht untersucht worden seien. Diese Angabe hat mir G. schon zu einer Zeit gemacht, als von einer Begutachtung durch mich noch keine Rede war, und hat bei Ausstellung des Attestes seine Behauptung in

vollem Umfange aufrecht erhalten. Dieser positiven Angabe des G. steht die Ansicht des Herrn Dr. H. gegenüber, welche sich lediglich auf die allgemeinen Gepflogenheiten bei der Untersuchung der Patienten seiner Klinik stützt. Ich habe in meinem Atteste den Umstand, dass in den bisherigen Gutachten von einem Herzleiden nichts erwähnt ist, lediglich registriert, um dem Einwande zu begegnen, dass das Herzleiden schon vor dem Unfalle bestanden habe. Ob sich schon während des klinischen Aufenthalts des G. objektiv nachweisbare Symptome eines Herzleidens hätten nachweisen lassen oder nicht, ist für die Entscheidung der Frage, ob das Herzleiden mit dem Unfall in ursächlichem Zusammenhang steht, unerheblich. Entscheidend ist dafür gerade die auf den klinischen Aufenthalt folgende Zeit, vor Allem der Umstand, dass bereits am 10. Oktober 1896 — 13 Monate nach der Entlassung — ein so schweres Herzleiden ärztlich festgestellt wurde, dass G. 10 Wochen hindurch arbeitsunfähig war, und dieses Herzleiden seitdem den von mir beobachteten, in dem Gutachten geschilderten Verlauf genommen hat. Mein Gutachten stützt sich nicht auf die Angaben des G., sondern vor Allem auf meine eigene ärztliche Beobachtung während eines Zeitraumes von fast drei Jahren.

Die Berufsgenossenschaft wies G.'s Ansprüche zurück, dieser legte Berufung ein und erklärte in der Berufungsschrift nochmals, beschwören zu wollen, dass ihm in Dr. H.'s Klinik Herz und Lungen nicht untersucht worden seien.

Das Schiedsgericht unterliess die Vernehmung G.'s und lehnte seine Ansprüche auf Grund eines Obergutachtens des Regierungs- und Geh. Medizinalraths X. ab.

Dr. X. folgerte nämlich aus der Fähigkeit G.'s, in der Klinik 20mal die Kniebeuge auszuführen, dass er damals nicht herzkrank gewesen sein könne — wie dies auch aus den Angaben der Gutachter B. und H. hervorgehe —, und dass auch die Angabe G.'s über seine grosse Schwäche und die Brustschmerzen beim Wassertragen drei Wochen nach der Entlassung aus der Klinik nicht glaubhaft gewesen seien.

Der Vergleich mit dem bekannten Fall des Schiffbauers sei unzutreffend, weil in diesem letzteren die Beschwerden schon am Unfalltage, im Falle G. erst nach 11 Monaten geäußert worden seien.

Die Wittve des am 14. Oktober 1900 an seinem Herzleiden verstorbenen G. legte Rekurs gegen das Schiedsgerichtsurtheil ein.

Sie beantragte sowohl die Rente für ihren Mann bis zu seinem Tode als die Hinterbliebenenrente.

Wegen des letzteren Anspruchs wurde sie vom Reichs-Versicherungsamt an die Berufsgenossenschaft zurückverwiesen, und die Beschlussfassung über den ersten Antrag wurde vorläufig ausgesetzt.

Wiederum wurden in erster und zweiter Instanz die Ansprüche der Wittve zurückgewiesen und so gelangte endlich im Sommer 1901 die Sache wieder an die Rekursinstanz.

Auf den Rekurs der Wittve beauftragte das Reichs-Versicherungsamt zunächst den Dr. Hn. mit Erstattung eines Gutachtens. Dieser bezeugte, dass G. von ihm seit Oktober 1896 wegen ausgebildeten Herzmuskelleidens behandelt worden ist, das nach Erachten des Arztes damals schon Jahre lang bestand. Die Herzdämpfung war nach links verbreitert, der Puls unregelmässig, bestimmte Geräusche waren nicht nachweisbar.

Dr. Hn., dessen Gutachten genauer wiederzugeben, zu weit führen würde, gelangte zu dem Schlusse, dass der Unfall ein schon vorhandenes Herzleiden in seiner Entwicklung beschleunigt habe.

Das Reichs-Versicherungsamt holte nunmehr nachfolgendes Obergutachten des Professors Goldscheider, dirigirenden Arztes am Krankenhause Moabit zu Berlin vom 25. November 1901 ein.

Der damals 25 Jahre alte G. fiel am 18. Oktober 1894 in der Mühle G. beim Ueberschreiten einer Holzwelle c. 4 Fuss hoch

herab und zog sich eine Verstauchung des linken Beines zu. Nach Blatt 7 der Generalakten fiel er auf die linke Körperseite, nach Bl. 29 kopfüber mit grosser Heftigkeit auf die ganze linke Körperseite. Er arbeitete zunächst weiter. Am 22. Oktober schwoll das Bein an und wurde schmerzhaft. G. wurde vom Kassenarzt in G. behandelt. Laut Gutachten des Dr. B. vom 14. Mai 1895 bestand zu dieser Zeit am linken Oberschenkel eine harte Knochengeschwulst; im Uebrigen waren keine Gebrechen festzustellen.

G. kam nun am 31. Mai 1895 in die Klinik des Dr. H. in K., von wo er am 23. August 1895 als erwerbsfähig entlassen wurde. Am 10. September 1895 berichtete G. an das Schiedsgericht, dass er durch die Behandlung in der Klinik so geschwächt worden sei, dass er nicht einmal einen Eimer Wasser vom Brunnen nach seiner Behausung schaffen könne; er empfinde bei so kleinen Hebungen heftige Brustschmerzen, so dass er glaube, jeden Augenblick ersticken zu müssen. Er hielt sich, da er sich nicht arbeitsfähig fühlte, bis Frühjahr 1896 bei seinem Bruder auf. Dann fand er bei dem Zimmermeister K. Beschäftigung, wo er 4 Jahre verblieb, aber sehr häufig krank war. Am 14. Oktober 1900 starb G. an seinem Herzleiden.

Er war während dieser Zeit in Behandlung des Dr. Bierfreund, welcher in einem Brief mittheilt, dass ihm G. seit 1896 als herzleidend bekannt sei. In einem ausgezeichneten Gutachten*) macht dieser Arzt dann nähere Angaben über die Art des Herzleidens, welche erkennen lassen, dass eine starke Erweiterung des Herzens, systolisches Geräusch, Verdickung des Herzmuskels und Unregelmässigkeit der Schlagfolge bestand. Dr. B. deutet diese Erscheinungen sehr richtig auf eine primäre Erkrankung der Herzmuskulatur, da er Jahre lang die Zunahme der Herzvergrösserung ohne Geräusche beobachtet hatte. Er bringt die Herzerkrankung mit dem Unfall in ursächliche Beziehung, indem er meint, dass in Folge der Erschütterung beim Auffallen des Körpers der Herzmuskel geschädigt wurde.

Gegen diese Auffassung sprach der Umstand, dass in der Dr. H.'schen Klinik ebenso wenig, wie bei der Untersuchung durch Dr. B. ein Herzleiden bemerkt worden war.

In einem Schreiben aus jener Klinik wird ausdrücklich bemerkt, dass bei jeder Untersuchung eines Patienten auch das Herz untersucht zu werden pflege.

Vom Geheimen Medizinalrath Dr. X. wird in dieser Hinsicht noch geltend gemacht, dass G. bei der Entlassung aus der Klinik 20 Mal die tiefe Kniebeuge auf dem linken Bein ausführen konnte, was ein Herzkranker nicht vermöge. Dr. X. kommt zu dem Ergebniss, dass die Klagen des G. bald nach seiner Entlassung aus der Klinik nicht auf ein Herzleiden bezogen werden könnten, dass letzteres sich vielmehr erst später entwickelt habe. Er weist darauf hin, dass G. nach dem Unfall nicht über Brustschmerzen oder dergl. geklagt habe, auch bei der Untersuchung durch Dr. B. keine dahin gehenden Angaben gemacht habe, ebenso wenig während des Aufenthaltes in der Klinik.

Durch Attest des Dr. Hn. ist erwiesen, dass G. bereits im Jahre 1896 von Mitte Oktober bis Ende Dezember wegen Herzleidens von diesem Arzte behandelt worden ist. Wie derselbe in einem weiteren Gutachten ausführt, war zu dieser Zeit, also ca. 1 Jahr nach der Entlassung aus der Klinik, das Herzleiden sogar schon hochgradig vorgeschritten. Diese ganz bestimmte ärztliche Angabe, durch welche das Attest des Dr. X. hinfällig wird, macht es wahrscheinlich, dass die Beschwerden, über

*) Dasselbe wird von der Berufsgenossenschaft als „weitschweifig“, die in demselben enthaltene detaillirte Beschreibung des Krankheitsverlaufes als „für uns gänzlich ohne Interesse, also vollständig werthlos“ bezeichnet.

welche G. nach der Entlassung aus der Klinik klagte, in der That auf der bereits in Entwicklung begriffenen Herzerkrankung beruhten. Es wird auch angenommen werden müssen, dass das Herzleiden in seinen Anfängen bereits während des Aufenthalts in der Klinik vorhanden war, da es unwahrscheinlich ist, dass es sich nach dem Verlassen derselben plötzlich entwickelt haben sollte, und da keine Ursache für die Entstehung eines solchen in diesem Zeitpunkt aufzufinden ist.

Der Umstand, dass das Herzleiden in der Klinik weder zu subjektiven Klagen geführt hat, noch objektiv erkannt worden ist, ist zwar auffallend, kann aber keine entscheidende Bedeutung gegenüber der vorigen Annahme beanspruchen. In der Klinik erfreute sich G. einer geregelten Lebenshaltung und guter Pflege. Ansprüche an seine Körperkräfte und Leistungsfähigkeit wurden nur in so weit gestellt, als er die gymnastischen Uebungen machte. Dass bei denselben keine subjektiven Beschwerden auftraten, lässt noch nicht den Schluss zu, dass G. herzgesund war, sondern nur, dass die Uebungen nicht ein solches Mass von Anstrengung erforderten, dass das Herz des G. ihnen nicht mehr gewachsen war, d. h. dass die gymnastische Behandlung eine schonende war, was sehr zu billigen ist.

Auch Herzkrankte vermögen, zuweilen sogar in erstaunlichem Grade, körperlich leistungsfähig zu sein. Gelegentlich bekommen wir Leute mit grossen, offenbar schon lange bestehenden, Herzklappenfehlern in das Krankenhaus, welche bis dahin schwere Arbeit verrichtet und erst seit Kurzem Beschwerden empfunden haben. Die Behauptung des Dr. X., ein Herzkranker könne nicht 20 Mal die tiefe Kniebeuge ausführen, ist in dieser Allgemeinheit unzutreffend. Da nun G. nicht über Herzbeschwerden geklagt hat, so war für die Aerzte auch keine Veranlassung gegeben, während des Aufenthaltes in der Klinik oder bei der Entlassung das Herz zu untersuchen. Die oben erwähnte, etwas vorsichtig abgefasste Erklärung der Dr. H.'schen Klinik besagt nur, dass „bei jeder Untersuchung auch immer Herz und Lungen des betreffenden Patienten untersucht werden.“ Dies bezieht sich sicherlich nur auf die Untersuchung bei der Aufnahme in die Klinik. Dass bei der Entlassung eine derartige allseitige Untersuchung vorgenommen werde, ist nicht ausgesprochen und in dem Attest des Dr. H. nach Abschluss der Behandlung ist lediglich von dem Beinleiden des G. die Rede.

Bei der Aufnahme des G. in die Klinik ist das Herzleiden aber wahrscheinlich noch so wenig entwickelt gewesen, dass es bei der Untersuchung nicht bemerkt wurde, besonders da G. nicht diesbezügliche Klagen vorbrachte. Eine rein muskuläre Herzerkrankung, bei welcher krankhafte Geräusche fehlen, kann in ihren Anfängen sich sehr leicht der ärztlichen Feststellung entziehen; eine etwa vorhandene Steigerung der Pulsfrequenz und der Herzaktion, welche das einzige Zeichen bilden können, werden vom Arzt leicht auf den Akt der Untersuchung bezogen. Die Verbreiterung der Herzdämpfung kann so geringfügig sein, dass sie nicht auffällt. Es ist überhaupt ohne Weiteres klar, dass eine innere Erkrankung, welche sich sehr allmählich entwickelt, oft nicht in ihrem Beginn erkannt werden kann, sondern erst, wenn sie eine gewisse Grösse erreicht hat.

Aus den eben entwickelten Gründen kann auch dem negativen Befunde des Dr. B. kein entscheidendes Gewicht beigelegt werden.

Eine positive Angabe, dass das Herz des G. in der H.'schen Klinik als gesund befunden sei, muss sich in dem dort geführten Journal doch wohl nicht finden, da die Erklärung ganz allgemein gehalten ist. Es wäre auch wichtig, zu wissen, ob der Chef der Klinik selbst die Untersuchung der inneren Or-

gane ausgeführt, oder irgend ein junger, vielleicht eben approbierter Assistenzarzt.

Eine viel grössere Schwierigkeit für die ursächliche Beziehung des Herzens auf den Unfall bietet der Umstand, dass G. nach demselben gar keine Brustbeschwerden empfunden und dass die Brust keine Zeichen direkter Quetschung dargeboten hat.

Unsere Kenntnisse auf dem Gebiete der traumatischen Herzerkrankungen sind noch sehr gering, wie auch Stern („Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten“ S. 52) zugesteht. Bei den Fällen, welche sicher hierher gehören, hat es sich fast stets um direkte Quetschungen der Brust gehandelt und haben die Kranken alsbald Brustschmerzen, Schwellung der Brust oder andere auf Beschädigung der Brust deutende Symptome gehabt. Nur ein von Professor Litten beschriebener Fall hat eine Aehnlichkeit mit dem unsrigen: Ein 21 jähriger Steinträger war, als er eine Mulde voll Steine auf der Schulter trug, durch Ausrutschen von der Leiter ein Stockwerk tief heruntergefallen, ohne sich äussere Verletzungen zuzuziehen. Am achten Tage traten Herzbeutelentzündung, vermehrte Herzthätigkeit, Athmungsbeschwerden, Herzklopfen u. s. w. ein. Später entwickelte sich eine Herzverweiterung und systolisches Geräusch. (Aerztl. Sachverständigen-Zeitung 1900.)

Hier ist also von einer direkten Quetschung der Herzgegend nichts angegeben; aber es waren freilich schon nach kurzer Zeit Symptome von Seiten des Herzens hervorgetreten.

Es ist nun zwar im vorliegenden Falle G. nicht ausdrücklich bemerkt, dass G. eine Quetschung der Brust erlitten habe, allein da er kopfüber mit grosser Heftigkeit auf die ganze linke Körperseite aufgeschlagen ist, so ist doch augenscheinlich auch die linke Brustseite, d. h. die Herzgegend, betroffen worden.

Die Unfallanzeige ist sehr kurz gehalten; eine detaillirte Beschreibung der Art des Unfalles fehlt; als Verletzung ist nur „Verstauchung des linken Beins“ angegeben, was auch den Thatsachen nicht entspricht, da es sich vielmehr um einen Knochenbruch gehandelt hat. Eine nähere Schilderung der Unfallfolgen erfolgt erst am 15. Mai 1895, also ein halbes Jahr nach dem Unfall. Es ist daher gar nicht erwiesen, ob nicht eine nachweisbare Quetschung der Brust, mit Verfärbung, Schwellung u. s. w. der Brustweichteile bestanden hat. G. muss eine sehr indolente Natur gewesen sein; er hat mit seinem Knochenspalt, welcher eigentlich eine sofortige Krankenhausbehandlung nothwendig gemacht hätte, mehrfach Reisen zurückgelegt und ist ambulant behandelt worden. So lesen wir: G. fährt am 22. Oktober (da das Bein anschwellt und sehr schmerzhaft war) nach Gumbinnen, um ärztlichen Rath bei dem Kassenarzt einzuholen. Derselbe verordnete Ruhe und Einreibung und musste G. das Bett nun hüten. Die Schmerzen liessen wohl nach, aber die Geschwulst am Bein blieb. Am 27. Oktober fuhr er dann wieder nach Gumbinnen zum Kassenarzt und musste G. weiter das Bett hüten und einreiben. Da er fortwährend bettlägerig war, Arbeit nicht mehr leisten konnte, ging er am 4. November aus dem Dienste und kam nach Insterburg zu seinem Bruder. Von hier aus fuhr er noch mehrere Male zum Kassenarzte nach Gumbinnen und brachte zum Theil im Bette, zum Theil ausserhalb desselben die Zeit zu u. s. w. Wenn daher Klagen über Brustschmerzen u. s. w. nicht geäussert worden sind, so muss doch die Indolenz des Mannes berücksichtigt werden. Da er mit grosser Heftigkeit 4 Fuss tief auf die linke Seite aufschlug, so muss ja zum Mindesten eine Weichteilquetschung stattgefunden haben. Das Fehlen von bezüglich Klagen be-

weist also, dass G. gegenüber seinen Beinbeschwerden andere nicht beachtet und bewertet hat.

Hierzu kommt, dass G. durch seinen Beinbruch zur Ruhe verurtheilt war, und daher irgend welche das Herz anstrengende körperliche Leistungen nicht vollbrachte. Hätte lediglich eine Brustquetschung ohne Verletzung des Beines bestanden, wie es bei den bis jetzt bekannten Fällen von traumatischer Herzerkrankung meist der Fall war — so dass er alsbald sich wieder bewegt und allerlei unternommen hätte, so wären ihm wahrscheinlich die Herzbeschwerden auch früher zum Bewusstsein gekommen.

Für die ursächliche Bedeutung des Unfalles spricht in hohem Grade der Umstand, dass irgend ein anderes Moment, welches die Herzmuskelerkrankung des G. bedingt haben könnte, fehlt. Ein junger Mann bekommt nicht ohne Weiteres eine derartige Herzkrankheit; bei vorgerücktem Lebensalter wäre dies etwas Anderes. Ferner sprechen für den Zusammenhang die zeitlichen Umstände des Verlaufes der Erkrankung, welche gerade zu der Annahme stimmen, dass im Anschluss an den Unfall sich die Erkrankung von kleinen Anfängen aus allmählich entwickelt hat.

Gegenüber diesen Faktoren kann es nicht entscheidend sein, dass gewisse Thatbestände fehlen, wie Klagen über Brustschmerzen, äusserliche Zeichen von Brustquetschung; denn diese Mängel beruhen eben zum Theil auf der Ungenauigkeit der amtlichen Berichterstattung, auf der Indolenz des G., auf dem überwiegenden Interesse, welches dem Beinbruch zugewandt wurde.

Was die Natur des Leidens betrifft, so hat dasselbe sehr wahrscheinlich in einer fortschreitenden Herzmuskelerkrankung durch Erschütterung der Brust bestanden.

Herr Dr. Hn. meint, dass der Beginn der Krankheit schon vor dem Unfall liegen müsse; jedoch sind die von ihm hierfür aufgeführten Gründe nicht zureichend. Da von der traumatischen Herzmuskelerkrankung bislang nur eine geringe Anzahl von Fällen genau beobachtet und studirt ist, so kann man weder mit Bestimmtheit sagen, wie stark die einwirkende mechanische Gewalt sein muss, noch in welcher Zeit sich das Leiden entwickelt? Ebenso halte ich es für unrichtig, wenn Dr. H. nur solche Fälle gelten lassen will, welche dem von Prof. Hochhaus mitgetheilten Falle des Schiffbauers genau gleichen.

Dass das Herzleiden durch die Behandlung in der Dr. H.'schen Klinik verschlimmert worden sei, ist nicht wahrscheinlich; vielmehr deutet der Umstand, dass, trotzdem offenbar die Erkrankung des Herzens schon in der Entwicklung war, G. bei den Uebungen keine Herzbeschwerden bekommen hat, darauf dass dieselben mit Schonung und Vorsicht angewendet wurden.

Hiernach begutachte ich, dass das Herzleiden, welchem der Müllergeselle G. erlegen ist, mit dem Unfall vom 18. Oktober 1894 in einem ursächlichen Zusammenhange gestanden hat und dass die mediko-mechanische Behandlung in der Klinik des Dr. H. nicht geeignet war, das damals in den Anfängen vorhandene Herzleiden ungünstig zu beeinflussen.

Das Reichs-Versicherungsamt hat in seiner Sitzung vom 31. Januar 1902 nach mündlicher Verhandlung für Recht erkannt:

1. Unter Aufhebung des Urtheils des Schiedsgerichts für die Sektion I der pp. Berufsgenossenschaft vom 16. Juli 1900 und des ablehnenden Bescheides des Vorstandes dieser Sektion vom 18. Dezember 1899 wird die Beklagte verurtheilt, den Klägern als Erben für die Zeit vom 11. September 1899 bis zum 13. Oktober 1900 einschliesslich eine Rente nach dem

Jahresbetrage von 282 M. (Zweihundertzweiundachtzig Mark) zu zahlen.

2. Unter Aufhebung des Urtheils des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung in Gumbinnen vom 24. April 1901 und des ablehnenden Bescheides des Vorstandes der Sektion I der Berufsgenossenschaft vom 21. Februar 1901 wird die Beklagte verurtheilt, den Hinterbliebenen und zwar: der Wittve und jedem der zwei Kinder vom 14. Oktober 1900 ab eine jährliche Rente von je 112 M. 80 Pf. (Einhundertzweif Mark 80 Pf.) zu zahlen und der Wittve an Sterbegeld 50 M. (fünfzig Mark) zu erstatten.

Gründe.

Gegen beide vorbezeichnete Urtheile, auf deren Inhalt verwiesen wird, hat die Wittve G. rechtzeitig Rekurs eingelegt mit dem Antrage, ihr und ihren Töchtern sowohl die ihnen als Erben des G. G. zustehende Rente, die diesem zu seinen Lebzeiten zugestanden hätte, als auch die Hinterbliebenenrente zu gewähren.

Auf den näheren Inhalt ihrer beiden Rekurschriften wird Bezug genommen.

Die Beklagte hat die Zurückweisung beider Rekurse beantragt.

Das Reichs-Versicherungsamt hat den Dr. Hn. aus J. als Zeugen und Sachverständigen über die Krankheitsgeschichte des G. G., über die Natur des Herzleidens desselben und über die Frage des ursächlichen Zusammenhangs dieses Herzleidens mit dem Unfall vom 18. Oktober 1894 gerichtlich vernehmen lassen und sodann noch über die letztere Frage ein Obergutachten von dem Professor Dr. Goldscheider in Berlin eingeholt.

Auf das gerichtliche Protokoll vom 23. Oktober 1901, auf das zu dessen integrierendem Bestandtheil gemachte schriftliche Gutachten des Dr. Hn. vom 19. Oktober 1901 und auf das Obergutachten des Professor Dr. Goldscheider vom 25. November 1901, welche sämtlichen Urkunden den Parteien abschriftlich mitgetheilt sind, wird Bezug genommen.

Danach war zu erkennen, wie geschehen.

Dass der Tod des G. durch ein Herzleiden verursacht worden ist und dass der Genannte in Folge dieses Herzleidens während der letzten Zeit vor seinem Tode in seiner Erwerbsfähigkeit erheblich beschränkt war, ist zweifellos und auch von der Beklagten nicht bestritten.

Die Entscheidung auf beide Rekurse hängt in erster Linie davon ab, ob das Herzleiden des G. mit dem Betriebsunfall, den er am 18. Oktober 1894 erlitten hat, in einen ursächlichen Zusammenhang gebracht werden muss. Diese Frage hat das Reichs-Vers.-Amt auf Grund der überzeugenden Darlegungen des Prof. Goldscheider, denen es sich durchgehends angeschlossen hat, bejaht. Daraus ergab sich die Verurtheilung der Beklagten zur Zahlung der Hinterbliebenenrente an die Kläger seit dem 14. Oktober 1900, dem Todestage des G., bei Aufhebung des Urtheils vom 24. April 1901 und des Bescheides vom 21. Februar 1901 ebenso ohne Weiteres, wie die Aufhebung des Urtheils vom 16. Juli 1900 und des Bescheides vom 18. Dezember 1899 hinsichtlich der für die Lebenszeit des G. begehrten Rente. Was aber die Bemessung der letzteren, welche den Klägern als Erben des G. seit dem 11. September 1899, dem Tage des Eingangs des Antrages des G. auf Neufestsetzung einer Rente bei der Beklagten, bis zum 13. Oktober 1900, dem Tage vor G.'s Tode, einschliesslich zuzusprechen war, betrifft, so hat das Reichs-Versicherungsamt sich unbedenklich der mit dem geschilderten Befunde wohl vereinbaren und sachgemäss erscheinenden Schätzung des Dr. Bierfreund in Insterburg im Gutachten vom 18. November 1899 ange-

schlossen und deshalb die Beklagte verurtheilt, den Klägern, als Erben G.'s für den gedachten Zeitraum eine Theilrente von 75 Prozent zu zahlen.

Ueber 300 landwirthschaftliche Unfälle, die innerhalb 5 Jahren rentenfrei geworden sind.

Von
Dr. Moser-Weimar.

(Schluss.)

Zum Schluss noch einige Beiträge zum Kapitel „Unfall und Krankheit resp. Unfallfolgen“.

Fall 1. Eine 45 jährige Frau gleitet im Dezember, im Begriff, vom Wohnhaus in den Stall zum Melken zu gehen, auf dem Eise im Hofe aus und kommt zu Fall. Die Behandlung findet durch einen Bader des nahen Dorfes statt, der eine „Erschütterung der Rückenerven“ konstatirt. Ein Unfallprotokoll, ca. drei Monate später aufgenommen, giebt nur kurz den Hergang des Unfalles, wie oben erwähnt, an. Im April findet die erste ärztliche Untersuchung statt. In dem Gutachten heisst es:

Subjektive Beschwerden: „Die Frau will oft Kopfschmerzen haben, Schlaflosigkeit, Schwindel; wenn sie sich anstrengt, bekäme sie Schmerzen in den Gliedern, Brust und Rücken.“

Objektiver Befund: Nachzuweisen von einer Verletzung ist gar nichts. Sie meint, ihre Nerven wären erschüttert, wie man ihr gesagt habe. Sie sieht bleich aus, ist von zarter Konstitution, krankhafte Erscheinungen sind zur Zeit nicht nachzuweisen.

Als Folgezustände der Verletzung wird „Nervenschwäche“ angegeben. Die Frage nach Krankheiten vor dem Unfälle wird verneint. Rente 10%.

Im Mai desselben Jahres erklärt die Verletzte der Berufsgenossenschaft, dass sie sich mit der kleinen Rente nicht mehr zufrieden geben könnte; die häusliche Arbeit, die ihr ganz allein zufalle, könne sie seit dem Unfall nicht mehr verrichten, die Schmerzen im Rücken seien stärker geworden.

Einige Wochen darauf wird die Frau von Neuem untersucht. Zweiter Befund:

Subjektive Beschwerden: „Klagt bei ihrer Arbeit über Kreuzschmerzen, hat starke Blutungen, während dieser Zeit sind die Schmerzen stärker.“

Objektiver Befund: „Nachzuweisen im Kreuz und an der Wirbelsäule ist gar nichts; glaubhaft sind aber die Erscheinungen. Innere Untersuchung ergibt, dass die Gebärmutter am Muttermund stärker verdickt ist in Folge alter Narben. Gebärmutterkatarrh. Wie weit sich dies Alles mit dem Unfall in Zusammenhang bringen lässt, ist nicht mehr zu entscheiden. Die Leute schieben natürlich Alles auf ihren Unfall. 10% Rente wird weiter gewährt.

Eine vierte Untersuchung ergibt dasselbe Resultat;

eine fünfte Untersuchung durch einen anderen Arzt bei denselben subjektiven Beschwerden als objektiven Befund eine maligne Geschwulstbildung am Muttermund.

Die Geschwulstbildung ist nicht durch den Unfall hervorgerufen, Wegen ihrer Allgemeinerkrankung ist die Frau fast völlig erwerbsunfähig. Hierauf wird die Rente entzogen. —

Fall 2. Ein 64 jähriger Mann war damit beschäftigt, Buschholz abzuschlagen; bei dieser Beschäftigung wurde er nach seiner Angabe durch eine zurückschlagende Haselruthen so empfindlich ins linke Auge getroffen, dass er in Folge der Schmerzen die Arbeit einstellen musste. Erst nach ca. sechs Tagen geht der Verletzte zum Arzt, der jedoch nichts Krankhaftes am äusseren Auge konstatiren konnte. Ueber eine innere Untersuchung liegen keine Angaben vor.

Ca. vier Monate später findet die erste ärztliche Untersuchung auf Anordnung der Berufsgenossenschaft statt. In dem Gutachten heisst es: Vor der Verletzung schon beginnender Staar, der aber durch letztere verschlimmert worden ist. Objektiver Befund: links ein noch nicht ganz reifer grauer Staar, rechts beginnende feine Trübung.

Die Berufsgenossenschaft lehnt die Gewährung einer Rente ab;

der Verletzte legt Berufung ein und das Schiedsgericht bewilligt eine 25 procentige Rente unter der Annahme, dass der Schlag damals so stark gewesen sei, dass dadurch die Veranlassung zur schnell links eingetretenen Linsentrübung gegeben worden sei.

Ein Rekurs seitens der Berufsgenossenschaft fand nicht statt.

Fall 3. Ein 65 jähriger Landwirth war beschäftigt, ca. vierzöllige Fichtenstangen abzusägen. Eine Fichte kam unvermuthet eher zu Fall und traf den X. mit dem Giebel auf den Hinterkopf, so dass X. zu Boden gefallen sein will. Neun Tage später wird zum ersten Mal ein Arzt konsultirt. Drei Monate später das erste ärztliche Zeugnis.

Subjektiv: Oefters Schwindelanfälle, will 3 Mal nach dem Unfall, zuletzt vor drei Tagen auf freiem Felde rückwärts hingefallen sein, wobei das Bewusstsein jedoch erhalten war. Schlaflosigkeit, Schmerzen im Hinterkopf.

Objektiv: X. leidet an Bronchialkatarrh mit Blutauswurf; an chronischem Blasenkatarrh mit blutigem Urinabgang, an einem rechtsseitigen Leistenbruch und Krampfadern am linken Unterschenkel. Die Untersuchung am neunten Tage nach der Verletzung war völlig negativ, weder Wunde, Röthung, Schwellung war am Hinterkopf nachzuweisen; nur eine Stelle schien bei Druck schmerzhaft und zwar eine abnorme, aber angeborene Vertiefung im Hinterhauptsbein, da wo die kleine Fontanelle bei Kindern sich befindet; auch zeigte das ganze Hinterhauptsbein keine normale Wölbung, sondern war stark abgeflacht. Das Gedächtniss war gut erhalten und die bei ihm bekannte Schwatzhaftigkeit noch gerade so gut, wie vor dem Unfall. Die Möglichkeit, dass die Schlaflosigkeit und Schwindel, wegen deren mich X. allerdings wiederholt konsultirte, auf den Unfall zurückzuführen ist, muss zugegeben werden. Simulation ist nicht ganz ausgeschlossen. 10% Rente.

Ungefähr ein Jahr später erscheint X. zum zweiten Mal zur Untersuchung; der Arzt lehnt jedoch aus äusseren Gründen die Untersuchung ab, um so mehr, als X. nach J. will in die Irrenklinik, woselbst derselbe, da er jetzt lauter wirres Zeug spricht und thut, wohl auch am besten beobachtet und begutachtet werden kann.

Einige Tage hierauf wird X. in der Irren-Heilanstalt aufgenommen, hier wird Dementia senilis als vorliegend erkannt.

5 Tage später Tod in Folge einer Lungenentzündung.

Fall 4. Die 30 jährige Ehefrau eines Landwirthes stiess gelegentlich einer landwirthschaftlichen Arbeit mit dem rechten Knie an ein leeres Fass. — Unfallprotokoll wird nicht aufgenommen, 1/4 Jahr später wird Rentenanspruch erhoben. Gelegentlich der Festsetzung der Rente kommt zur Kenntniss der Berufsgenossenschaft, dass die Verletzte schon früher an Schmerzen in dem verletzten Bein geklagt hat, deswegen auch in ärztlicher Behandlung gewesen ist. Es fragt sich nun, ob die Beschwerden, die die Verletzte jetzt klagt, nicht auf das frühere Leiden zurückzuführen sind, ja ob überhaupt der Unfall s. Z. wirklich sich ereignet hat.

Der erste Arztbericht kommt auf Grund eines völlig negativen objektiven Befundes zur Ablehnung einer Rente. Die Berufsgenossenschaft schliesst sich diesem Urtheil an, wird aber auf die Berufung der Verletzten vom Schiedsgericht zur Zahlung einer Rente von 25% verurtheilt. Das Schiedsgericht hatte ein Gutachten des Arztes eingeholt, der die X. früher behandelt hatte und hierin hiess es: „Ich halte sonach die jetzigen Beschwerden der Frau für Folgen des erlittenen Stosses, dessen Wirkung begünstigt wurde durch die nervöse Veranlagung der Verletzten.“

Auf Grund eines weiteren Gutachtens setzt die Berufsgenossenschaft ein Jahr später die Rente auf 15% herab, wogegen die Verletzte Berufung beim Schiedsgericht und auch Rekurs beim Reichsversicherungsamt ohne Erfolg einlegt; ein weiteres Jahr später wird die Rente ganz eingestellt. Berufung ans Schiedsgericht seitens der Verletzten wird verworfen, da die jetzt bestehenden Beschwerden Folgen ihrer seit Jahren schon vor dem Unfall vorhandenen Hysterie seien.

Fall 5. Laut Unfallanzeige wollte die 44 jährige Ehefrau eines Landwirthes eine Kuh in den Stall bringen; unterwegs scheut die Kuh und bohrt die X. an die Wand, so dass sie nicht in die Wohnstube zurückgehen konnte und acht Tage arbeitsunfähig war. Ärztliche Hilfe wurde nicht in Anspruch genommen. Der Unfall erst spät gemeldet. Nach 13 Wochen ist objektiv nichts als eine geringe

Druckempfindlichkeit an der Wirbelsäule zu finden. Der Arzt nimmt traumatische Neurose als vorliegend an. Rente 20%. Ein halbes Jahr später begutachtet ein anderer Arzt den Fall, findet eine Magenerweiterung, nimmt an, dass diese alle Beschwerden verursache und durch den Unfall verschlimmert worden sei. Schlägt eine Dauerrente von 15% vor, da sich der Befund nicht wesentlich ändern werde.

Fall 6. Eine 66jährige Frau besorgte das Kochen der Futterkartoffeln und war eben im Begriff, im Kesselofen nachzulegen, rutschte aus und fiel auf die linke Seite, wodurch die Verstauchung herbeigeführt wurde. (Unfallanzeige).

Ärztliche Hilfe wurde nicht in Anspruch genommen.

Nach 13 Wochen stellt der begutachtende Arzt nichts weiter als „eine grosse Empfindlichkeit an Schulter und Arm, sowie am rechten Bein gegen Druck fest“, und nimmt dies als Folge des Unfalles an.

Ausserdem bestehen an alten Beschwerden: Verkürzung des rechten Beines um 10 cm; Skoliose; grosser Vorfall der Gebärmutter, Scheide und Harnblase. 25% Rente.

Nach ca. 1½ Jahren erneute Untersuchung: Die Schmerzen, welche unaufhörlich früher im linken Arm und in der linken Schulter waren, haben sich fortgezogen nach anderen Körpertheilen. Einstellung der Rente.

Fall 7. Ein 59jähriger Landwirth führte eine Kuh, dieselbe scheute und warf den X. zu Boden. — Einknickung mehrerer Rippen der rechten Seite, später Lungenentzündung.

Nach 13 Wochen besagt das ärztliche Gutachten: Der Verletzte athmet schwer unter beständigem Stöhnen und fährt zuweilen mit der Hand nach der rechten Brust. Inspektion ergiebt schweres Athmen, Zurückbleiben der rechten Brustseite. Hinten rechts unterhalb des Schulterblattes eine etwa handtellergrosse Vertiefung, nicht bedeutend, einzelne Unebenheiten an den Rippen dieser Gegend. Auf der rechten Lunge an verschiedenen Stellen Geräusche, das Athmen nicht rein, zuweilen nicht vesikulär. Die Beschwerden auf der rechten Lunge verbieten jegliches Arbeiten, ebenso ist längeres Umhergehen unmöglich. Vorgeschlagen werden 100% Rente.

Das ist dem Vertrauensmann, der den Mann von früher her kennt, zu viel und er beantragt, einen zweiten Arzt zu hören. Dieser stellt ein altes Lungenemphysem fest, als Folge der Verletzung Verdickung an den betreffenden Rippen.

15% Rente als Folge des Unfalles.

Ungefähr 1½ Jahr später nochmalige Untersuchung. Es können keine Unfallfolgen mehr nachgewiesen werden. Einstellung der Rente. Berufung ans Schiedsgericht, dieselbe wird verworfen unter der Begründung:

„Sollten ja noch Schmerzen in Folge des Unfalles bestehen, so ist die hierdurch hervorgerufene Arbeitsbehinderung so geringfügig, dass ein messbarer wirtschaftlicher Nachtheil damit nicht verbunden ist.“

Schon im Jahre 1888 erliess das R. V. A. in voller Würdigung einer genauen ärztlichen Untersuchung sofort nach Eintritt des Unfalles ein Rundschreiben an die Berufsgenossenschaften; darin heisst es: „Insbesondere scheint die auf Antrag der Berufsgenossenschaften seitens der Untersuchungsbehörde (Polizeibehörde) zu bewirkende Zuziehung von Sachverständigen nicht in dem wünschenswerthen Umfange zu erfolgen. Vielfach haben, in nicht ganz einfach liegenden Fällen, die bei den Schiedsgerichtsverhandlungen später zugezogenen ärztlichen Sachverständigen für die Abgabe eines Gutachtens über den ursächlichen Zusammenhang zwischen einem Betriebsunfall und der eingetretenen Erwerbsunfähigkeit eine alsbald nach Eintritt des Unfalles vorgenommene genaue ärztliche Untersuchung und Feststellung der Verletzung vermisst. Die Herbeiführung dieser Feststellung wird sehr häufig im Interesse der Berufsgenossenschaft liegen und auf dem angegebenen Wege unschwer zu erreichen sein.“

Kaum eine Berufsgenossenschaft hat dem Folge geleistet. Wer als begutachtender Arzt Unfallakten oft zu Gesicht bekommt, erfährt tagtäglich, wie äusserst mangelhaft die protokol-

larischen Aufnahmen über den Hergang des Unfalles, der Zeugenaussagen, der Feststellung der Verletzung sind. Angaben über den Zustand des Verletzten vor dem Unfall, zur Zeit der Verletzung, über den Verlauf der letzteren selbst sind kaum zu finden. Erst nach Verlauf von 13 Wochen, wenn es an die Festsetzung der Rente geht, wird nach der Vergangenheit geforscht und was hierbei herauskommt, ist meist so widersprechend oder unsicher, dass es der begutachtende Arzt ebenso gut zu Gunsten der Berufsgenossenschaft, wie für den Verletzten verwerthen kann.

Aber gerade die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, bei ihrem oft sehr fraglich arbeitsfähigen Menschenmaterial vom schulpflichtigen Kind bis zur 80jährigen Grossmutter hätte genügend Veranlassung, in jedem Fall sofort die Verhältnisse so klar wie möglich stellen zu lassen, um später ein völlig der Berufsgenossenschaft, wie dem Verletzten gleich gerecht werdendes Gutachten zu erhalten.

Bei jeder Verletzung des Kopfes z. B., sie mag noch so gering erscheinen, ist eine genaue Aufnahme des geistigen, wie körperlichen Zustandes des Verletzten sofort nach dem Unfall unbedingt nothwendig. In der vom Verletzten, resp. von seinen Angehörigen verfassten Unfallanzeige wird natürlich der Thatbestand möglichst schlimm geschildert, Gehirnerschütterung ist noch die geringste Form derartiger Verletzungen; ein Arzt wird kaum zwei oder dreimal um Rath gefragt und der vielbeschäftigte Landarzt kommt bei den meistens geringen Klagen nicht auf den Gedanken, den Mann einer eingehenderen Untersuchung zu unterziehen. Nach 13 Wochen mehren sich die Klagen, es wird über mangelnde Sehschärfe, über mangelhaftes Gehör geklagt, über Kopfschmerzen, Schwindel u. s. w. Tritt dann im Laufe dieser Zeit eine schon länger vorhandene Demenz stärker in die Erscheinung, finden sich Veränderungen im Ohr, im Auge, so ist ja stets die „hohe Wahrscheinlichkeit“ des ursächlichen Zusammenhanges mit dem Unfall vorhanden, während es sich bei sofortiger Untersuchung gezeigt hätte, dass dies schon alte Leiden sind, die mit dem Unfall nichts zu thun haben, ja, dass überhaupt gar kein Unfall vorgelegen hat, sondern, um bei dem gleichen Bilde zu bleiben, ein geringfügiger apoplektischer Insult als Folge von Arteriosklerose.

Weiterhin erwähne ich, wie oft Gebärmuttervorfälle, Krampfadern, alte Unterschenkelgeschwüre mit einem Unfall in Zusammenhang gebracht und auch seitens der Berufsgenossenschaft entschädigt werden. Allen diesen Weiterungen wird aus dem Weg gegangen, wenn sofort nach dem Unfall ein eingehendes Protokoll aufgenommen wird, unter Zuziehung eines praktischen Arztes, der in der Unfallpraxis genügend bewandert, mit jeder ärztlichen Untersuchungsmethode eingehend vertraut ist. Dann wird auch eine grössere Einheitlichkeit in die Begutachtung der Unfallfolgen kommen, die grosse Zahl der Unfallrentner, die jetzt, wenn ich mich so ausdrücken darf, meistens nur eine — Verlegenheitsrente — von 10 oder 15 Prozent erhalten, wegfallen. Es wird aber, und das dürfte das Wichtigste sein, dadurch, dass die Berufsgenossenschaften den Aerzten ein einwandfreieres Material bieten als Grundlage für ihre gutachtliche Meinung in zweiter und dritter Instanz, das Rechnen mit der hohen Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges mehr schwinden, die Gutachten werden nicht nur einheitlicher, sondern, was noch werthvoller ist, bestimmter und den Verhältnissen entsprechender sich gestalten.

Eine weitere Möglichkeit, dies zu erreichen, würde ich darin sehen, wenn die Berufsgenossenschaften sich entschliessen könnten, öfters, nicht nur gelegentlich einer event. zu gewährenden Hinterbliebenenrente, die Sektion verstorbener Unfallrentner zu veranlassen, um die wirklich vorhanden ge-

wesen, durch den Unfall gesetzten Schädigungen durch Berücksichtigung an der Leiche genau darlegen zu lassen oder die s. Z. am Lebenden nicht feststellbaren, oft nur vermutheten, resp. angenommenen, nunmehr nachzuweisen.

Referate.

Innere Medizin.

Beitrag zur Kenntniss der Herzklappenverletzung durch plötzliche Ueberanstrengung.

Von Dr. F. Bourquin und Dr. F. de Quervain in Chaux-de-Fonds.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen, 1902, No. 5.)

Ein 35jähr. kräftiger Mann, der in völliger Gesundheit stets die schwersten Arbeiten hatte verrichten können, erkrankte, nachdem er bei einer übergrossen Anstrengung im Kampfe mit einem ins Rollen gerathenen Spiritusfasse einen plötzlichen peitschenhiebartigen Schmerz in der Brust verspürt hatte.

Zuerst, sofort nach dem Unfall, bekam er Nasenbluten und befand sich im Ganzen unwohl. Schon am nächsten Tage konnte er wegen grosser Mattigkeit nicht arbeiten, musste mit Blut vermengten Schleim aushusten und begab sich am dritten Tag zum Arzt mit Klagen über unbestimmte Schmerzen in der Brust, im Bauche und in der Lendengegend. Wenige Tage später wurde bei zunehmender Mattigkeit Cyanose, Pulsbeschleunigung und bei normaler Herzgrösse ein starkes Geräusch an der Mitralklappe sowie eine Temperatursteigerung 37,8 festgestellt. Zu diesem Symptomenbilde, bei welchem wegen der grossen Schwäche bereits an Embolien im Bereich des Rückenmarks gedacht wurde, kamen noch Schmerzen im Bereiche des Brustfels und der Milz, Schwindelgefühle, Gallenerbrechen und Eiweissgehalt des Harns, und sieben Wochen nach dem Unfall erlag Patient einer Hirnembolie.

Bei der Autopsie wurde am mittleren Mitralkegel eine durch Staphylokokken bedingte zirkumskripte ulcerös-verrucöse Endocarditis mit Fehlen der zum veränderten Bereich gehörigen Sehnenfäden festgestellt, welche die Einzelheiten der ursprünglichen Klappenverletzung nicht mehr erkennen liess. Ferner bestanden ziemlich frische Infarkte in Milz und Nieren und eine frische Embolie der Arteria fossae Sylvii mit Blutungen im Verlauf des von der Zirkulation ausgeschalteten Bereiches.

Die scharf begrenzte Lokalisation der Klappensegelerkrankung, die völlige Intaktheit aller übrigen Klappen, die Frische der vorhandenen Veränderungen, lassen, in Verbindung mit dem Faktum, dass vor der Verletzung völlige Gesundheit bestand, mit Sicherheit den Schluss zu, dass der ganze Krankheitszustand seine Ursache hat in einer — vielleicht geringen — Zerreiassung des mittleren Mitralsegels beim Unfall, welche den im Blut kreisenden, offenbar schwach virulenten Staphylokokken Gelegenheit zur Ansiedelung gab. Ein in diesem Sinn abgegebenes Gutachten gab der Versicherungsgesellschaft Veranlassung, der Wittve des Verunglückten den vollen Betrag für Tod als Unfallfolge zuzusprechen.

Seelhorst.

Akute Herzinsuffizienz als Unfallfolge.

Von Dr. Jorns-Pöttmes, Oberbayern.

(Münch. med. W. 1902. No. 22.)

Ein 22jähriger, mässiger, sehr kräftiger Mann, welcher ausser einer Lungenentzündung Krankheiten nicht überstanden hatte, auch kurz vorher militärdiensttauglich befunden worden war, erkrankte nach einer besonders starken Anstrengung

(Festhalten eines Ebers behufs Kastration desselben) plötzlich mit heftigen Schmerzen in der Herzgegend und starker Athemnoth. Dyspnoe, Cyanose, starke Dilatation des Herzens, Unreinheit der Herztöne, Pulsschwäche und Frequenz von 130 pro Minute, Lungenödem, konstatierte der Verf. bei seiner Ankunft, die Erscheinungen wurden immer heftigere, es traten 10 Tage nach der Verletzung Lungenblutungen (Infarkt) auf und unter Abmagerung und Oedembildung an den Extremitäten erfolgte 13 Tage nach dem Unfall der Tod. Sektion wurde nicht gemacht; die landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft erkannte den Unfall als Ursache der Erkrankung an!

Seelhorst.

Ueber traumatische Herzklappen- und Aortenerreissung.

Aus dem patholog. Institut zu Strassburg.

Von Prof. Dr. M. B. Schmidt, 1. Assistent.

(Münch. med. Wochenschr., 1902, No. 38.)

Nach einem im unterelsässischen Aerzterein am 19. Juii gehaltenen Vortrage.

Die bisher in der Literatur niedergelegten Fälle von traumatischer Herzklappenzerreissung litten alle insofern an einer Unklarheit, als entweder eine Endocarditis prädisponirendes Moment zu sein schien oder das Trauma nicht sicher feststand. Verf. vermag einen Fall beizubringen, in welchem an einem nicht vorher erkrankten Herzen durch Sturz aus der Höhe auf die linke Körperseite ausser anderen Verletzungen Rupturen von Klappen und Verletzungen der Aortenwand nachzuweisen waren. Es fand sich bei der Obduktion des 85jährigen Mannes sowohl ein winklig geknickter Riss in der hinteren Aortenklappe als auch ein 2 mm langer Einriss der unteren Fläche des vorderen Mitralsegels über dem Ansatz eines Sehnenfadens.

Es kann hier nur der mechanische Druck des Aortenblutes im Moment ihrer stärksten Dehnung (unmittelbar nach Beginn der Diastole) die dorsale Klappe gesprengt haben und es muss der durch diese Sprengung entstandene plötzliche Rückstrom die offene Mitralklappe gewaltsam emporgeworfen und dadurch die theilweise Ablösung von dem Sehnenfaden bewirkt haben. Der Tod scheint sofort eingetreten zu sein. In den Klappen waren, unberührt von den Rissen, vereinzelte Kalkablagerungen vorhanden. Auch die Aorta wies mehrfache Einrisse auf, welche zum Theil auf die Adventitia durchdrangen; ihre Ränder waren verschieden weit abgeschält, eine Illustration zu dem in letzter Zeit oft behaupteten Entstehen von Aneurysmen durch traumatische Einflüsse.

Seelhorst.

Zur Kasuistik traumatischer Herz- und Gefässaffektionen.

Von Dr. Georg Jochmann.

Aus dem allg. Krankenhaus Hamburg - Eppendorf (Medizin. Abthlg., Oberarzt Dr. Rumpel).

(Monatsschr. f. Unf.-Heilk. u. Inval.-Wesen 1902, No. 9.)

Drei Fälle werden beschrieben.

Im ersten erlitt ein weder zu Herzaaffektionen durch Vorkrankheiten disponirter, noch auch vorher irgendwie vorübergehend arbeitsunfähiger, kräftiger Mann von 40 Jahren eine starke Quetschung des Brustkorbes mit Bruch der Dornfortsätze des 8. und 10. Brustwirbels und Bruch der 6. und 7. Rippe rechts hinten. Es traten im Verlauf der etwa drei Monate dauernden Behandlung Schmerzen in der linken Brustseite ein, ohne dass objektiv Veränderungen am Herzen festgestellt werden konnten. Der Mann wurde aber nicht wieder fähig, seine frühere schwere Arbeit zu verrichten, und es wurde bei einer 4 1/2 Monate nach dem Unfall vorgenommenen

Herzuntersuchung sehr erhebliche Vergrößerung der Herzdämpfung nach rechts und oben, geringe Vorwölbung der linken Brustseite, sichtbares Pulsieren der Herzgegend, besonders linkerseits, Verlagerung des Spitzenstosses nach aussen, schwächeres Klopfen des linksseitigen Radialpulses, der nicht die Qualität eines Aorteninsuffizienzpulses aufwies, Unreinheit der Mitraltöne, giessendes Geräusch an der Aorta, Schwirren in der linken Carotis und sichtbare Carotidenpulsation wahrgenommen. Alle diese Erscheinungen blieben bestehen, was bei späteren Untersuchungen konstatiert wurde. Die Diagnose: Aortenaneurysma wurde durch einen im Röntgenbilde sichtbaren, pulsirenden, abnorm breiten Schatten im Bereich der aufsteigenden Aorta gestützt. Die Berufsgenossenschaft zahlte dem ärztlichen Gutachten gemäss eine Rente für 75 Prozent Erwerbsfähigkeitsbeschränkung.

Der 2. Fall weist nicht so klare Verhältnisse auf, wenn auch die Entstehung des Herzfehlers, der ebenfalls als Aortenaneurysma gedeutet werden musste, durch einen Unfall angenommen werden muss. Auch hier lagen für einen Herzfehler prädisponierende Vorkrankheiten nicht vor. Patient war beim Militär von einer fallenden Thür gegen die Brust getroffen worden; nach 2 $\frac{1}{2}$ monatiger Behandlung wurde er wieder zum Dienst entlassen. Ein Jahr lang diente er, zeitweise Schmerzen in der Brust verspürend, noch weiter, anscheinend seine Zeit zu Ende. 2 $\frac{1}{2}$ Jahr nach dem Unfall vermehrten sich die Stiche in der Herzgegend, er wurde, besonders bei der Arbeit, kurzathmig und suchte ärztliche Hilfe nach. Es ging auch in diesem Falle aus Röntgenbild und Herzbefund die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Aneurysma der Aorta hervor.

Im 3. Fall handelte es sich um eine traumatische Perikarditis, welche bei einem 26jährigen Arbeiter am 3. Tage nach seiner Einlieferung ins Krankenhaus akut einsetzte und nach ein und zwei Monaten Nachschübe zeitigte. Der Patient war von einem Gerüst gefallen und hatte sich dabei einen Beckenbruch, einen Einkeilungsbruch des rechten Schenkelhalses und einen Bruch der Wirbelsäule im Bereich des 3. und 4. Lendenwirbels, sämmtlich unkompliziert, zugezogen, welche alle auffallend schnell heilten. Es musste angenommen werden, dass die Kontusion der Brust eine Läsion des Herzbeutels und damit die Möglichkeit für die Ansiedlung im Blut kreisender Bakterien herbeigeführt hatte. Bei seiner Entlassung aus dem Kreiskrankenhaus, etwas über drei Monate nach seiner Verletzung, war am Herzen von den pathologischen Veränderungen nichts mehr zu bemerken. Seelhorst.

Zur Kasuistik der traumatischen Pneumonie.

Aus der inneren Abthlg. des städt. Luisenhospitals zu Dortmund
(dir. Arzt Oberarzt Dr. Burghardt.)

Von Dr. med. Otto Schmidt, z. Zt. Ass.-Arzt am Bürgerkrankenhaus Elberfeld.

(Münch. med. Wochenschr. 1902, No. 33.)

Ein 64jähriger Zugführer glitt auf der Strasse aus und schlug mit der rechten Brustseite auf den Boden auf. Er hatte sofort so starke Schmerzen in der rechten Brusthälfte, dass es ihm unmöglich war, sich selbst zu erheben. Am Abend bekam er einen Schüttelfrost, am nächsten Tage wiederholte sich derselbe mehrfach, Fieber setzte ein und am zweiten Tage wurde P. mit ausgesprochener Pneumonie des rechten Mittellappens ins Krankenhaus eingeliefert. Die Entzündung breitete sich auch auf den rechten Oberlappen aus, P. starb am fünften Tage. Die Sektion bestätigte die Diagnose; massenhaft Pneumokokken wurden nachgewiesen, Verletzungen irgendwelcher Art fehlten. Emphysem scheint die Prädisposition, eine momentane starke Störung der Zirkulation oder eine mechanische Läsion des Parenchyms der rechten Lunge

die Veranlassung der Ansiedlung von Pneumokokken aus den oberen Luftwegen gegeben zu haben. Seelhorst.

Pankreaserkrankung und Diabetes.

Von Sanitätsrath Dr. Teschemacher-Neuenahr.

(Münch. med. Wochenschr. 1902, No. 16.)

Acht Jahre nach einem Sturz vom Wagen, welcher eine heftige Erschütterung der Wirbelsäule zur Folge gehabt hatte, wurde ein 53jähriger Mann von Professor Küster wegen einer Pankreascyste operiert (Berl. klin. Wochenschr. 1887, No. 9). Der bei dieser Gelegenheit untersuchte Urin enthielt keinen Zucker, jedoch Eiweiss, der Inhalt der Cyste, mit 3 Prozent Eiweiss, hatte eine ausgesprochene Fähigkeit, Fette zu emulgieren und Amylum in Zucker zu verwandeln; die Amylaceenverdauung hatte nicht gelitten, dagegen die Fleischverdauung. Nachdem weitere acht Jahre ziemlich beschwerdelos, bis auf einen Blasenkatarrh, vergangen waren, suchte Patient mit Diabetessymptomen Neuenahr auf. Der Urin enthielt 2,9 Prozent Zucker, Spuren von Eiweiss, Blasenepithelie. Nach vierwöchiger Kur waren bei $\frac{1}{2}$ Prozent Zucker die subjektiven Symptome so weit gebessert, dass Pat. die Kur beendete. Es dürfte durch das Trauma eine Entzündung bzw. Erkrankung des Pankreas und durch deren Fortschreiten allmählich Diabetes hervorgerufen worden sein. „Jedenfalls wird man bei der Erwägung eines etwaigen Zusammenhanges zwischen einem Trauma und einem darauf folgenden Diabetes mit der That- sache zu rechnen haben, dass es Fälle giebt, in denen derselbe durch Vermittelung des Pankreas erst nach einer Reihe von Jahren nach dem Trauma sich entwickeln kann.“

Seelhorst.

Ueber Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen.

Von Dr. Siegmund Erdheim, em. Assistenten der Abtheilung.

(Aus der II. chir. Abtheilung im K. K. Allgemeinen Krankenhause.)

Vorstand Prof. v. Mosevig-Moorhof.)

(Wien. med. Presse, 1902, No. 38.)

Die Ansicht Sonnenburg's und Bergmann's, gemäss der ein Zustandekommen von Appendicitis nach Trauma eine vorbestehende Erkrankung des Wurmfortsatzes zur Bedingung hat, wird durch einige instruktive Beispiele bestätigt. Den bei Gelegenheit von Operationen und Obduktionen in solchen Fällen gefundenen Kothsteinen im Wurmfortsatz ist nicht die grosse Rolle zuzusprechen, die man ihnen meist anweist, sondern sie sind nur ein Zeichen, dass der im Wurmfortsatz sich abspielende Entzündungsprozess bereits Vorläufer alten Datums hat; die Verbreitung des entzündlichen Prozesses wird durch die beim Trauma in noch ausgiebigerer Weise zu Stande kommenden Zerreibungen alter Verwachsungen auf ähnliche Weise herbeigeführt, wie sie bei nichttraumatischen Fällen, durch z. B. auf Abfuhrmittel hin erfolgende regere Darmbewegung, bewirkt wird. Die Ansicht, dass durch geringfügige „traumatische“ Anlässe, z. B. wie behauptet worden ist, durch eine überenergische Anstrengung der Bauchmuskulatur, in Folge Eintretens von Koth in den Wurmfortsatz Entzündung desselben entstehen könnte, ist als unbegründet zu betrachten und in Fällen, in denen wirklich im Anschluss an ein Trauma eine Appendicitis entsteht, stets zu berücksichtigen, dass dies auf Grund der „eigenthümlichen Leibesbeschaffenheit“ des Verletzten, nämlich seines schon von früher her kranken Wurmfortsatzes geschieht. In der Anamnese solcher Fälle ist stets auf intestinale Störungen sehr genau zu fahnden. Durch Erregung von Blutungen in der Umgebung des Wurmfortsatzes und daraus entstehende bewegungshindernden Verwachsungen kann naturgemäss auch

ein Trauma die Ursache sein, dass ein Wurmfortsatz sich schwerer entleert und dadurch zu Entzündungen mehr disponiert wird als ein gesunder, ohne dass jedoch das Trauma selbst die akute Entzündung erzeugt hat. Seelhorst.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die Sitzungen der Sektion Gerichtliche Medizin auf der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad 1902.

Von Kreisarzt Dr. E. Schäffer-Bingen.

I. Sitzungstag. 22. September 1902.

Nachdem der Einführende, Dr. Ritter von Hochberger, k. k. Oberbezirksarzt in Karlsbad, die Versammlung eröffnet, verliest er ein Entschuldigungsschreiben von Prof. Ipsen-Innsbruck, der durch Krankheit verhindert ist, seinen angekündigten Vortrag „Ueber Pankreasblutung in ihrer Beziehung zum Tode Neugeborener“ zu halten.

1. Oberarzt Dr. Liniger-Bonn: Bauchbrüche und Unfall.

Die Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts in Fällen von Leisten- und Schenkelbrüchen ist eine geklärte und auch mit Recht bestimmte; nur etwa 8 Prozent der angemeldeten Fälle werden entschädigt.

Bei den Bauchbrüchen steht das Reichs-Versicherungsamt mit einem grossen Theil der Aerzte auf dem Standpunkt, dass diese Brüche oft durch Unfall entstehen, und meistens grosse Beschwerden machen, weshalb derartige Fälle öfter entschädigt und auch durchschnittlich mit höheren Renten bewerthet werden.

Dr. Liniger hat in den letzten 6 Jahren 6000 sonstig verletzte Arbeiter auf Brüche und Bruchanlagen, speziell auch auf Bauchbrüche untersucht und dabei in 182 Fällen typische Bauchbrüche gefunden; in allen diesen Fällen wussten die Leute nichts von der Entstehung der Brüche, und 176 Verletzte wussten überhaupt nicht, dass sie einen Bauchbruch hatten.

Von den 6 Uebrigen waren 4 Brüche so gross, dass sie den Verletzten selbst auffallen mussten; 2 waren von anderen Aerzten vorher zufällig gefunden worden. Weitere 60, hauptsächlich von Professor Witzel-Bonn, operirte Fälle waren in Bezug auf die Entstehungsart nicht aufzuklären; in 50 Fällen war ein Unfall überhaupt ausgeschlossen; in 10 Fällen wurde zwar ein Unfall behauptet, bei näherer Nachforschung stellte es sich jedoch heraus, dass die behaupteten Veranlassungsmomente nur geringfügiger Natur waren.

Bei den operirten Fällen ist niemals irgend eine Narbe oder eine sonstige Veränderung im Bruchgebiet gefunden worden, welche auf ein Trauma zurückführbar wäre.

Andere Aerzte, welche Liniger auf seine Untersuchung aufmerksam gemacht hat, fanden ebenfalls bei einer grossen Anzahl von Arbeitern Bauchbrüche, ohne dass dieselben etwas davon wussten.

In 19 Fällen ist von Witzel und Liniger der Zusammenhang mit einem Unfall anerkannt worden. In allen Fällen war, wie Liniger jetzt annimmt, die traumatische Entstehung, streng genommen, auch nicht erwiesen; es handelte sich nur um mehr oder weniger entfernte Wahrscheinlichkeiten.

In einem Drittel dieser Fälle war nach Linigers jetzigem Standpunkt Entschädigung ausgeschlossen.

Witzel, der in seiner Arbeit: „Ueber den medianen Bauchbruch“ (Volkmann's Klinische Vorträge, 1890) die Behauptung aufstellte, dass mindestens die Hälfte der Bauch-

brüche durch einen Unfall bedingt seien, ist auf Grund vorstehender Untersuchungen von dieser Ansicht zurückgekommen, und hat dies wiederholt in einschlägigen Gutachten betont.

Auch Geheimrath Schede-Bonn theilt diese Ansicht von der Seltenheit der traumatischen Entstehung der Bauchbrüche.

Bis jetzt wurde angenommen, dass der typische Bauchbruch in einer grossen Anzahl von Fällen grosse Beschwerden machen und dass ein damit Behafteter nicht im Stande sei, schwere Arbeiten zu verrichten; auch diese Ansicht hält einer genaueren Nachprüfung nicht Stand.

Bauchbrüche machen sehr oft überhaupt keine Beschwerden. In den oben erwähnten 182 zufällig entdeckten Bauchbrüchen war dieses der Fall, die Erwerbsfähigkeit war in keiner Weise beeinflusst. Es handelt sich um Arbeiter aus den verschiedensten industriellen Berufszweigen. Bei den Operirten waren nur bei einem Drittel die Beschwerden so gross, dass die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt war.

Die Grösse der Beschwerden hat auch mit der Grösse des Bruches nichts zu thun, sie hängt auch nicht immer davon ab, dass ein Netzzipfel mit dem Bruchsack verwachsen ist; manche Bauchbrüche haben überhaupt keinen Bruchsack, es genügt schon die Fixation des Bauchfells an einer bestimmten Stelle durch einen präperitonealen Fettpfropf zur Verursachung der Beschwerden.

Auf Grund seines grossen Beobachtungsmaterials ist L. zu der Ansicht gekommen, dass bei der Begutachtung von Bauchbrüchen die gleiche Vorsicht hinsichtlich der unfallsweisen Entstehung nothwendig ist, wie bei den Leisten- und Schenkelbrüchen, auch hier ist sogenannte erhöhte Beweislast zu fordern. Er resumirt als Voraussetzungen:

1. genaue Klarstellung des Unfallherganges,
2. sofortiges Aussetzen der Arbeit, in Folge
3. der unmittelbar auftretenden Beschwerden,
4. sofortiges Zuziehen des Arztes.

Insbesondere sind nach L.'s Erfahrungen die spät angemeldeten Brüche nur in höchst seltenen Fällen traumatisch entstanden.

Schäffer-Bingen bemerkt, dass die grossen Unterschiede in den Beschwerden zwischen mit Bauchbrüchen behafteten versicherten und nicht versicherten Personen sich durch den bekannten Einfluss der Unfallrente auf die Bedeutung der subjektiven Klagen des Mannes für dessen Erwerbsfähigkeit erklären. Schäffer fragt den Vortragenden, ob in jenen Fällen, in welchen seitens der Verletzten starke Klagen geäussert wurden, auch objektive Erscheinungen gestörter Thätigkeit der Verdauungswege, dyspeptische Erscheinungen, Appetitmangel, Flatulenz, Rückgang der Gesamternährung konstatiert werden konnten.

Liniger hat diese Erscheinung nur in vereinzelt Fällen beobachtet; dagegen werden in der Regel die Klagen in geradezu stereotypen Redewendungen vorgebracht, so dass man zu der Annahme gedrängt wird, dass diese Klagen durch die vorausgegangenen Untersuchungen in die Leute hineinexaminiert wurden.

Geh. Rath Friedländer-Stolp theilt einschlägige Erfahrungen mit, die er bei der Untersuchung von 1000 Verletzten der Land- und Forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft machen konnte und die sich in allen wesentlichen Punkten mit dem Standpunkt Linigers decken.

Prof. Dittrich-Prag weist auf die forensische Bedeutung hin und fragt, ob nicht doch eine Reihe von Bauchbrüchen entschädigt werden müssen, insbesondere, wenn Verschlimmerung bereits vorbestandener Brüche vorliege.

Liniger giebt dies zu, allerdings nur unter ausdrücklicher Betonung des ausserordentlich milden Standpunktes des Reichs-Versicherungsamtes.
(Schluss folgt.)

Der V. Verbandstag Deutscher Bahnärzte

zu München am 18. und 19. September 1902.

Bericht und Glossen von S.-R. Dr. Schwechten-Berlin.

I. Ausschusssitzung.

Am 18. September Vormittags 9 Uhr tagte der Ausschuss des Verbandes; an der Sitzung nahmen 26 Delegirte und 5 Gäste theil. Sämmtliche Vereine bis auf Stettin waren vertreten. Herr Ober-Bahnarzt Dr. Zeitlmann-München eröffnete die Sitzung mit kurzer Begrüssung und einem warm empfundenen Nachruf auf die Geheimen Sanitätsräthe Dr. Braehmer-Berlin und Dr. Wahl-Essen macht dann Mittheilung von der Wahl eines engeren Ausschusses. Zur Erledigung eiliger Angelegenheiten wird ein geschäftsführender, engerer Ausschuss gebildet, bestehend aus den beiden Vorsitzenden, den beiden Schrift- und Kassensführern, welche mit Ausnahme des 2. Vorsitzenden womöglich in Berlin wohnen sollen, sowie aus je einem Mitgliede jedes zum Verbands gehörigen Bundesstaates, soweit ein solcher nicht bereits unter den vier Erstgenannten vertreten ist. Auch der engere Ausschuss besitzt das Recht der Kooptation. Diese Fassung wird als § 7 den Statuten einverleibt.

Der Schriftführer Schwechten-Berlin erstattet den Kassenbericht, der mit einem Bestande von 165 Mk. 15 Pfg. abschliesst und erhält auf Antrag der Herren Revisoren Limper und Isermeyer Entlastung.

Es wird ferner beschlossen, nur Autoreferate der Redner und der sich an der Debatte betheiligenden Herren zum Druck zuzulassen. Herr Schwechten berichtet über ein neues Abkommen mit dem Verleger der Sachverständigen-Zeitung, wonach nicht nur, wie bisher, jedem Vereinsmitgliede desjenigen Vereins eine Nummer der Sachverständigen-Zeitung unentgeltlich zugesandt werden soll, dessen Bericht abgedruckt ist, sondern ausserdem jedem Vorstandsmitgliede sämmtlicher zum Verband gehörigen Vereine drei Exemplare unentgeltlich und portofrei zuzusenden sind, sofern die Gesamtzahl der zu übersendenden Exemplare 500 nicht übersteigt. (Dieser Passus ist, seitdem Dr. Schwechten an Stelle Brähmers in die Redaktion mit eingetreten ist, auch in dessen Kontrakt aufgenommen.)

Schwechten berichtet sodann über ein Anschreiben der Vertrags-Kommission der Aerztekammer der Provinz Sachsen vom 3. September 1902 an die dortigen Bahnärzte, worin ihnen vorgeworfen wird, zum Theil standesunwürdige Bedingungen eingegangen zu sein. Die Vertrags-Kommission spricht darin die Hoffnung aus, dass die Herren Bahn- und Kassenärzte ihre Verträge mit der Kgl. Eisenbahn-Direktion kündigen und nur zu höheren Honorarsätzen neu abschliessen werden und erwartet mit Bestimmtheit, dass diesem ihrem Ersuchen als einem bindenden Folge gegeben werde. Nach längerer Debatte werden die schärfer gefassten Anträge Löwenthal und Schwechten theils zurückgezogen, theils abgelehnt und folgender Antrag Hager-Magdeburg mit grosser Mehrheit angenommen:

Der Ausschuss deutscher Bahnärzte hat in seiner Sitzung vom 18. September 1902 in München Kenntniss erhalten von dem Anschreiben der Vertrags-Kommission der Aerztekammer der Provinz Sachsen an die sächsischen Bahnärzte.

Er erkennt den guten Willen der Aerztekammer der Provinz Sachsen, unsere Vertragsverhältnisse mit der Kgl. Eisen-

bahn-Direktion zu verbessern, an, er hält indessen das Vorgehen einzelner Aerztekammern nicht für geeignet, hier eine Aenderung zu Stande zu bringen, um so weniger, wenn dies Vorgehen, wie im vorliegenden Falle, ohne Berücksichtigung der bahn- und bahnkassenärztlichen Verhältnisse geschieht. Er erklärt ferner, dass wir Aussicht zu haben glauben, durch unsere bahnärztlichen Vertretungen unsere Honorarverhältnisse in berechtigter Weise zu verbessern.

Auf Antrag von Dr. Beck-Württemberg wird dem Ausschuss aufgegeben, ein eingehendes Referat über die Möglichkeit der Einführung der freien Arztwahl bei den Betriebskrankenkassen auf der nächsten Ausschusssitzung zu erstatten. Der engere Ausschuss soll unter dem Rechte der Kooptation die Frage vorbereiten.

Bei den vorgenommenen Ergänzungswahlen wird zum I. Vorsitzenden an Stelle Braehmers Schwechten-Berlin gewählt, an dessen Stelle zum Schrift- und Kassensführer Dr. Ramm-Charlottenburg. Die übrigen Mitglieder verbleiben in ihren Chargen. Für Breslau ist Dr. Neumeister, für Essen Geh. Med.-Rath Dr. Limper, für Halle a. S. Sanit.-Rath Dr. Herzfeld in den Ausschuss eingetreten.

Auf Antrag Schwechtens wird anstatt des bisherigen Beitragsmodus (10 Mark für je einen Delegirten) eine Kopfsteuer von 30 Pfg. pro Mitglied des Vereins nach dem Stande vom 2. Januar jeden Jahres erhoben werden, und dem Kassensführer die Berechtigung erteilt, die bis 1. Oktober des Jahres nicht eingegangenen Beiträge durch Postnachnahme zu erheben. Zu § 2c der Satzungen bemerkt Schwechten, dass die Forderung: Jedes Mitglied habe nur Stimmrecht in einem Verein, doch wohl nicht auf interne Vereinsangelegenheiten, sondern nur auf Ausschussangelegenheiten sich beziehe, was allseitig als richtig anerkannt wurde.

Auf Antrag von Lent-Köln lassen sich alle Antragssteller, welche Freikarten oder Gehaltserhöhungen in irgend einer Form beantragt hatten, bestimmen, diese Anträge ohne Diskussion zurückzuziehen.

Zum Antrag Voigt-Erfurt auf genauere Fassung des § 1 der Verträge bezügl. der freien bahnärztlichen Behandlung von Familienangehörigen wird auf Vorschlag Beck-Württemberg beschlossen, Herrn Voigt-Erfurt zum Referenten in dieser Sache für den nächsten Ausschuss zu bestimmen.

Der Antrag Le Blanc-Elberfeld: Der Ausschuss wolle beschliessen, allen bahnärztlichen Vereinen Deutschlands zu empfehlen, sich der Erklärung des bahnärztlichen Vereins Elberfeld anzuschliessen: Es ist eines Arztes unwürdig, mit einem Homöopathen oder Naturarzt zu konsultiren, fällt nach eingehender Besprechung aus Opportunitätsgründen, besonders weil in einzelnen Bundesstaaten (selbstverständlich approbirte) Homöopathen als Bahnkassenärzte zugelassen sind.

Der Antrag Koziol-Kattowitz auf Aenderung der Rettungskästen wird auf die II. Allgemeine Sitzung vertagt bei Besprechung der Rettungseinrichtungen in den verschiedenen deutschen Bundesstaaten.

Der Ausschuss beschliesst noch, die Verhandlungen des V. Bahnärztetages wie früher in Nürnberg im Verlage von Ferd. Weigel im Druck erscheinen zu lassen und Herrn Hofrath Stich mit der näheren Ausführung dieses Beschlusses zu betrauen.

Vom engeren Ausschuss wird Herr Hofrath Stich-Nürnberg einstimmig wegen seiner hervorragenden Verdienste um den Verband Deutscher Bahnärzte auf Lebenszeit zum Mitgliede des engeren Ausschusses ernannt.

II.

Erste Sitzung der fünften Versammlung des Verbandes Deutscher Bahnärzte am 18. September 2 Uhr Nachm. im Bayerischen Hof zu München.

Herr Oberbahnarzt Dr. Zeitlmann begrüsst die aus 707 Bahnärzten bestehende Versammlung und die Vertreter der Regierungen von Bayern, Preussen, Württemberg, Mecklenburg und Ungarn. Er widmet Braehmer einen tiefempfundenen Nachruf. Bei Bildung des Bureaus wird Schwechten-Berlin zum I., Blume-Philippsburg-Baden zum II. Vorsitzenden der Versammlung gewählt. Zu Schriftführern Ramm-Charlottenburg und Dischinger-München. Namens der bayerischen Regierung begrüsst Herr Ministerial-Direktor von Frauendorfer-München mit warmen Worten die Versammlung und versicherte sie der grössten Sympathien des bayerischen Ministeriums.

Ferner brachte Herr Min.-Rath von Csatóy Grüsse der ungarischen Staats-Eisenbahn-Direktion und der ungarischen Bahnärzte.

Nach den aus der Ausschusssitzung zu ersiehenden geschäftlichen Mittheilungen des Vorsitzenden hält Herr Prof. Dr. Eversbusch-München den angekündigten Vortrag über praktische Prüfung des Farbensinns mit den beim Eisenbahnbetriebe gebräuchlichen Signallichtern. Gegenüber den bisher gebräuchlichen Methoden zur Prüfung des Farbensinnes empfiehlt der Redner einen von ihm erfundenen Apparat, den er der Versammlung demonstirt. Der Apparat hat den Vorzug, den Untersucher von der Tagesbeleuchtung unabhängig zu machen, auch die Beleuchtungsintensität wechseln zu können, ja, nächtliche Dunkelheit und Nebel lässt sich künstlich damit herstellen. Er hat ferner den Vorzug, den Patienten von seinem Leiden unfehlbar selbst zu überzeugen.

In der Diskussion erfuhr der Apparat zwar Angriffe, doch sprachen sich alle Redner, die ihn selbst bereits erprobt haben, ausserordentlich günstig über denselben aus. Leider steht der allgemeinen Einführung der hohe Preis (ca. 50 Mk.) entgegen, doch dürfte er sich als Kontrolprobe an einzelnen Stellen als sehr zweckmässig erweisen.

Hierauf hielt Herr Zeitlmann-München den angekündigten Vortrag über die Erkrankungs-, Invaliditäts- und Sterblichkeitsverhältnisse der bayrischen Eisenbahnbediensteten. Auf Grund 20jähriger genau geführter Statistik und unter Vorzeigung zahlreicher Tabellen erläuterte Redner seine Ansicht, dass eine derartige Statistik den Behörden höchst schätzbare Winke geben kann, über die Art der Erkrankung bei gewissen Beamtenklassen, über frühzeitige Abnutzung einzelner Beamtenklassen, über zweckmässige vorzeitige Pensionirung einzelner derselben; am raschesten steigt die Zahl der Invalidisirungen beim Zugbeförderungs-, sodann beim Zugbegleitpersonal. Die Sterblichkeit ist am höchsten beim Bureaupersonal und zwar in Folge von Tuberkulose. Die Erkrankungen sind beim eigentlichen Bahnpersonal meist rheumatischer Natur, dann folgen Krankheiten der Verdauungsorgane und der Luftwege. Der Vorschlag, derartige statistische Aufzeichnungen auch bei andern Verwaltungen als in Bayern einzuführen, fand allseitigen Beifall.

Herr Stoich-Nürnberg legte sodann das von ihm entworfene Einheitsformular für die Untersuchung des Personals auf körperliche Tüchtigkeit zum Eisenbahndienst und die dazu gehörige Instruktion für den untersuchenden Bahnarzt vor und besprach dasselbe eingehend. Das Formular trägt den schärfsten Bestimmungen aller deutschen Bahnverwaltungen Rechnung und dürfte deshalb allgemein zur Einführung empfohlen werden, zumal es,

wenn auch in bescheidener Weise, den deutschen Einheitsgedanken fördern hilft. Leider war das Formular noch nicht in allen Vereinen zur Abstimmung gelangt und konnte aus diesem Grunde nicht offiziell seine allgemeine Einführung befürwortet werden.

Schliesslich sprach Herr Dr. Raab-Nürnberg über den Alkoholmissbrauch beim niederen Eisenbahn-Personal und dessen Verhütung. R. wies nach, dass die starken Trinker unter dem niederen Eisenbahn-Personal ausserordentlich oft erkranken und dadurch dem Staate erhöhte Unkosten erwachsen. Ein Trinker braucht nicht immer ein objektiv grosses Quantum Spirituosen zu sich zu nehmen, sondern nur mehr als er vertragen kann, um ein Trinker im medizinischen Sinne zu sein, dies können unter Umständen geringe Mengen sein. Auch Bier ist nicht so unschädlich wie häufig behauptet wird. Aufgabe des Staates sei es, warme und kalte alkoholfreie Getränke auf jeder Station zu billigen Preisen an das Personal abzugeben. Vor Allem wünscht R. für das Dienstpersonal eigene Erquickungsräume unabhängig von den, dem reisenden Publikum zugängigen ohne Trinkzwang; jedoch warnt Redner davor, vollkommen abstinentes Personal erziehen zu wollen, ideal sei allerdings gänzliche Enthaltensamkeit von alkoholischen Getränken während des Dienstes. Bedenklich erscheint die vom R. an die Bahnärzte gestellte Forderung, die Namen der ihnen bekannten Trinker den Behörden zu übermitteln. Dieser Vorschlag fand auch entschiedene Opposition.

III. In der 2. ordentlichen Sitzung am 19. September, Vormittags auf dem Bahnhofe sprach sich in der Diskussion hierzu Dr. Benario-Frankfurt a. M. ähnlich wie Ref. dahin aus, dass es höchste Zeit sei, der Trunksucht des Eisenbahn-Personals ein Ziel zu setzen, dem Alkoholgenuss des Personals seitens der Behörden eingehende Beachtung zu schenken und den erkannten Missständen mit allen zu Gebote stehenden Mitteln entgegenzutreten.

In derselben Sitzung wurden die Referate erstattet über die Rettungseinrichtungen in den verschiedenen Bundesstaaten. Es sprachen für Preussen: S.-R. Dr. Schwechten, für Bayern: Hofrath Dr. Beetz, für Sachsen: Dr. Gilbert, für Württemberg: Dr. Beck, für Baden: Dr. Blume.

Allen Staaten gemeinsam sind die Rettungskästen, grosse für die Stationen, kleine für die Züge, und Tragbahnen für die Verunglückten. Besondere Rettungs (Arzt-) Wagen besitzen nur Bayern seit längerer Zeit, neuerdings Preussen; beide werden von den Referenten eingehend besprochen. Sachsen und Baden stehen im Begriff, sie einzuführen, Aerzte und Personal werden in Preussen und Bayern dafür ausgebildet. Auf die schnelle Alarmirung ist in Bayern und Preussen besonders Gewicht gelegt. Zweifellos leistet gerade auf diesem Gebiete Bayern seit Langem Mustergiltiges; die Ausbildung von Samaritern, die Plakate mit Nachrichten über den nächsten Bahnarzt, den nächsten Rettungswagen, die nächste Tragbahn und den nächsten Rettungskasten sind über alles Lob erhaben. Im Anschluss hieran wurden der preussische und bayerische Rettungswagen besichtigt, beide bieten Vortheile, mit kleinen Aenderungen werden beide vorläufig unerreicht dastehen und bei Eisenbahnunfällen sich ähnlich wie gut organisirte Feuerwehren stets bewähren. Der bayerische Wagen gewährt 10, der preussische 8 Verletzten Ruhelager; der preussische verfügt über ein besonderes Arztabtheil, das dem bayerischen fehlt, doch hat dieser wieder andere Vorzüge. Auch das Rettungszimmer auf dem Zentralbahnhofe wurde besichtigt und fand allgemeinen Beifall.

Herr Hellmann-Siegen zeigte eine Formalinlampe aus durchbrochenem Blech zur Desinfektion von Eisenbahnwagen, besonders geeignet für die schwer zu reinigende

II. Bahnklasse. Der Apparat ist handlich, bequem anzuwenden und bietet zweifellos grosse Vorzüge, die bisherigen Versuche scheinen seine Desinfektionskraft zu bestätigen.

Ein Reihe von Umständen hat den Münchener Verbandstag zu dem glänzensten der bisher abgehaltenen gemacht; die Liberalität sämtlicher deutschen Bahnverwaltungen, die Wahl von München brachten den Besuch auf eine bisher ungeahnte Höhe; trotz dieser überraschend grossen Zahl (707 Theilnehmer) arbeitete das vorzüglich organisierte Münchener Lokalkomitee tadellos; erschwerend für diese Arbeit war, dass die grosse Zahl der Theilnehmer erst in den letzten Stunden bekannt wurde und geradezu lawinenartig über München hereinbrach; aber nur beim ersten Ansturm am Begrüssungsabend drohte kurze Zeit der Apparat zu versagen, nie liess bayerische Arbeitskraft und bayerische Liebenswürdigkeit etwas zu wünschen übrig. Auch auf den Festen machte sich diese allgemein geltend, sowohl am Begrüssungsabend, der die Leistungsfähigkeit der Münchener Herren auf das Höchste anspannte, auf dem Festdiner, an dem ca. 600 Festgäste theilnahmen. Geradezu imposant wirkte der musikalische Frühschoppen im oberen Saale des Hofbräuhauses, und in unvergesslicher Erinnerung wird der Ausflug über die bayerische Grenze hinaus nach Kufstein allen 570 Theilnehmern bleiben, zu dem die bayerische Generaldirektion in grösster Liebenswürdigkeit zwei Sonderzüge unentgeltlich zur Verfügung stellte. Im herrlichsten Sonnenschein prangte das wilde Kaisergebirge und die Abendbeleuchtung des Todtenkirchls und des Predigerstuhls konnte sich getrost jedem Herbstabend in den Dolomiten, jenseits des Brenners, an die Seite stellen. Ein Theil der Festtheilnehmer war nach dem Festmahle, bei dem der Bürgermeister, Herr Dr. jur. Praxmarer, selbst die Gäste begrüsst, nach Hinterbärenbad, der grössere zum Hechtsee, Edschlösschen und zur Klause aufgebrochen.

Es wird schwer halten, in Zukunft einen Ort zu finden, an dem alle Faktoren, so wie in München, gleichzeitig zusammenwirken, um ein so glänzendes Bild zu erzeugen; wo Alle, die exakter Arbeit und frohem Genuss huldigen wollten, in gleicher Weise ihre volle Befriedigung fanden und wo nicht ein Misston die Harmonie zwischen Nord und Süd trübte.

Bericht über die 66. ordentliche Sitzung des Berliner bahnärztlichen Vereins.

Freitag, den 28. August 1902, Abends 8 Uhr, im Spatenbräu, Friedrichstrasse 172.

Vorsitzender: Herr Schwechten.

Schriftführer: Herr Ramm.

Anwesend 21 Herren.

Als Gast: Herr Regierungsassessor Bötticher.

Vor Eintritt in die Tagesordnung hält Herr Schwechten folgenden Nachruf dem verstorbenen langjährigen ersten Vorsitzenden und Ehrenmitgliede des Vereins, Geh. Sanitätsrath Dr. Braehmer.

Meine Herren!

Seitens des Vereins ist Ihnen bereits die überaus traurige Mittheilung zugegangen, dass unser Verein den schwersten Verlust erlitten hat, der ihn je treffen konnte.

Am 3. August ist unser erster Vorsitzender und Ehrenmitglied Geh. Rath Dr. Braehmer sanft und ohne Kampf im 64. Lebensjahre einem Herzleiden erlegen, an dem er, wie einigen Eingeweihten bekannt war, seit ca. dreiviertel Jahren litt und das ihn, der nie eine Sitzung versäumt hat, auch zwang, unseren letzten Sitzungen fern zu bleiben. Aber Keiner ahnte wohl, dass diese knorrige Eiche so bald gefällt werden würde.

Meine Herren, es ist unnöthig, ein Wort darüber zu ver-

lieren, was wir Alles Braehmer verdanken; was er uns gewesen, das steht unauslöschlich mit eherner Schrift in unser Aller Herzen geschrieben.

Früh schon wurde Braehmers ärztliche Thätigkeit, die er 1864 in Berlin begann, durch die Feldzüge 1866 und 70—71 unterbrochen. In Letzterem erwarb er sich das eiserne Kreuz und avancirte allmählich in der Landwehr bis zum höchsten erreichbaren Range, dem eines Oberstabsarztes. Den ärztlichen Standesinteressen wandte Braehmer schon früh seine Aufmerksamkeit und Arbeit zu; er war lange Jahre Vorsitzender des Friedrich-Wilhelmstädtischen Vereins, oft Delegirter zu den Aertztagen und Mitglied der Aerztekammer. Aber, meine Herren, sein Lieblingskind war doch unser Verein, an dessen Gründung er sich am 9. Januar 1885 betheiligte, dessen Vorsitzender er von Anfang an war und bis zu seinem Tode geblieben ist, auch nachdem er 1899 zu unserem Ehrenmitgliede ernannt wurde. Aber er steckte seine Grenzen weiter. Ueber Berlin und dessen Direktion hinaus sollte sein Einfluss sich bemerkbar machen; allmählich haben sämtliche Preussischen Direktionen ihren bahnärztlichen Verein. Gerade bei seinem Tode hat sich als letzter noch Hannover konstituiert. Jedem Einzelnen hat er mit Rath und That bei seiner Gründung beigestanden. Die unter eigener Bahnverwaltung stehenden übrigen Deutschen Bundesstaaten mit ihren Bahnarztvereinen schlossen sich bald an, nur Sachsen fehlt noch; aber auch hiermit hatte Braehmer bereits Fühlung genommen und ebenso mit Oesterreich und Belgien.

Sein Werk war der Verband Deutscher Bahnärzte, der in seinem engeren und weiteren Ausschuss enge Fühlung mit einander hat auf Grundlage der Allen gemeinsamen Eisenbahnhygiene, die Braehmer geschaffen und in seinem bahnbrechenden Werk zusammengefasst hat.

Sein Idealismus und seine vornehme Denkungsweise haben ihn zwar manche Täuschung erleben lassen, ihm aber auch die Achtung Aller erworben, mit denen er dienstlich und kollegial zu arbeiten hatte. Eine grosse Freude war für ihn kurz vor seinem Tode seine Ernennung zum Vertrauensarzte der hiesigen Königlichen Eisenbahn-Direktion und des Königlichen Ministeriums der öffentlichen Arbeiten.

Er hat die Stelle nicht mehr antreten können, nach der er sich gesehnt; die zitternde Hand konnte den Kontrakt nicht mehr unterschreiben, der dem Sterbenden zuing.

Als Mensch war Braehmer zuweilen scheinbar schroff, aber nur, wenn es galt, das zu vertheidigen, was er für gut und recht erkannt hatte. Fern war ihm jede Effekthascherei. Sein hervorragender Charakterzug war die Treue; ich glaube, wir können sein Andenken nicht besser ehren, als wenn auch wir ihm Treue geloben über das Grab hinaus, Treue seinen Ideen und seinen Idealen. Und des zum Zeichen und ihm zu Ehren bitte ich Sie, sich von ihren Plätzen zu erheben. (Geschieht.)

Es wird beschlossen, eine Gedächtnissfeier für Braehmer am 30. November d. J. im Anhalter Bahnhof abzuhalten.

1. Geschäftliches:

Dr. Wagner, Berlin W., Hohenzollernstr. 36, ist als Mitglied aufgenommen.

Professor Zabudowski, Luisenstr. 3 (8—11 Vormittags), er bietet sich zu unentgeltlicher Massage etc. für das niedere Eisenbahnpersonal.

Der Vorsitzende theilt mit, dass der neue Arztwagen nach München zum Allgemeinen Deutschen Bahnarzttag geschickt wird und dass allen preussischen Bahnärzten auf ihren Antrag freie Fahrt dorthin vom Herrn Minister bewilligt worden ist. (Die Einladungskarten werden vertheilt.)

Herr Witte wird zur Charakterisirung als Geheimrath beglückwünscht.

2. Aenderung der Beiträge für den Verband Deutscher Bahnärzte.

a) Auf Herrn Schwechtens ausführlichen Bericht wird beschlossen, pro Kopf der Mitglieder der einzelnen Vereine bis 30 Pf. Beitrag zu erheben. Mitgliedfeststellung jedesmal am 2. Januar jeden Jahres.

b) Auf eine Anfrage der Königl. Eisenbahn-Direktion Berlin betr. Einführung einer Salbe von Jacobsohn und über einige Aenderungen in der Ausstattung der grossen Rettungskästen wird beschlossen, hiervon zunächst grundsätzlich abzurathen, jedoch erscheint es erwünscht, dass für den neuen Arztwagen ein Sterilisirapparat angeschafft wird.

c) Ein ferneres Anschreiben der Königl. Eisenbahn-Direktion betr. Auswahl bestimmter Kurorte zur Erholung für die niederen Eisenbahnbediensteten zwecks Vergünstigungen wird der Wichtigkeit dieser Angelegenheit wegen dem Vorstande zur Berathung und Beantwortung überwiesen. (Die Antwort ist inzwischen in einer Vorstandssitzung am 5. September 1902 festgelegt und abgesandt worden.)

3. Ergänzungswahlen.

Hierbei wird zunächst ein Beschluss gefasst, dahinlautend, dass alle Anwesenden ordentliche Mitglieder des Vereins, auch wenn sie ausserdem noch einem anderen bahnärztlichen Verein angehören, jedesmal für innere Angelegenheiten des Vereins stimmberechtigt sind.

Auf Vorschlag des Herrn Staecker wird Herr Schwechten durch Akklamation einstimmig zum ersten Vorsitzenden gewählt.

Zum zweiten Vorsitzenden wird Herr Jung, zum Beisitzer Herr Schubert gewählt.

Zum zweiten Delegirten des Ausschusses wird Herr Ramm durch Akklamation gewählt. Alle Herren nehmen dankend die Wahl an.

Schluss der Sitzung 10¹/₂. Dr. Ramm, Schriftführer.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Originalbericht der Aerztl. Sachverst.-Zeitung.

Sitzung vom 9. Juni 1902.

(Schluss aus No. 19.)

3. Herr Oppenheim stellt eine 37jährige Frau mit Tabes dorsalis vor, bei welcher die Krankheit in ungewöhnlicher Weise in früher Jugend begonnen hatte und einen stationären oder gar regressiven Verlauf genommen hatte. Schon 1884 hat O. die Patientin in der Kgl. Charité behandelt; schon damals fiel ihm und Westphal das Fehlen der Kniereflexe auf, ausser lancinirenden Schmerzen, Schwanken bei Augenschluss, Gefühlsstörungen und subjektiven Beschwerden. Die Kranke hat sich seitdem verheirathet, fünf gesunde Kinder bekommen und nur einmal abortirt. Die Schmerzen haben sich gemildert, ein neues Symptom ist nicht hinzugekommen. An dem Vorkommen der Tabes im jugendlichen Alter sei nicht mehr zu zweifeln. Heute sähe man auffallend viel Fälle von Tabes dorsalis, mit sehr langsam fortschreitender oder lange stationär bleibender Erkrankung. Die Nervenkrankheiten erfüllen eben mit den Generationen Wandlungen, wie es auch besonders bei der Dementia paralytica bemerkt wäre.

Herr Bernhardt hat gutartige Fälle von Tabes ohne progressiven Verlauf gleichfalls gesehen und führt dies auf die frühere Erkennung der Krankheit und die Verhütungsmassregeln gegen das Fortschreiten derselben zurück.

Herr Remak erkundigt sich nach längeren Beobachtungen über den Verlauf der jugendlichen Tabes und spricht über Lues und Heredität in ätiologischer Hinsicht. An der weiteren Diskussion betheiligen sich die Herren Kalischer, Rotmann,

Brasch, Bloch, Jolly und Oppenheim. Herr Jolly bemerkte, dass das Stehenbleiben der Tabes auch bei später entstandenen Fällen vorkommt und dass man früher die Anfangsstadien nicht zu erkennen vermochte, weil das Fehlen der Patellarreflexe und die Pupillenstarre noch nicht bekannt waren. Daher wäre man nicht berechtigt, schon jetzt von einer Veränderung des Krankheitstypus zu sprechen. Herr Oppenheim betont demgegenüber, dass seine Auffassung von dem Wandel des Krankheitstypus sich zwar zur Zeit nicht beweisen lasse, dass sie aber seinem Eindruck entspreche. M. E.

Tagesgeschichte.

Statistisches zur Invalidenversicherung.

Die Landes-Versicherungsanstalt Berlin veröffentlicht soeben ihren Jahresbericht für das Jahr 1901. Der stattliche Band enthält so vieles für jeden Arzt und besonders für die ärztlichen Sachverständigen Bemerkenswerthe, dass es sich wohl verlohnen würde, auf dieses umfangreiche Material öfter zurückzukommen. Für heute wollen wir ihm nur einige statistische Daten entnehmen.

Die Anstalt hatte im Jahre 1901 im Ganzen 4811 Invaliden- bzw. Krankenrenten-Ansprüche zu erledigen. Die Zahl wächst von Jahr zu Jahr und in etwa gleichem Masse die der thatsächlich zugesprochenen Renten. Dass ein Rentenbewerber abgelehnt wird, kommt verhältnissmässig selten vor, im Berichtsjahr wurde dieses Schicksal nur 275 zu theil.

Im Verhältniss zur Zahl der Renten in früheren Jahren wächst in Berlin die Rentenzahl alljährlich stärker als im übrigen Deutschland. Diesmal war eine Zunahme um 16 Prozent zu verzeichnen. Die Gründe davon sind mannigfach. Obenan steht die Einführung der Renten für vorübergehende Invalidität, der sogenannten Krankenrenten, deren im Vorjahr nicht weniger als 469 gewährt wurden. Dazu kommt, dass ein Theil dieser Krankenrentner noch im selben Jahre endgiltige Invalidenrente bekamen, also in der Statistik doppelt zählt. Voraussichtlich wird in den nächsten Jahren die Steigerung der Rentenbewilligungen fortdauern, schon weil die durch das neue Invalidengesetz von 1900 eingeführten Institutionen, die Verkürzung der Wartezeit, die Krankenrenten, die Erleichterung der Antragstellung von immer weiteren Bevölkerungskreisen benutzt werden dürften. Vorläufig hat Berlin trotz der grossen Zunahme der Rentenzahl im Vergleich zu der gesamten versicherungspflichtigen Bevölkerung noch wenig Invaliden. Im ganzen Reiche kommen auf 12 Millionen Versicherte 136 826 = 1,14 Prozent, in Berlin auf 460 000 Versicherte nur 3937 = 0,86 Rentenertheilungen.

Die Ursachen der Invalidität vertheilen sich im Berichtsjahr so, dass als Hauptursachen auf je 1000 Invalidisirungen genannt werden: Lungenschwindsucht 281 Männer, 146 Frauen, Krankheiten der Athmungsorgane im Ganzen 382 (216). Dann folgen bei den Männern Nervenkrankheiten 150, Krankheiten der Haut, der Knochen und Muskeln 140, Krankheiten der Entwicklung und Ernährung 116, des Gefässsystems 104, des Verdauungsapparats 31, Augenkrankheiten 28, Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane 21, Chronische Blei- und Alkoholvergiftung 20, Ohrenleiden 5, Syphilis 3 pro mille. Bei den Frauen verschiebt sich das Verhältniss. Hier treten nach der Tuberkulose in den Vordergrund die Entwicklungs- und Ernährungsstörungen (darunter Altersschwäche) mit 215 Fällen, auch die Haut-, Knochen- und Muskelkrankheiten sind häufiger: 172, ebenso die Augenleiden: 42, und die Gefässkrankheiten: 135 pro mille. Etwas seltener sind dagegen die Nervenkrankheiten: 134 pro mille, Blei- und Alkoholvergiftungen fehlen ganz.

Zieht man zum näheren Verständniss dieser Zahlen noch die Vertheilung auf Altersgruppen heran, so ergeben sich einige recht wichtige Thatsachen: Von 100 männlichen Invaliden sind beim Eintritt in den Rentenbezug etwa 47, von 100 weiblichen nur etwa 38 unter 50 Jahre alt. Die Männer macht noch mehr als die Frauen in jungen Jahren die Tuberkulose und wohl auch der Alkohol erwerbsunfähig, die Frauen erkranken nachher häufiger an chronischem Gelenkrheumatismus, Krampfadern und dergleichen oder sie bringen es bis zur Altersschwäche. Sehr interessant ist das Verhältniss der Nervenleiden zwischen Männern und Frauen. Die stärkere Neigung der Frauen zu Hysterie und ähnlichen Krankheiten wird offenbar überkompensirt durch den Einfluss des Alkohols und wohl auch der Syphilis beim männlichen Geschlecht.

Der Einfluss der Berufe auf die Entstehung der Invalidität ist sehr deutlich ausgeprägt. Von 100 invaliden Metall- und Holzarbeitern waren 41 tuberkulös, von 100 Kutschern und ähnlichen „Verkehrsarbeitern“ nur 26,7; dagegen überwogen bei diesen die Knochen- und Gelenkkrankheiten (Gicht, Rheumatismus). Dass die Dienstboten am ehesten vor der Invalidisirung ein hohes Alter erreichen, zeigt das Ueberwiegen von Gefässkrankheiten und Altersschwäche bei ihnen im Vergleich zu allen anderen Berufen. Von Nervenkrankheiten werden die männlichen Dienstboten relativ häufig, die weiblichen seltener befallen — deutlicher kann der Einfluss des Alkohols kaum hervortreten —, nirgends spielen aber die Nervenkrankheiten eine so hohe Rolle wie bei den Näherinnen, wo sie an Häufigkeit gleich hinter der Schwindsucht kommen.

Unterstützung der Krankenkassenmitglieder im Unfallverfahren.

Als am 12. August hier die Vorstände der Berliner Krankenkassen tagten, wurde auch über die Massnahmen verhandelt, die zu ergreifen seien, um den Krankenkassenmitgliedern die im Unfallverfahren erforderlichen Gutachten zu verschaffen. Es war hauptsächlich davon die Rede, dass es den Kassenmitgliedern erleichtert werden müsse, die als Unterlage eines Anspruchs auf Neuaufnahme des Rentenverfahrens (§ 88 G. U. V. G.) nothwendigen Atteste beizubringen. Man müsse zur Erstattung dieser Gutachten eine Aerztekommision einsetzen.

Damals fiel es auf, dass diese Anregung gerade in Berlin für nöthig erachtet wurde, wo doch durch den Verein für Unfallverletzte eine derartige Kommission jedem Verletzten zur Verfügung steht. Es ist nicht einzusehen, wozu diese Zersplitterung der Hilfsbestrebungen dienen soll.

Nunmehr hat die am 8. Oktober abgehaltene IX. Jahresversammlung des Zentralverbandes deutscher Ortskrankenkassen einen Antrag angenommen, der nach den Blättermeldungen folgenden Wortlaut hat: „Der Kongress empfiehlt, wo es angängig ist, die Bildung von Aerztekommisionen zur Unterstützung der Krankenkassenmitglieder im Unfallverfahren.“

Damit ist ein noch erheblich weiter gehendes Eingreifen der Kassen in das Unfallrentenverfahren ausgedrückt als in dem ersten Berliner Antrag. Um so unabweislicher wird eine Frage, die, soweit die kurzen Versammlungsberichte schliessen lassen, bisher gar nicht erörtert worden ist: Gehört dieses Eingreifen zur Kompetenz der Krankenkassen? Giebt das Gesetz die Befugniss dazu? Wir haben vergeblich nach einem rechtlichen Anhaltspunkt dafür gesucht!

§ 21 des Krankenversicherungsgesetzes begrenzt den Umfang, in welchem eine Erhöhung und Erweiterung der Kassenleistungen über den gesetzlichen Mindestumfang zulässig ist. Da ist von Erhöhung des Krankengeldes, Verlängerung der Unterstützungsdauer, Gewährung besonderer Heil-

mittel, Fürsorge für Rekonvaleszenten, Sterbegeld etc. die Rede — aber von keiner Unterstützung im Unfallverfahren. Ausdrücklich wird festgesetzt, dass auf weitere Unterstützungen als die genau beschriebenen die Leistungen der Kassen nicht ausgedehnt werden dürfen.

Es bleibt also recht fraglich, ob der Beschluss der Kassen einer Verwirklichung unter der Herrschaft des geltenden Rechts fähig ist. Allenfalls würde unseres Erachtens ein Eingreifen der Kassen dann stattfinden können, wenn der Kasse selbst im Unfallverfahren, z. B. durch Ablehnung von Rentenansprüchen bei wirklich vorhandener Arbeitsunfähigkeit, materielle Verluste drohen. Zur Abwendung solcher beizutragen, dürfte ihr gesetzlich wohl freistehen. Das ist freilich etwas ganz Anderes, als der Wortlaut des oben wiedergegebenen Beschlusses besagt.

Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

wird ihre konstituierende Versammlung am Sonntag, den 19. Oktober, Vormittags um 11¹/₂ Uhr präc. im Bürgersaal des Berliner Rathhauses abhalten. Es werden zunächst Dr. Blaschko über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, Prof. Lesser über die Gefahren, Geheimrath Kirchner über die soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten sprechen; Geheimrath Neisser wird darauf die Ziele und den Arbeitsplan der Gesellschaft darlegen. Nach erfolgter Konstituierung der Gesellschaft soll dann in erster Linie das Thema: „Krankenkassen und Geschlechtskrankheiten“ zur Diskussion gestellt werden. Das einleitende Referat hierüber hat Herr Dir. Uhlmann, Vorsitzender des Verbandes der deutschen Ortskrankenkassen übernommen. Die Versammlung ist öffentlich, der Zutritt Jedermann auch ohne Einladungskarte gestattet.

Zur Bekämpfung der Kurpfuscherei.

Wie die Allg. Med. Zentralzeitung mittheilt, hat der Regierungs-Präsident von Breslau unter dem 23. September eine Polizeiverordnung, betreffend die Ankündigung von Heilmethoden und Heilmitteln erlassen. Dieselbe lautet:

Auf Grund der §§ 137 und 139 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 und der §§ 6, 12 und 15 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 wird mit Zustimmung des Bezirksausschusses für den Regierungsbezirk Breslau Folgendes verordnet:

§ 3. Oeffentliche Anzeigen von nicht approbirten Personen, welche die Heilkunde gewerbmässig ausüben, sind verboten, sofern sie über Vorbildung, Befähigung oder Erfolge dieser Personen zu täuschen geeignet sind oder prahlerische Versprechungen enthalten.

§ 4. Die öffentliche Ankündigung von Gegenständen, Vorrichtungen, Methoden oder Mitteln, welche zur Verhütung, Linderung oder Heilung von Menschen- oder Thierkrankheiten bestimmt sind, ist verboten, wenn

1. den Gegenständen, Vorrichtungen, Methoden oder Mitteln besondere, über ihren wahren Werth hinausgehende Wirkungen beigelegt werden oder das Publikum durch die Art ihrer Anpreisung irreführt oder belästigt wird, oder wenn
2. die Gegenstände, Vorrichtungen, Methoden oder Mittel ihrer Beschaffenheit nach geeignet sind, Gesundheitsschädigungen hervorzurufen.

§ 5. Zuwiderhandlungen gegen die vorstehenden Vorschriften werden, soweit in den bestehenden Gesetzen nicht eine höhere Strafe vorgesehen ist, mit Geldstrafe bis zu 60 Mk. oder mit entsprechender Haft bestraft.