

# Sachverständigen-Zeitung

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

Redaktion:

Dr. L. Becker Geh. Med.-Rath Berlin.	Dr. 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.	Radtke Kaiserl. Reg.-Rath Berlin.	Dr. Roth Reg.-u. Geh. Med.-Rath Potsdam.	Dr. Schwechten Sanitätsrath Berlin.	Dr. Silex Professor Berlin.	Dr. P. Stolper Privat-Dozent 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.

№ 23.

Ausgegeben am 1. Dezember.

## Inhalt:

**Originalien:** Thiem, Ueber Kontusionen und Distorsionen der Gelenke. S. 473.  
Haug, Gutachten über Schädelverletzung, Trauma des Ohres, traumatische Neurose. S. 479.  
Mann, Tumor der linken Zentralwindungen nach Unfall. S. 480.  
**Referate:** Chirurgie. Silbermark, Fremdkörpertuberkulose der Zunge in Tumorform. S. 482.  
Schlender, Fremdkörper in den oberen Luftwegen. S. 482.  
Beckmann, Pneumotomie wegen Fremdkörper. S. 483.  
Goldstein, Ueber die in den letzten zwanzig Jahren auf der chirurgischen Abtheilung des städt. allgemeinen Krankenhauses a. Friedrichshain vorgekommenen Verletzungen d. Niere. S. 483.  
Tubenthal, Stichwunde in die Niere. S. 483.  
**Neurologie.** Lichtwitz, Diabetes insipidus kombiniert mit nach Insolation hinzugetretener Epilepsie. S. 483.  
Jendrassik, Ueber neurasthenische Neuralgien. S. 483.  
Uhlich, Isolierte Atrophie des M. supra- und infraspinatus. S. 484.  
Daus, Zur Pathologie der Peroneuslähmungen. S. 484.  
**Vergiftungen.** Majer, Kohlenoxydvergiftung in einer Schule. S. 484.  
Gerlach, Zur akuten Formalinvergiftung. S. 484.  
Cohn, Protrahirte Chloroformwirkung mit tödtl. Ausgange. S. 484.  
Kobert, Fall von Oxalsäure-Vergiftung. S. 485.  
Seiler, Fall von Antipyrin-Intoxikation. S. 485.  
Friedeberg, Zwei seltene Vergiftungen. S. 485.

Neudörffer, Fall von Vergiftung durch die Douglaslichte (Tsuga Douglasii). S. 485.  
Ohrnheilkunde. Treitel, Ohr und Sprache. S. 486.  
Voss, Encephalitis im Anschluss an Otitis media. S. 486.  
Bezold, Behandlung der akuten Mittelohreiterung. S. 486.  
**Aus Vereinen und Versammlungen.** 27. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. (Schluss.) — Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde. S. 488.  
**Gerichtliche Entscheidungen.** Aus dem Oberverwaltungsgericht: Entziehung der Approbation. S. 488.  
Aus dem Kammergericht: Ein ärztähnlicher Titel. — Unlauterer Wettbewerb. S. 488.  
**Bücherbesprechungen:** Karup, Gollmer und Florschütz, Aus der Praxis der Gothaer Lebensversicherungsbank. — Kleinwächter, Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. — Ostertag, Handbuch der Fleischbeschau für Thierärzte, Aerzte und Richter. — Zur Besprechung eingegangen. S. 489.  
**Gebührenwesen:** Wedel, Verpflichtung der Krankenkassen, für Leistungen von Nichtkassenärzten aufzukommen. S. 490.  
**Tagesgeschichte:** Sachverständige Zeugen. — Eine gefährliche Unsitte. — Der Verkauf der ärztlichen Praxis in rechtlicher Beziehung. — III. Internationaler Kongress der Versicherungsärzte. Paris. Mai 1903. — Neue Ministerialerlasse. S. 491.

## Ueber Kontusionen und Distorsionen der Gelenke.

Von

Professor Dr. Thiem-Cottbus.

(Vortrag, gehalten bei der Jahresversammlung des bahnärztlichen Vereins Halle am 5. Juli 1902.)

Meine Herren Kollegen!

Sehr oft sind wir nach Unfällen aller Art und nicht minder nach Eisenbahnunfällen genöthigt oder doch gewöhnt, Gelenkverletzungen mit dem nicht sehr glücklich gewählten Namen „Kontusionen und Distorsionen“ zu belegen, weil nicht genügend kennzeichnende Merkmale vorhanden sind, die die Einreihung dieser Beschädigungen in wohlabgegrenzte, bekannte Verletzungsbilder wie z. B. die „der Verrenkung und des Bruches“ zulassen.

Einmal sind die Diagnosen: „Kontusion und Distorsion“ deswegen als unzweckmäßige Benennungen zu bezeichnen, weil sie sich eigentlich nur auf die verletzende Gewalt beziehen und nicht, wie man das von einer richtigen Verletzungsdiagnose verlangen muss, die Wirkung der verletzenden Gewalt auf das betroffene Glied, den Verletzungseffekt darstellen.

Hautwunden, Muskelbindenrisse, Muskelzerreissungen, Sehnenabriss, Sehnenverschiebungen oder Verrenkungen, Gelenkapseleröffnungen, Bänderdurchreissungen, Blutgefäßdurchtrennungen, Nervendurchschneidungen, Zahnabbrüche, Gelenkverrenkungen, Knochenabriss, einfache und offene Knochenbrüche, Blutergüsse innerhalb von Körperhöhlen, Lungen-, Nieren-, Blasenzerreissungen u. s. w., das sind sämmtlich Diagnosen, die mehr oder minder anschaulich den durch die verletzende Gewalt herbeigeführten Zustand des geschädigten Körperteiles beschreiben und doch sind alle diese aufgeführten Verletzungen im Grunde genommen auch nur die Folgezustände von „Kontusionen und Distorsionen“.

Mit Recht bemängeln wir die Diagnose der „Wassersucht“, weil sie sich nur an eine Folgeerscheinung, nur an ein Symptom eines Krankheitsprozesses klammert und die Bezeichnung nicht erkennen lässt, welche Organerkrankung zu diesem Symptom geführt hat.

Auch eine Diagnose, wie Kontusion oder Distorsion, ist in hohem Grade mangelhaft und unwissenschaftlich, weil sie nicht zum Ausdruck bringt, was an dem kontundierten oder distorquirten Gelenk eigentlich beschädigt worden ist.

Wenn wir in ein Gutachten schreiben: Der Mann hat

eine Kontusion des Schultergelenkes erlitten, so würden wir genau dasselbe sagen, wenn wir beschrieben, der Mann ist beim Zusammenstoss zweier Eisenbahnwagen mit der Schulter auf den Erdboden gestürzt oder dem Mann ist beim Zusammenstoss und der Zertrümmerung zweier Eisenbahnwagen ein Balken auf die Schulter gefallen.

Es ist begreiflich, dass man, um eine solche Diagnose zu stellen, kein Arzt zu sein braucht und damit ist es ausgesprochen, dass diese Diagnosen keine wissenschaftlichen, überhaupt keine Diagnosen sind.

Jeder Arzt sollte dieselben daher nur dann stellen, wenn es ihm unter keinen Umständen möglich ist, den Zustand des gequetschten Theiles näher zu beschreiben und sollte dann aber auch stets zum Ausdruck bringen, dass es sich eigentlich nur um eine Verlegenheitsdiagnose mangels genauerer Kenntniss der verletzten Theile oder der Art der Verletzung handelt, und etwa folgendermassen als Erläuterung der Diagnose „Kontusion“ hinzufügen: Zur Zeit besteht eine starke Schwellung, Druckempfindlichkeit und Bewegungsbehinderung des gequetschten Gelenkes und lässt sich jetzt noch nicht mit Sicherheit sagen, welche von den das gequetschte Gelenk bedeckenden und zusammensetzenden Theilen und in welcher Weise sie verletzt sind. Ein vollständiger Durchbruch oder eine vollkommene Verrenkung der Gelenktheile liegt nicht vor. Augenscheinlich handelt es sich nur um Muskelzerquetschungen u. s. w.

Meine Herren Kollegen! Mit der Anführung dieses Beispiels wollte ich zugleich aussprechen, wie ich sehr wohl weiss, dass es manchmal beim besten Willen für den Bahnarzt nicht möglich ist, sofort nach einer Verletzung eine wirkliche, wissenschaftliche Diagnose zu stellen, dass ihm dies, wie schon erwähnt, ein starker Bluterguss, grosse Empfindlichkeit der Patienten, vielleicht schon von vornherein eine gewisse Uebertreibungssucht derselben, der Mangel geeigneter diagnostischer Hilfsmittel, wie Narkose, Röntgendurchleuchtung, geeignete Assistenz, erschweren oder unmöglich machen wird, und dass doch andererseits von ihm die Eintragung einer bestimmten Diagnose in ein Gutachtenformular verlangt wird.

Ja, ich weiss auch aus eigener Erfahrung, dass man selbst beim Nachlass des Blutergusses, trotz wochenlangender und monatelanger Beobachtung im Krankenhaus, woselbst einem jede denkbare Unterstützung zum Stellen der Diagnose zur Verfügung steht, dass man selbst dann nicht immer mit Sicherheit sagen kann, hier hat nur eine Muskelquetschung, in diesem Falle ein Anbruch des grossen Knochenhöckers am Oberarm, in jenem ein Kapselriss stattgefunden.

Diese Mangelhaftigkeit unserer Untersuchungs- und Erkennungsmethoden wird uns immer wieder hier und da zu der mangelhaften und nichtssagenden Bezeichnung Kontusion hindrängen. Da muss man sich dann eben durch Erläuterungen und Beschreibungen der gefundenen Symptome helfen und salviren. Die Beschreibung der Symptome einer Erkrankung ist immer noch werthvoller, als die blosser Beschreibung des Vorganges der Gewalteinwirkung.

Wo uns ein guter Sammelname für ein Krankheitsbild fehlt, da müssen wir die einzelnen Erscheinungen, die einzelnen Abweichungen von der regelrechten Gestalt und Verrichtung des Gliedes oder Organes aufzählen.

Es ist von viel grösserem Werthe, wenn die einzelnen Erscheinungen von Nervenstörungen nach Unfällen aufgeführt werden, wenn also von der Pulsbeschleunigung, der gesteigerten mechanischen „Erregbarkeit der Gefässe“, den Gefässstörungen, der gesteigerten Reflexerregbarkeit u. s. w. gesprochen wird, wenn alle diese Störungen einzeln aufgeführt werden,

als wenn sich der Arzt mit dem durchaus unklaren Sammelnamen der „traumatischen Neurose“ begnügt.

So sollte sich auch Niemand mit der Diagnose „Kontusion und Distorsion“ begnügen.

Haftet doch gerade diesem zweiten Namen noch ein weiterer, sehr erheblicher Fehler an, nämlich der, dass noch gar keine Einigkeit unter den Aerzten darüber herrscht, was sie eigentlich unter dem Namen „Distorsion“ verstehen wollen und sollen. Die Verdeutschung des Namens „Kontusion“ in Quetschung wird ja zu gar keinem Bedenken Veranlassung geben. Wollten wir aber Distorsion einfach mit „Auseinanderdrehung oder Verzerrung“ übersetzen, so würden wir nicht alles das ausdrücken, was wir Aerzte im Laufe der Zeit in den grossen Topf der „Distorsion“ hineingeworfen haben.

Auch das deutsche Wort „Verstauchung“ besagt nicht Alles, an was man bei dem Begriff „Distorsion“ zu denken gewöhnt ist. Das Stauchen bedeutet doch im Deutschen das gewaltsame Aufstossen oder Anstossen eines Gliedes, sei es, dass man an das Aufstauchen der Füsse beim unvermutheten Abstürzen aus einer gewissen Höhe denkt, wenn man die Geistesgegenwart nicht hatte, den Fuss in Spitzfussstellung zu bringen, um den turnerischen federnden Absprung vorzubereiten und nun mit den Fersen auf den Boden staucht, sei es auch, dass man im Dunkeln mit dem Daumen an einen festen Gegenstand anstösst und sich dabei den Daumen „verstaucht“. Dieses gewaltsame Aufstossen wäre eigentlich nur eine besondere Art der Quetschung des Gelenkes, eine solche in der Längsrichtung, ein Aneinanderpressen der Gelenkflächen.

Nun wissen wir aber, dass dieses Aneinanderpressen der Gelenkflächen noch eine zweite Wirkung nach sich zieht. Wenn ein fester Stab einen Stoss in der Längsrichtung erhält, so werden die einzelnen kleinen Theile, falls es zu keinem Bruche kommt, bis zur Elastizitätsgrenze in einander getrieben, der Stab wird in seinem senkrechten Durchmesser verkleinert, soweit dies möglich ist ohne Bruch. Der Stab als Ganzes bleibt aber unbewegt und fest. Bei einem gegliederten Stabe, wie einen solchen ein mit einem Gelenk versehenes Glied vorstellt, ist die Wirkung eine andere. Wenn es hier bei einer Gewalteinwirkung in der Längsrichtung nicht zum vollständigen Quetschungsbruch kommt, so knickt der eine Theil des gegliederten Stabes um. Zu der Stauchung des Gelenkes kommt eine Knickung nach irgend welcher Seite hin, wobei nur auf der einen Seite die Gelenkflächen in einander gepresst werden, oft unter Entstehung eines Quetschungsbruches an dieser Stelle, auf der anderen Seite aber von einander entfernt werden unter Dehnung oder Einriss der Kapsel, der Verstärkungsbänder, Abriss von Gelenkrändern und sonstigen Knochenvorsprüngen.

So kann ein Sprung auf die Fersen entweder das Fersenbein oder das Sprungbein allein zerquetschen, die Gewalt erschöpfte sich dann in senkrechter Richtung, oder es kam nicht bis zu dieser Zermalmung, weil, vielleicht in Folge nicht ganz senkrechten Auftretens der Ferse im Sprunggelenk, eine Umknickung derart erfolgte, dass die Fusssohle nach innen gedreht wurde. Dabei wurden die Innentheile noch mehr in einander gepresst. Es kam hier zu einem Quetschungsbruch der inneren Knöchelspitze, während die äusseren Gelenktheile aus einander gezerzt wurden. Hierbei reisst in dem einen Falle das äussere Verstärkungsband mitten durch, oder es reisst von dem äusseren Knöchel oder Fersenbein ab, indem es die Rindenschichten des Knochens mitnimmt. Das Alles sind wir gewohnt, unter dem Namen „Distorsion“ zu verstehen. Man müsste also mindestens im Deutschen Distorsion mit „Verstauchung und Verzerrung“ übersetzen,

würde aber in dem einen Falle zu wenig, im anderen zu viel sagen.

Denn, wenn ein Kutscher, die Zügel der durchgehenden Pferde mit der rechten Hand festhaltend, zu Fall kommt und eine Strecke auf dem Boden fortgeschleift wird, so erleidet er im wahren Sinne des Wortes eine Distorsion des Schultergelenkes und eine Auseinanderzerrung desselben, ohne dass es gleichzeitig zur Verstauchung gekommen ist. Alle Versuche der Herausgeber chirurgischer Werke, eine befriedigende Erklärung des Wortes „Distorsion“ zu geben, sind auch gescheitert, so geistreich einzelne auch gedacht sind. Sie wissen, dass Hüter unter der Distorsion eines Gelenkes eine von selbst wieder zur Einrenkung gelangte Ausrenkung verstanden wissen wollte. Unzweifelhaft leitete ihn der richtige Gedanke, von der Beschreibung der verletzenden Gewalt, dem Aufstauchen und Auseinanderzerren eines Gelenkes, die doch im Grossen und Ganzen auch bei der Distorsion, ähnlich wie bei der Kontusion, im Vordergrund des Bildes steht, übergehen zu wollen auf den Vorgang im verletzten Gelenk selbst.

Aber auch die Hütersche Erklärung besagt immer noch nicht, was bei diesem Vorgang im Gelenk nun eigentlich beschädigt oder aus der Lage gekommen ist, abgesehen davon, dass es sich nicht immer um einen solchen Verrenkungsvorgang handelt, zum Beispiel nicht bei der erwähnten Auseinanderzerrung des Schultergelenkes beim Fortschleifen an den Zügeln. Noch grösser ist das Schwanken in der Auffassung über das Wesen der Distorsion dadurch geworden, dass man den Begriff auf ein ganzes System von Gelenken, auf einen vielfach gegliederten Stab, „die Wirbelsäule“, übertragen hat.

So will Kocher unter Distorsion der Wirbelsäule eine vorwiegend bei Ueberstreckung derselben zu Stande kommende, meist in Bänderzerreissung sich erschöpfende, die Wirbelsäule treffende Gewalteinwirkung verstanden wissen.

Nun, meine Herren Kollegen, lassen Sie mich diese grösstentheils theoretischen Erörterungen schliessen mit der Mahnung, den Namen Distorsion eines Gelenkes erst recht aus unseren Diagnosen zu verbannen. Wenn es erleuchteten Geistern wie Hüter und Kocher nicht gelungen ist, eine befriedigende Erklärung zu schaffen, so können wir wohl getrost auf eine solche verzichten. Der Name Distorsion ist noch viel schlechter wie der der Kontusion. Bei letzterer wissen wir wenigstens, was wir damit sagen wollen; bei Distorsion wissen wir es nicht. Auch hier müssen wir uns mit der Beschreibung der Symptome begnügen und hier ganz besonders sorgfältig den Hergang des Verletzungsvorganges schildern, weil er uns auf die entstandene Verletzung meist sehr bestimmt hinweist. Wir wollen daher nicht von einer Distorsion, Verstauchung oder Verzerrung des Fussgelenkes, auch nicht von einer Umknickung des Fusses allein sprechen.

Das ist immer noch unklar. Ja, es genügt gar nicht einmal, wenn wir beschreiben: X ist mit dem Fuss nach innen umgeknickt, weil dabei die sonderbarsten Missverständnisse vorkommen. Häufig meint mit der Beschreibung der Patient, dass er dabei nach innen gefallen ist, dann handelte es sich aber um ein Umknicken des Fusses nach aussen.

Es muss also heissen, der Fuss ist so umgeknickt, dass die Sohle nach innen oder nach aussen sah. In anderen Fällen wird wieder eine Verzerrung dadurch zu Stande kommen, dass der Fuss dabei gewaltsam sohlen- oder fussrückwärts gebogen wurde. Die genaueste Beachtung des Vorganges wird uns stets Fingerzeige dafür geben, wo wir die gedehnten, gezerrten, zerrissenen oder abgerissenen Weichteile oder Knochenstücke zu suchen haben, und wo Quetsch-

ungsbrüche, Abstemmungen von Gelenkfortsätzen oder sonstigen Knochenvorsprüngen zu vermuthen sind, und das wird uns die wirkliche wissenschaftliche Diagnose, d. h. die Beschreibung des Zustandes des verletzten Gelenkes erleichtern.

Gestatten Sie mir nun, meine verehrten Herren Kollegen, mit Ihnen in eine Besprechung der — am häufigsten Verletzungen ausgesetzten — wichtigsten Körpergelenke einzutreten und auf die Art derjenigen Verletzungen im Einzelnen hinzuweisen, die man immer noch bedauerlicher Weise unter dem Begriffe der Kontusionen und Distorsionen zwangsweise und unzweckmässiger Weise zusammenfasst, was so häufig zum Uebersehen von Einzelverletzungen vieler wichtiger Theile und vielfach zur falschen Beurtheilung der Bedeutung von deren Verletzungsfolgen führt.

Weder wird es dabei möglich sein, alle Gelenke, noch an den besprochenen Alles in Betracht zu ziehen, denn das würde so ziemlich den Umfang eines grossen Buches über kleine Chirurgie einnehmen.

Wir wollen uns daher an besonders häufig vorkommende Fehl- und Unterlassungsdiagnosen halten, wie sie das Festhalten an den Begriffen der Kontusion und Distorsion mit sich bringt. Grosse durchgehende vollständige Brüche und vollkommene Verrenkungen wollen wir ganz von unserer Betrachtung ausschliessen.

Wenn wir bei der Wirbelsäule, jenem vielfach gegliederten Stabe, beginnen, so begegnen wir hier einem dritten, häufig gebrauchten und missbrauchten Sammelnamen, dem der traumatischen Lumbago, dem Hexenschuss, unter dem man alle möglichen Rückenschmerzen und Störungen in der Verrichtung vom unteren Theile der Wirbelsäule zusammenfasst.

Vielfach handelt es sich hierbei nicht nur um den auch recht unklaren Begriff der Muskelzerrungen, sondern um wirkliche Einrisse, meistens der Rückenstreckmuskeln. Diese liegen freilich häufig tief und versteckt, so dass sie der Abtastung und dem Auge unzugänglich sind. Sehr häufig kann man sie aber doch am Bluterguss, der nach einiger Zeit sich in der bekannten Verfärbung zeigt, an den fühlbaren Lücken, an den späteren Narbenschwielen, an dem stets an eine und dieselbe Stelle gebundenen Schmerz, an der häufig krampfartigen Spannung und dem plastischen Vorspringen des getroffenen Muskelbauches, sowie an der Störung in der Verrichtung desselben bei bestimmten Rumpfbewegungen erkennen. Häufig reisst nicht die Muskelmasse selbst, sondern nur ihre Binde, die Fascie, sehr oft anfangs nur in ganz kleinen Rissen, die erst sehr allmählich, manchmal erst nach vielen Monaten eine Vergrösserung durch weitere Dehnung, Verdünnung und Aufsaugung der Binde in der Umgebung des Risses (Usur) erfahren und dann erst die Muskelmassen in Form der sogenannten Muskelbrüche hervortreten lassen. Es kommt nicht selten vor, dass diese Verletzung und ihre Folgen dem behandelnden Arzt deswegen entgehen, weil er, im Bewusstsein, die ersten Untersuchungen gründlich vorgenommen und dabei nichts gefunden zu haben, nun es an der Genauigkeit bei Nachuntersuchungen fehlen lässt und überhaupt nicht an die Möglichkeit des späten Auftretens denkt.

Man muss auch bei dem Rücken-, Lenden- und Kreuzschmerz daran denken, dass eine ganz grosse Reihe kleiner Gelenke der Wirbelsäule verzerrt und gequetscht sein kann, dass hier kleine Knochenvorsprünge abgestemmt oder abgerissen sein können, dass es hier eine ganze Reihe von Bändern giebt, die einreissen können.

Noch vor Kurzem habe ich einen deutlichen Einriss des ligamentum interspinale zwischen den Dornfortsätzen des ersten und zweiten Lendenwirbels entdeckt, die vom Vorgutachter nicht

besonders erwähnt war. Er hatte sich wieder mit der Diagnose „Distorsion der Wirbelsäule“ begnügt. Ferner wird oft nicht daran gedacht, dass die hinteren Wurzeln der Rückenmarksnerven bei Verletzungen der Wirbelsäule Schädigungen aller Art ausgesetzt sind. Am häufigsten ist das der Fall bei den das Hüftnervengeflecht, den plexus ischiadicus, zusammensetzenden Nerven.

Bezüglich des Hüftwehs, der Ischias, ist zu denken an die so häufig hierdurch bedingten Verbiegungen der Wirbelsäule und die Kontrakturen verschiedener Muskeln des Rückens, namentlich des Wirbelstreckmuskels. Das Fehlen oder die Abschwächung des Achillessehnenreflexes auf der kranken Seite ist ein ziemlich sicheres objektives Zeichen für Ischias; besonders kennzeichnend ist das Dehnungsphänomen, der Schmerz, welcher bei der Dehnung der kranken Nerven eintritt, wenn man das in der Hüfte und dem Knie stark gebeugte Bein im Knie streckt. Die typischen Druckpunkte sind durchaus nicht immer vorhanden, und ihr Fehlen berechtigt daher noch nicht, die Diagnose Ischias auszuschliessen. Man vergesse auch nicht, daran zu denken, dass sekundäre Wirbelverbiegungen von Hüftgelenkskontrakturen, sowie von allen mit Längenveränderungen der Beine einhergehenden Verletzungen und Erkrankungen, auch von starken Plattfüssen herrühren können, die überhaupt die Ursachen mancher Rückenschmerzen sind. Ferner bedenke man, dass Wirbelverbiegungen vielfach hysterischer Natur sind. Hierbei mache ich noch besonders darauf aufmerksam, dass Rückenschmerzen Vorboten von Wirbelsäule-Tuberkulose mit Senkungsabszessen sein können, dass sie dazu mahnen, nachzufühlen, ob nicht Nierenverlagerung vorliegt, wie man auch stets bei Rückenschmerzen an dieses Organ und an die Untersuchung des Harns denken soll. Man vergesse auch bei Frauen nicht die Untersuchung der Genitalien, deren Störung ja bekanntlich häufig die Ursache für „Kreuzschmerzen“ abgibt.

Ferner möchte ich Ihre Aufmerksamkeit noch auf zwei Gelenke richten, die bei Rückenverletzungen und Rückenschmerzen häufig theilhaftig sind.

Das ist die Kreuzdarmbeinfuge, die ja der Betastung und Besichtigung leicht zugänglich ist und sodann die weniger in die Augen springende und daher auch weniger beachtete doppelseitige Gelenkverbindung zwischen Kreuzbein und letztem Lendenwirbel.

Nach Heldenbergh-Gand soll eine Verletzung dieses Gelenkes, eine Arthralgie, die wahre und alleinige Ursache des traumatischen Hexenschusses sein. — Das kommt lediglich darauf an, was man unter lumbago traumatica verstehen will. Jedenfalls findet man aber das Gelenk häufig ergriffen bei Rückenschmerzen, die auf eine Gewalteinwirkung zurückgeführt werden. Es findet sich dann stets eine schmerzhafte Druckstelle dicht unter dem Dornfortsatz des letzten Lendenwirbels.

Sodann will ich noch darauf hinweisen, wie oft es vorkommt, dass der untersuchende Arzt bei Rückenschmerzen an zwei naheliegende Verletzungen nicht denkt, nämlich erstens nicht an eine Knochenhautentzündung der hervorragenden Teile der Wirbelsäule, namentlich der Dornfortsätze bei kyphotischen Buckelbildungen, die längst vor dem Unfall als Bildungsfehler oder Arbeitbuckel vorhanden gewesen sind.

Es ist so naheliegend, dass diese am meisten hervorragenden Theile bei einem Fall auf den Rücken zuerst und am stärksten gequetscht werden. Ferner denkt man nicht an das, was Kocher im eigentlichen Sinne des Wortes als Kon-tusion der Wirbelsäule hier verstanden wissen will, nämlich an eine Quetschung der Zwischenwirbelscheiben bei senkrecht auf das Rückgrat einwirkender Gewalt.

Ehe man bei behaupteten Rückenschmerzen von einem absolut negativen Befunde spricht, versäume man nicht, Gefühlsprüfungen vorzunehmen. Eine deutliche Abstumpfung, häufiger noch eine merkliche Erhöhung des Schmerzgefühls gegen Nadelstiche, den faradischen Strom oder Wärmereize an der angeblich schmerzhaften Stelle lassen trotz Fehlens sonstiger Erscheinungen die Angaben des Patienten über Rückenschmerzen glaubhaft erscheinen und meist an eine Reizung der sensiblen Wurzel der Rückenmarksnerven denken. Ausserdem ist hierbei wegen erhöhter Reizbarkeit eines Theiles des Reflexbogens fast immer der Kniescheibenbandreflex erhöht. Werden die Rückenschmerzen nur auf eine Seite im Bereich des Brustkorbes oder dicht unterhalb desselben verlegt, so versäume man nie auf das Littensche Zwerchfellphänomen, die sichtbare Auf- und Abwärtsbewegung des Zwerchfellrandes, zu achten. Fehlt diese Erscheinung auf der als schmerzhaft bezeichneten Seite oder ist sie hier weniger deutlich als auf der anderen, so sind die Klagen des Patienten nicht unbegründet und wir müssen weiter nach den Gründen suchen. Vielfach handelt es sich hierbei nicht nur um eine Quetschung der hinteren sensiblen Wurzeln, sondern einer oder mehrerer Interkostalnerven.

Endlich trifft man noch auf dem Rücken nach Verletzungen bisweilen schwappende umschriebene Schwellungen. Es handelt sich entweder um einen Lymphaustritt unter die Haut nach traumatischer Ablösung derselben, dem „Décollement traumatique de la peau“ — Lavallée — oder um einen Austritt von Cerebrospinalflüssigkeit durch einen Riss der Rückenmarkshüllen, einen sogen. falschen Rückenmarksbruch (Meningocele spinalis traumatica spuria — Liniger).

Gehen wir nun vom Rücken über zur Schulter, so begegnen wir hier nach Verletzungen der uns beschäftigenden Art einer grossen Reihe von Muskelabmagerungen und Muskellähmungen, die theils durch unmittelbare Quetschungen der Muskeln und Bewegungsnerven, theils durch mittelbare Quetschungen und Verzerrungen dieser Theile entstehen.

Es handelt sich hier um ein so schwieriges Kapitel der Muskel- und Nervenphysiologie und Pathologie, dass wir uns nur mit Anführung von besonders bemerkenswerthen Beispielen begnügen müssen.

Es können Muskelabmagerungen eintreten durch unmittelbare Quetschung des Muskelgewebes. Dies ist entweder so zu erklären, dass ein Theil der Muskelfasern vernichtet wird und später schwierig, narbig, entartet und schrumpft, was natürlich einen Ausfall ihrer Verrichtung zur Folge hat, oder gleichzeitig mit dem Muskelgewebe wurden auch die darin verlaufenden Endausbreitungen der Bewegungs- und Ernährungsnerven beschädigt, was ebenfalls die Wirkung der Abmagerung und lähmungsartigen Schwäche der Theile zur Folge haben kann.

Endlich kann die starke Dehnung oder Zerrung eines Muskels oder Gliedabschnittes, bei der ja an den in ihnen endigenden Nervensträngen auch gezerrt wird, eine Zerrung an dem Rückenmarksabschnitt bewirken, aus welchem die betreffenden Nerven hervortreten, die, selbst ziemlich widerstandsfähig, nur als zerrende Stränge wirken. Diese traumatische Läsion des Rückenmarkes, welche auch die trophischen Ganglien in den Vorderhörnern berührt, wird einen Ausfall der Verrichtung dieser spinalen Zentren der Ernährung zur Folge haben, der sich in der Abmagerung des betroffenen Theiles der Muskeln geltend macht, und es entsteht hiernach die sogenannte reflektorische Abmagerung, welche ja bekanntlich auch bei der Abmagerung der Oberschenkelstreckmuskulatur nach Kniescheibenbrüchen zur Erklärung herangezogen wird. Hierzu tritt nun noch die Ab-

magerung der Theile bei Unthätigkeit derselben, die sogen. Inaktivitätsatrophie. Die Inaktivität führt nie allein eine bemerkenswerthe Abmagerung herbei, aber sie addirt sich zu den beschriebenen Verletzungsfolgen, wenn ein Glied zur völligen Unthätigkeit verdammt wird, sei es durch die Absicht des Verletzten, der die schmerzhaften Bewegungen vermeidet, sei es durch das Glied feststellende Verbände des Arztes. Jede auch noch so kleine Bewegung und Bewegungsmöglichkeit kann die Inaktivitätsatrophie aufhalten. Durch die eben genannten Wirkungen zusammen, die der unmittelbaren Quetschung des Muskelgewebes oder der darin enthaltenen Bewegungs- und Ernährungsnerven oder die traumatische Läsion des betreffenden Rückenmarksabschnittes, also die sogenannte reflektorische Atrophie und die Inaktivitätsatrophie sind eine Reihe von begrenzten oder weiter verbreiteten Abmagerungen und theilweisen Versteifungen am Schultergürtel zu erklären.

So erinnere ich Sie an die von Müller als *Omoplegia traumatica reflectorica* bezeichnete Abmagerung der Schultermuskeln nach Fall auf die Schulter, die so erheblich werden kann, dass der Oberarmkopf wegen Schwäche dieser aktiven Aufhänge- und Kapselverstärkungsbänder nach abwärts und vorn sinkt und in unvollkommener Weise verrenkt erscheint.

Ich verweile bei diesem Punkte deshalb etwas länger, weil er uns die Verpflichtung auferlegt, immer und immer wieder nach Quetschungen der Schulter diese und den Oberarm bei Entblössung des ganzen Oberkörpers zu besichtigen und zu messen.

Meine Herren Kollegen! Es kommt nicht selten vor, dass Eisenbahnbeamte oder Arbeiter nach Schulterverletzungen der genannten Art einer Heilanstalt zur Beobachtung überwiesen werden, weil der behandelnde Eisenbahnarzt erklärt hat, es sei absolut nichts mehr zu finden, und der Mann wolle durchaus etwas aus dem Unfall heraus schlagen, und nun ergibt eine Messung des Oberarms einen deutlichen Minderumfang oder bei Rechtshändigen den gleichen Umfang wie links. Dieser Verdacht der Simulation und Aggravation ist ja leider häufig begründet, aber es ist durchaus falsch, ihn auszusprechen, wenn man nicht alle Untersuchungsmittel erschöpft hat. Wie einfach ist doch die Umfangsmessung der an ein verletztes Gelenk anstossenden Gliedmassen, und wie oft wird sie noch versäumt! Wenn die Gliedabschnitte in der Nähe eines Gelenkes noch deutliche Minderumfänge zeigen, dann ist das Gelenk noch nicht in Ordnung. Die nachuntersuchenden Aerzte, die das Mass umlegen und den Unterschied finden, werden zwar immer selbstverständlicher Weise erklären können und müssen: die Abmagerung ist erst seit der letzten Untersuchung eingetreten, aber wenn die Zeit zwischen beiden Untersuchungen sehr kurz war, so wird doch die Verwaltung sich sagen oder denken, das Messen hätte doch unser Bahnarzt auch besorgen können. Versäumen Sie das also niemals, schreiben Sie wenigstens in das Gutachten hinein, dass Sie gemessen haben. Dass ein Anderer einen anderen Messunterschied herausbekommt, kann Niemandem zum Vorwurf gemacht werden, wohl aber, dass er überhaupt nicht gemessen hat.

Und nun, meine Herren Kollegen, erwähnen wir noch kurz, dass atrophische Muskeln sich auch verkürzen und dann einen mechanischen Widerstand gegen die in umgekehrter Richtung angestrebten Gelenkbewegungen abgeben.

Die grösseren typischen Lähmungen will ich nur streifen. Es kommen hauptsächlich Lähmungen des ganzen Armnervengeflechts, aber auch einzelner Nervengruppen und einzelner Nervenstämmen vor. Eine bekannte Nervengruppenlähmung ist

die Erbsche, bei der gewöhnlich bei steil erhobenem und gezerrtem Arm, ähnlich wie bei der Narkosenlähmung, das aufgerichtete und nach hinten übergelegte Schlüsselbein den meistens in einem gemeinsamen Stamm zwischen den Rippenhaltermuskeln, den Scalenen, hervortretenden fünften und sechsten Halsnerven gegen die Querfortsätze der untersten Halswirbel oder die erste Rippe quetscht, und danach zeigen sich Lähmungen im Gebiet des Achselnerven, Muskelhautnerven und Speichennerven, seltener auch noch gleichzeitig in dem des Oberschulterblattnerven. Der Oberschulterblattnerv und der Achselnerv können auch allein (isolirt) gequetscht und gezerrt werden. Ich mache besonders darauf aufmerksam, dass dieser Letztere, der Achselnerv, häufig bei Verrenkungen des Oberarms aus dem Schultergelenk gequetscht wird. Bevor man an die Einrenkung geht, vergewissere man sich also ja, ob der Achselnerv regelrechte Verrichtung zeigt; sonst kann es nachher heissen, die Quetschung desselben sei bei der Einrenkung bewirkt worden. Vergessen wir auch nicht, dass es bei allen Schulterverletzungen auch zu vollständigen oder theilweisen Kappenmuskellähmungen oder zu solchen des grossen Sägemuskels kommen kann, und dass sich theilweise oder unvollkommene Lähmungen recht schwer erkennen und recht leicht übersehen lassen und daher besondere Aufmerksamkeit erheischen. Auch wollen wir daran denken, dass es bei Schulterquetschungen zu rein psychischen, hysterischen Lähmungen kommt. Der Mann könnte wohl den Arm erheben, wenn er es nur wollte. Er kann es aber nicht wollen. In diesen Fällen muss man sorgfältig nach anderen hysterischen Zeichen suchen.

Nach ZerreiSSung der Nerven und Muskeln denken wir bei Schulterverletzungen auch an die Sehnen. Sehr häufig wird bei Verletzungen des Schultergelenkes nicht daran gedacht, dass eine Sehne durch dasselbe hindurchläuft, die des langen Bicepskopfes, und dass wir diese in ihrer Rinne nach innen vom grossen Oberarmhöcker doch recht weit verfolgen können.

Noch häufiger als eine Verlagerung, Verzerrung und nachträgliche Entzündung der Sehnenscheide oder ein Abriss der Sehne kommt ein Abriss oder eine Abstreifung des Muskelbauches vor, Letzteres fast immer dann, wenn auf den willkürlich zusammengezogenen Muskel eine Gewalt in der entgegengesetzten Richtung wirkt, also wenn beim drohenden Absturz sich Jemand irgendwo festhält, in den Klimmzug geht und nun der willkürlich zusammengezogene Muskel durch die eigene Körperschwere des Fallenden zerrissen wird.

Ich bemerke, dass das sehr auffallende Bild des zurückgeschnurrten Muskelbauches am Oberarm sich erst sehr spät, oft erst jahrelang nach dem Unfall deutlich entwickeln kann. Ich habe das nicht nur bei Bicepsrissen, sondern neulich erst zwei Jahre nach der Verletzung auch am Triceps gesehen.

Wenn wir nun weiter nach dem Gelenk zu in die Tiefe dringen, so stossen wir auf eine grosse Reihe, von den Muskeln und Sehnen unterpolsterten, sogenannten Schleimbeuteln, besser gesagt Synovialsäcken, die auf Quetschungen und Zerrungen der Schultergegend sehr häufig hinterher durch Entzündungen antworten, die sich genau so wie die Gelenkentzündungen durch Schmerzhaftigkeit, Funktionsbehinderung der benachbarten Muskeln und durch knarrende und reibende Geräusche kenntlich machen.

Ich will keineswegs alle diese Schleimbeutel, deren es auch subkutane giebt, aufzählen, ich habe sie in meinem Handbuch der Unfallkrankungen beschrieben und abgebildet. Die wichtigsten und am häufigsten entzündeten Schleimbeutel sind der subakromiale und subdeltoidale.

Duplay hat diese Entzündungen unter dem Gesamt-

namen Périarthrite scapulo-humérale beschrieben und Herr Geheimrath Küster, der diesen Gegenstand auf dem letzten Chirurgenkongress wieder besprochen hat, klagte mir darüber, wie es ihn schmerze, dass ehemalige Schüler von ihm, die er wiederholt auf diese Verhältnisse aufmerksam gemacht habe, im Gutachten gar nicht einmal die Vermuthung ausgesprochen hätten, es könne sich um diese Gebilde handeln. Ich kann nur bestätigen, dass ich ebenfalls wiederholt ein Uebersehen dieser Entzündungen oder eine falsche Deutung derselben seitens der Kollegen beobachtet habe, wie sich überhaupt diese Schleimbeutel über eine grosse Vernachlässigung seitens aller beschreibenden und behandelnden Aerzte zu beklagen haben. Nun will ich noch erwähnen, wie oft unter der Flagge Kontusion und Distorsion der Schultergelenke noch Abspaltung des Pfannenrandes, des Schulterdaches, der Oberarmhöcker, Verletzungen des Schulter Schlüsselbeingelenkes segeln, um wieder darauf zurückzukommen, wie misslich es ist, mit dieser unklaren, nichtssagenden Diagnose sich zu begnügen.

Beim Ellenbogengelenk bleiben unter dem Deckmantel der Kontusion unerkannt und verborgen nicht nur Abspaltung der Oberarmknorren, des Kronenfortsatzes, Zerreibungen des Seitenbandapparates mit X-Armbildung (einer Verletzungsfolge, die überhaupt trotz ihres gar nicht übermässig seltenen Vorkommens so gut wie nie beschrieben wird), Zerreibungen des breiten Sehnenbandes vom zweiköpfigen Armmuskel (Lacertus fibrosus), Entzündungen der Schleimbeutel (subkutaner und subtendinöser am Ellenbogenfortsatz), sondern sogar Verrenkungen beider Vorderarmknochen oder des Speichenköpfchens allein mit Bruch der Elle.

So grob diese Versehen klingen, so sind sie doch entschuldbar bei anfänglich starken Blutergüssen; aber unbegreiflich bleibt es mir nur, dass Kollegen in unserer Zeit der Röntgenaufnahmen einerseits und der Haftpflichtgesetzgebung andererseits, diese ihnen unklar gebliebenen Fälle nicht einer Heilanstalt zuweisen, die genügende Untersuchungsmittel hat. Dann sind sie doch aller Verantwortung überhoben.

Dasselbe gilt, wenn sich die Kollegen immer noch vielfach mit der Diagnose Verstauchung des Handgelenkes begnügen und hierbei nicht auf Röntgendurchleuchtungen dringen, die häufig, statt der vermeintlichen Verstauchungen, typische Speichenbrüche oder Handwurzelbrüche oder Verrenkungen erkennen lassen. Bei Hand- und Armverletzungen aller Art wird bei der Beschreibung der Verrichtung häufig nicht bemerkt, wie es mit der Drehungsmöglichkeit des Armes um die Längsachse, der Pronation und Supination steht, trotzdem doch diese Verrichtungen bei allen schraubenartigen und drehenden Bewegungen für den Arbeiter von grosser Wichtigkeit sind und der Gedanke an diese Störung bei der Diagnose „Distorsion“ recht nahe liegt.

Am Hüftgelenk werden mit der Diagnose „Kontusion und Distorsion“ abgefertigt Verletzungen und nachträgliche Entzündungen des Trochanterenschleimbeutels und des dem Lendenhöftmuskel unterpolsterten Schleimbeutels, der Bursa subiliaca, Pfannenbrüche, weitergehende Beckenbrüche, Rissbrüche am Sitzknorren, am Schambein und Schenkelhalsbrüche, namentlich wenn sie eingekeilt sind und anfänglich keine Erscheinungen machen.

Wenn man auf die Diagnose Hüftgelenkkontusion oder Hüftkontusion verzichtete und lieber nach allen diesen Einzelheiten fahnden wollte, würde man häufiger auf die richtige Fährte kommen. Auch hier versäume man nicht, Röntgenuntersuchungen, obwohl deren Bedeutung hier überschätzt wird, und klinische Beobachtung zu empfehlen, wenn man seiner Sache nicht ganz sicher ist.

Vor Allem mache man sich klar, dass das Hüftgelenk auf jede schwere Quetschung fast mit mathematischer Sicherheit mit einer nachträglichen, oft sehr spät erst bemerkbaren Gelenkentzündung antwortet und dass daher bei jeder solchen schweren Quetschung sofort Krankenhausbehandlung und Anlegen des Volkmannschen Streckverbandes geboten ist, und um so mehr geboten ist, je unsicherer man in der Diagnose ist.

Am Kniegelenk will ich einmal wieder auf die Schleimbeutel aufmerksam machen, von denen die Bursa subpatellaris infragenualis, der dem lig. patellae untergepolsterte, also zwischen ihm und dem Schienbein belegene Synovialsack oft nicht Beachtung findet, obwohl seine Entzündung ziemlich schwere Störungen macht.

Sodann ist es mir auffallend gewesen, dass ich viele dutzende seitliche Wackelbewegung im Kniegelenk gefunden habe, ohne dass die Vorgutachter daran gedacht hatten, daraufhin zu untersuchen, und doch stellt das Wackelgelenk am Knie eine schwere Störung des Gelenkes dar. Noch seltener werden die so häufig zu beiden Seiten des Kniescheibenbandes nach Verletzungen vorquellenden, verdickten Kapselabschnitte beachtet und beschrieben, die meist den flügel förmigen Bändern angehören; auch hintere Bänderrisse, die zum durchgebogenen Knie führen, werden oft übersehen bezw. werden alle diese Verletzungen unter der Diagnose Kontusion und Distorsion zusammengefasst.

Meine Herren Kollegen! Mit dem Fussgelenk haben wir uns ja schon beschäftigt, ich will nur kurz daran erinnern, wie wir auch hier eine ganze Reihe von Schleimbeuteln und Sehnencheiden zu berücksichtigen haben, bei sogenannten Distorsionen des Fussgelenkes auch gelegentlich Sehnenverrenkungen, namentlich der Wadenbeinsehnen zu sehen bekommen, und nun noch darauf hinweisen, dass viele Aerzte immer nur bei den Gelenkbewegungen von denen im eigentlichen Sprunggelenk sprechen und auf die Hebung der Fussränder, die Pronation und Supination, die bekanntlich fast ausschliesslich in den beiden als Chopartsches Gelenk bezeichneten Gelenkverbindungen und nicht im eigentlichen Sprunggelenk erfolgen, so wenig achten, obwohl diese Bewegungen keineswegs zu den Luxusbewegungen gehören, wie einmal ein bekannter Unfallsarzt ausgeführt hat. Besonders möchte ich aber noch einmal darauf hinweisen, dass bedauerlicher Weise noch immer eine ganze Reihe von Fersenbeinbrüchen, ja sogar von Sprungbeinbrüchen, unter der falschen Firma „Fussverstauchung“ in der Aertewelt angetroffen wird.

Meine Herren Kollegen! Wenn ein Mensch unvorhergesehener Weise mit den Füßen voran von einer Höhe von über einen Meter herabfällt oder ungeschickt mit den Hacken aufspringt, so erleidet er fast immer einen mehr oder minder ausgedehnten Quetschungsbruch des Fersenbeins, vorausgesetzt, dass er auf festen Boden auftritt. Das Fersenbein ist nämlich ein weicherer, mürberer Knochen als das Sprungbein und wird von letzterem, als nachdringendem Keil wirkenden, Knochen auf einen festen Unterlage zermalmt. Trifft der Fallende oder Springende aber mit den Fersen auf weichen Boden, so gräbt sich das Fersenbein ein und wird zum festen Widerlager, zum Amboss, auf welchem sich das nachdrängende Sprungbein zerschellt.

Endlich möchte ich dringend rathen, bei allen Gelenkverletzungen auf Rückenmarksdarre zu untersuchen, da Tabische meist nach solchen Verletzungen schwere Gelenkstörungen, die sogenannten Arthropathien, erleiden.

Es gilt also, alle diese sogenannten Kontusionen und Distorsionen nicht zu unterschätzen und sie baldigst klinischer

Behandlung und Beobachtung und der Röntgenuntersuchung zuzuführen, welche letztere ja bei den Verletzungen der meisten kleinen Fussknochen das einzige sichere Erkennungsmittel bildet.

Meine verehrten Herren Kollegen!

Ich bin am Schluss meiner Betrachtungen. Wenn ich Ihnen gelegentlich derselben vielfach einen Spiegel vorgehalten habe, so glauben Sie ja nicht, dass dies Ueberhebung von mir ist, und dass ich mich für klüger und weiser halte als praktische Aerzte, und dass ich etwa nur mit pharisäischem Hochmuth die Splitter im Auge des Nächsten gewahr werde. Fehldiagnosen und Täuschungen sind Niemandem erspart, und wenn das Wort nicht zu vermessen klänge, so möchte ich sagen, da, wo ich klug geworden bin, bin ich es auch vielfach erst durch Schaden geworden.

Es ist auch klug reden, wenn man, wie ich, als Besitzer einer Heilanstalt in der Lage ist, Fälle zu Dutzenden und Hunderten zu sehen, die praktischen Aerzten nur vereinzelt vorkommen, wenn man in der Lage ist, diese Fälle dauernd beobachten zu können, während sie der praktische Arzt nur gelegentlich sieht und dabei weder die Zeit noch die Untersuchungsmittel zur Verfügung hat, die einem im Krankenhaus die Untersuchung erleichtern, wenn man auch, wie ich, in dem Vortheil ist, die Fälle meist bei der Nachbehandlung, also zu einer Zeit zu sehen, in der sich die Verletzungsfolgen schon deutlich ausgebildet haben und viel leichter zu erkennen sind, als kurz nach der Verletzung. Und nochmals! Wenn ich bei einzelnen Fällen behaupten darf, klug geworden zu sein, so bin ich durch Schaden klug geworden, und der Zweck des heutigen Vortrages ist im Wesentlichen, Sie und Ihre Patienten, meine verehrten Herren Kollegen, durch Mittheilung meiner Erfahrungen vor Schaden zu bewahren.

Der beste Weg, das Ziel zu erreichen, ist kein anderer als der der unermüdlichen, treuen, gewissenhaften Berufsarbeit. Wir müssen uns in jedem, auch scheinbar noch so geringfügigen Fall, auch nach den scheinbar unbedeutendsten Verletzungen selber dazu zwingen, zu einer ganz bestimmten, bis ins einzelne gehenden Diagnose zu gelangen, uns in die Diagnostik zu vertiefen und so unbestimmte, oberflächliche, nichtssagende Diagnosen, wie die der Kontusion und Distorsion, womöglich gänzlich vermeiden.

Diese Diagnosen sind überhaupt keine Diagnosen.

Wenn wir uns in dieser Beziehung keiner Selbsttäuschung hingeben, von uns selbst Wahrheit verlangen, die Treue gegen uns selbst wahren, so werden wir sie auch zum Wohl unserer Patienten üben.

Aus der Kgl. Universitäts-Ohrenpoliklinik  
zu München.

## Ober-Gutachten über Schädelverletzung, Trauma des Ohres, traumatische Neurose

erstattet für das Reichsversicherungsamt.

Von

Prof. Dr. Haug.

Zur Vorgeschichte des Falles sei bemerkt: Der vormalig völlig gesunde Arbeiter H. J. war im April 1901 gelegentlich einer Arbeit von einer freistehenden, aber schwingenden Wagen-deichsel an den Kopf getroffen worden. In Folge der Erschütterung war er kurze Zeit ohnmächtig geworden und sei ihm glaublich Blut aus Nase und dem linken Ohre geflossen. Hierauf wurde er in ein Krankenhaus verbracht, in dem eine Wunde der linken Schädelseite, eine Durchlöcherung des linken

Trommelfells nebst leichter allgemeiner Erschütterung konstatiert wurde. Das Heilverfahren fand in diesem Krankenhaus den Abschluss nicht. Patient wurde temporär mit 30 Prozent begutachtet und Wiederherstellung in Aussicht gestellt. Einige Zeit darauf erfolgte seine Transferirung in ein anderes städtisches Krankenhaus, woselbst nach längerer Beobachtungsdauer eine traumatische Affektion des Allgemeinnervensystems, eine im Zusammenhange mit der Verletzung stehende linksseitige Mittelohreiterung mit Gehörverminderung links auf 90 cm für Flüstersprache konstatiert, eine Erwerbsbeschränkung zu 50 Prozent angenommen, dabei aber zugleich bemerkt wurde, dass, wie im ersten Krankenhause auch, die Tendenz einer Ueber-treibung vorliege; eine weitere Besserung, resp. Heilung sei zweifelhaft.

Ausser in diesen zwei Krankenhäusern war Patient noch bei einem Kassenarzt in Behandlung, der auf totale oder nahezu totale Erwerbsunfähigkeit in Folge des Betriebsunfalles erkannt hatte und eine Besserung resp. Heilung so ziemlich ausschloss.

In Folge dieser letzten zwei Begutachtungen wurde von der Berufsgenossenschaft, der der Verletzte angehörte, freiwillig der Prozentsatz von 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht.

Seit 14. März 1902 steht Patient in Behandlung der Kgl. Universitäts-Ohrenpoliklinik und kam und kommt theils wöchentlich ca. 2—3 mal, theils in längeren Zwischenräumen hauptsächlich zur Nachbehandlung und Nachbeobachtung.

Am 15. Juni 1902 wurde er auf Veranlassung des Reichs-Versicherungsamtes einer neuerlichen genauen Kontrolprüfung unterzogen behufs Abgabe eines neuen Gutachtens, nachdem er abermals hatte Rekurs einlegen lassen wegen Erhöhung der 60 Prozent Rente auf Vollrente.

Auf diese Kontrolprüfung in Verbindung mit der langen Beobachtung stützt sich das folgende Gutachten.

Die subjektiven Klagen und Angaben des Verletzten sind nach wie vor seit dem Unfall die gleichen: Kopfschmerzen, Schwindel, insbesondere beim Bücken, leichte Ermüdbarkeit, besonders der Augen, Unfähigkeit zu irgend welcher Arbeit, Empfindlichkeit der linken Kopfseite, Schwerhörigkeit beiderseits, besonders links.

### Allgemeiner Befund.

Objektiv: Mittलगrosser, ziemlich kräftig gebauter Mann von mittlerem bis gutem Ernährungszustande. An der linken Kopfseite leichte Ueberempfindlichkeit. (Narbe am linken Scheitelbein nicht adhärent). Die Kniesehenreflexe sind gesteigert; die Pupillen sind gleichweit und reagiren prompt auf Lichteinfall und Konvergenz.

Beim Stehen mit an einander gerade angeschlossenen Beinen tritt leichtes Schwanken ein, ebenso leichtes Schwanken beim Gehen, das verstärkt wird, wenn die Versuche mit geschlossenen Augen vorgenommen werden. (Rombergs Versuch u. s. w.).

Das Gesichtsfeld ist erheblich eingeengt, besonders für Weiss und Roth. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Im Nasenrachenraume nichts Besonderes. Sonst nichts Abnormes.

### Spezieller Befund.

Gehörorgane. Rechts: Trommelfell ausser minimaler Einziehung und Trübung gut. Hörweite für Flüstersprache kaum 1 Meter angeblich. (Im September 1901 noch normal).

Links: Das linke Trommelfell weist einen über linsengrossen Substanzverlust der unteren Hälfte auf; die Ränder des Loches sind gewulstet, der Rest des Trommelfells ziemlich verdickt und geschwellt. Paukenhöhlengrund sieht gelbroth durch. Eiter und Sekret ist zur Zeit nicht vorhanden und

fehlt auch schon seit vielen Wochen. Perforationsgeräusch sehr deutlich. Hörweite für Flüstersprache = 0 (höchstens direkt ins Ohr geflüstert und auch da zumeist negiert).

Die Prüfung mit Stimmgabeln (hoch, mittel, tief) ergibt für alle Töne ein Verlegen des Tones auf die bessere rechte Seite bei verkürzter Knochenleitung. (Weber-Schwabacher Versuch). Beim Aufsetzen der Stimmgabel auf den Warzenfortsatz (Rinnes Versuch) fällt auf der linken Seite die Knochenleitung für alle Töne ganz aus, für Luftleitung ist sie verkürzt. Rechts ist Knochen- und Luftleitung verkürzt.

Es ist auffällig, dass die Hörweite beiderseits gegen früher (September 1901) sich angeblich erheblich verschlechtert hat.

Soweit wäre Alles in Ordnung, nun macht aber Patient bei der weiteren Prüfung Angaben, die grösste Unwahrscheinlichkeit in sich schliessen, bezw. auf simulatorische Uebertreibung schliessen lassen müssen:

I. Patient versteht ganz leicht und allmählich sehr leise Gesprochenes bei geschlossenem rechten Ohre ganz gut, während er vorher bei offenem Ohre 50 cm bis 1 m hörte. (Anlässlich eines absichtlich zu dieser Prüfung herbeigeführten Gespräches).

II. Erst hört Patient die Stimmgabel vom Scheitel aus bei offenem rechten Ohre im rechten Ohre, nun aber bei geschlossenem rechten Ohre will er gar nichts mehr hören. Und das ist absolut falsch, denn hatte er die Gabel erst schon, wie es bei den wiederholten Versuchen immer wieder war, rechts gehört bei offenem Ohre, so musste er sie jetzt bei geschlossenem Ohre ganz unbedingt nicht nur überhaupt hören, sondern sogar viel intensiver auf eben dieser Seite.

Er hat eben, wie das regelmässig bei Simulanten oder Uebertreibern zu geschehen pflegt, folgendermassen für sich kalkuliert: „auf dem schlechten linken Ohre bin ich an und für sich taub und kann also da nichts hören; nun ist auch das bessere oder gute rechte Ohr verstopft, also darf ich jetzt da auch nichts mehr hören.“ Und dass eben diese Schlussfolgerung ganz verfehlt ist, wissen wir zur Genüge. Lässt man dann merken, dass man der Geschichte doch nicht so ganz traue, so geben die Leute zumeist jetzt eine geringe Perception zu und verrathen sich damit nur noch weiter.

#### Gutachten:

Auf Grund der langen Beobachtung (drei Monate), der verschiedenen vorausgegangenen Untersuchungen und auf Grund dieser letzten Untersuchung kann es zunächst keinem Zweifel unterliegen, dass eine Erkrankung des Allgemeinnervensystems, ausgesprochen in reizbarer Schwäche, Beweglichkeitsstörungen, Gesichtsfeldeinengung besteht; dass ferner die Zeichen einer eiterigen Mittelohrentzündung, die zu einer ziemlich umfänglichen Zerstörung des linken Trommelfells mit hochgradiger Herabsetzung der Gehörfähigkeit geführt hat, vorhanden sind.

Dass diese beiden Erkrankungen nach den Angaben des Patienten sowohl als insbesondere nach den vorausgegangenen Untersuchungen und Beobachtungen ihre Ursache in dem Betriebsunfall haben, ist als erwiesen anzunehmen, nachdem von einer früheren einschlägigen Erkrankung nichts bekannt ist. Die Klagen über beständigen Kopfschmerz und Schwindelgefühl lassen sich aus der Ohrerkrankung und der bestehenden allgemeinen nervösen Schwäche erklären.

Es bleibt das noch zu Recht bestehen, obschon Patient, besonders in Bezug auf das Hören, Angaben gemacht hat, die

nicht im Einklange mit den objektiven Thatsachen stehen. Selbst wenn wir die ja hier und da vorkommende, erst später sich einstellende sympathische Miterkrankung des anderen, bei der Verletzung selbst nicht getroffenen Ohres annehmen wollten, bliebe trotzdem, gemäss der objektiven Befunde, eine wesentliche Uebertreibung bestehen. Gleichwohl bleibt nach Ausschluss all dieser Momente immer noch so viel Thatsächliches, dass auf eine Erwerbsbeschränkung von 60 Prozent (höchstens 70 Prozent) zu erkennen sein dürfte, die ja Patient z. Z. an und für sich schon erhält. Eine weitere Erhöhung der Rente dürfte vorläufig nicht angezeigt sein.

Leichtere Arbeiten (Botengänge u. s. w.) sowie solche, bei welchen ein stärkeres oder häufiges Bücken ausgeschlossen ist, können jedenfalls ausgeführt werden. Ob noch weiterhin eine Besserung sich einstellen werde, dürfte zweifelhaft sein; bezüglich des Ohres ist sie wohl als ausgeschlossen zu betrachten.

## Tumor der linken Zentralwindungen nach Unfall.

Von  
Dr. Mann-Ulm,  
Nervenarzt.

Als Beitrag zur Kasuistik der Hirntumoren nach Unfall und wegen des gleichzeitigen Auftretens hysterischer Symptome neben der organischen Erkrankung möchte ich den folgenden Fall bekannt geben. Er wurde von mir in dem Sinne begutachtet, dass die Ursache für den Tumor (Gliom) in dem Unfall zu suchen sei. Demselben wurde insofern stattgegeben, als die ursächliche Wirkung des Unfalls anerkannt, die Bezahlung von Rente aber verweigert wurde, weil Verjährung vorliege. Die Krankengeschichte ist folgende:

Am 18. November 1901 stellte sich mir in meiner Sprechstunde der 45 Jahre alte Arbeiter S. vor. Er gab an, er sei wegen eines Nervenleidens im städtischen Krankenhaus gewesen, wolle sich aber spezialistisch behandeln lassen. Dabei klagte er, man glaube ihm bei der Kasse nicht, dass er krank sei. Anamnestisch gab er an, dass seine Frau zweimal zu früh geboren habe. Lues, Gonorrhoe, Alkohol und Nikotinmissbrauch stellte er in Abrede, die Untersuchung ergab auch keine Anhaltspunkte für solche. Früher habe er ausser einigen Influenzaattacken und Erkältungen keine Erkrankungen durchgemacht. Sein jetziges Leiden habe er seit Anfang August 1901. Er habe damals einen „Brustkatarrh“ gehabt. Am 6. August habe im Anschluss an einen heftigen Hustenstoss plötzlich die Sprache ausgesetzt, es seien Zuckungen in der rechten Körperhälfte, besonders im Gesicht aufgetreten, ferner Schwäche, Taubheitsgefühl in der rechten Hand und zeitweise Bewusstseinstörungen; er habe oft das Gefühl, als ob es ihm den Hals zuschnüre, Schwindelgefühl, Schluckbeschwerden, kein Verschlucken. Solche Anfälle bekomme er seither fast täglich, in der letzten Zeit ein- bis viermal, auch Nachts. Bei Gemüthsbewegungen treten die Anfälle häufiger auf; wenn er mit fremden Menschen, oder mit Vorgesetzten reden solle, werde die Sprachstörung schlimmer. In die Zunge habe er sich nie gebissen, manchmal dagegen in die Lippen. Lesen könne er nicht mehr recht, weil er gleich ein „durmeliges“ Gefühl in den Kopf bekomme. Das Gedächtniss sei schlechter geworden, ebenso der Schlaf. Viel Gähnen und häufig Aufstossen. Kein Stuhl- und Urinabgang während der Anfälle.

Auf weiteres Befragen gab er an, dass er vor etwa zwei Jahren einen Unfall erlitten habe: es sei aus einer Höhe von etwa 1½ Meter ein gusseiserner Deckel auf seinen Kopf gefallen. Danach sei es ihm schwarz vor den Augen geworden, es sei ihm „durmelig“ gewesen, er habe Schwindel bekommen

und sich eine Zeit lang setzen müssen. Umgefallen sei er nicht, er habe weder erbrochen noch geblutet, sondern nur auf der linken Kopfseite eine Beule gehabt. Etwa ein halbes Jahr lang habe er dann stechende Kopfschmerzen gehabt, von da an immer dumpfe Kopfschmerzen, auch habe er seither nicht mehr gut schlafen können. Die Arbeit habe er deshalb aber nie unterbrochen. Er legte auch dem Unfall weiter keinen Werth bei, insbesondere dachte er nie an den Zusammenhang des Unfalls mit dem „Nervenleiden“, das er vielmehr auf den Brustkatarrh schob.

Das Symptomenbild war folgendes:

#### 1. Herdsymptome.

**Jacksonsche Anfälle.** Klonische Krämpfe, gewöhnlich in der rechten Lippenmuskulatur beginnend, dann auf die rechte Gesichtsseite, einschliesslich Stirnmuskulatur übergreifend unter Beteiligung der Zungenmuskulatur, später auch manchmal unter Beteiligung der rechten oberen Gliedmasse. Wiederholt sah ich, dass der Kopf während der Anfälle nach der Seite und nach hinten gezogen wurde. Einmal war die rechte grosse Zehe beteiligt. Häufig anfallweise Ziehen, Kältegefühl, Rieseln, Prickeln in der rechten oberen, einige Male in der rechten unteren Gliedmasse aufsteigend bis zum Rippenbogen. Patient nannte dies „es spukt wieder in mir“. Andere ähnliche Äquivalente in Form von Parästhesien. Die Anfälle dauerten eine halbe bis mehrere Minuten. Pupillenreaktion, Bewusstsein und Auffassung während des Anfalls erhalten.

Parese des Stirn- und Gesichtsfacialis rechts, des Hypoglossus, Parese des rechten Arms und später Beins ohne elektrische Veränderungen und Atrophie. Die befallene Seite deutlich kühler als die andere.

Allgemeine Reflexsteigerung, rechts mehr als links. Zittern der gespreizten Finger, besonders rechts.

Allgemeine Sensibilitäts herabsetzung auf der rechten Gesichtsseite, der rechten oberen und später der unteren Gliedmasse. Schliesslich Hyperästhesie der linken Körperhälfte. Allmählich fortschreitende Störung des Stereognostischen Sinns an der rechten Oberextremität.

Sprachstörung: schwerfälliges, lallendes Sprechen ohne Silbenstolpern, der bulbären Sprache ähnlich.

#### 2. Tumorsymptome:

Pulsverlangsamung, Erbrechen, Schlafsucht, Gähnen, Kopfschmerz. Dagegen keine Stauungspapille.

Im Verlauf der ersten Wochen hatte er täglich solche Anfälle. Während meiner Weihnachtsreise soll er einen „Schlaganfall“ ohne Bewusstlosigkeit bekommen haben, die rechte Seite sei gelähmt gewesen, einmal habe er alles doppelt gesehen. Von nun war sein Sensorium häufig getrübt. Es traten folgende Symptome hinzu: Beschränkung der Augenbewegung nach allen Seiten (rechts), Rombergsches Phänomen, schwankender Gang, manchmal Fallen. Viel Schwindel. Motorische Aphasie, zeitweise Paraphasie. Völlige Facialislähmung rechts, völlige Lähmung des rechten Arms, später völlige schlaffe Lähmung der rechten Körperhälfte bei linksseitigen motorischen und sensiblen Reizerscheinungen. Speichelfluss rechts. Vorübergehend Halluzinationen des Gesichts und Gehörs. Erloschensein der Pupillenreaktionen. Rechte Pupille weiter als linke. Viel Erbrechen. Unwillkürlicher Stuhl- und Urinabgang. Schlafsucht. Puls 50 bis 60. Die letzten 5 Tage völliges Koma. Exitus unter den Erscheinungen einer hypostatischen Pneumonie.

Bei den Anfällen von kortikaler Epilepsie war auffallend, dass sie im städtischen Krankenhaus bei Beobachtung häufiger und intensiver aufgetreten sein sollen; ich selbst habe gesehen, dass sie durch Faradisation der vorderen Halsgegend und die dem Kranken sehr imponierende Vibrationsmassage theils zu

koupiren, theils zu kürzen waren, während andererseits eine Reihe von Anfällen natürlich unbeeinflussbar war. Immerhin war es mir so oft möglich, einen psychischen Einfluss zu konstatieren, dass ein zufälliges Zusammentreffen nicht anzunehmen ist. Ebenso war die Sprache zu beeinflussen. Diese wurde ausserdem durch psychische Erregungen entschieden schwerer. Ferner bekam Patient lokale Klopfempfindlichkeit des Schädels an dem angenommenen Sitz des Tumors erst, als er danach gefragt wurde; ferner reagierte er auf Beklopfen der betreffenden Stelle bei Ablenkung nicht, das Gleiche gilt von einem diffusen Kopfschmerz über der l. Schädelhälfte, den er s. Z. mit den Worten meldete „Jetzt thut es da weh, wo Sie gestern gefragt haben.“ Sicher ist dies, zum Theil wenigstens, der durch die wiederholten Untersuchungen gesteigerten Selbstbeobachtung zuzuschreiben, er achtete eben mehr auf Einzelheiten. Schliesslich will Patient bemerkt haben, dass bei ungünstiger Witterung sein ganzer Zustand schlechter sei. Zur Vervollständigung dieser Symptomenreihe will ich noch anführen, dass in der ersten Zeit der dem Kranken sehr imponirenden Behandlung subjektiv Besserungsgefühl, objektiv eine Abnahme der Zahl der Anfälle zu konstatieren war.

Trotz des Fehlens von Stauungspapille wurde die Diagnose auf einen Tumor der linken Zentralwindungen gestellt und zwar der unteren Partien mit Uebergreifen auf die Sprachregion. Ich nahm an, dass die selten auftretenden Erscheinungen am rechten Bein auf Fernwirkung oder auf den durch die stärkere oder schwächere Blutfüllung des Tumors auf die Nachbargegend ausgeübten Reiz zurückzuführen seien. Es fand sich denn auch an der angenommenen Stelle ein Gliom, etwa kleinhühnereigross mit einer etwa bohnergrossen Erweichung im oberen Drittel derselben, etwa 1½ cm von der Peripherie der Geschwulst entfernt. Die Erweichung rührte, wie ich annehme, von der Blutung her, die im Anschluss an den Hustenstoss in dem gefässreichen Tumor entstand und in Form eines apoplektischen Insults die letzte und manifeste Phase des Leidens einleitete, das der Kranke auf die Apoplexie, resp. den Hustenstoss zurückführte. Wir sehen also bei einem vorher gesunden Menschen nach einem Unfall einen Hirntumor sich entwickeln, der Anfangs nur wenig Symptome macht. Später werden die durch die organische Erkrankung bedingten Symptome so deutlich, dass die Diagnose derselben an sich leicht zu stellen gewesen wäre. Kurz vorher traten andererseits Symptome ein, die den Eindruck von hysterischen machen, so dass in Folge dessen eine Zeit lang auch die Anfälle von Jacksonscher Epilepsie für hysterisch gehalten werden. Zweifellos bestanden denn auch neben dem organischen Grundleiden Symptome, die rein funktioneller Natur sind. Selbst, wenn wir eine Beeinflussung des Leidens durch meteorologische Verhältnisse als möglich in Betracht ziehen, auch ohne dass wir eine rechte Vorstellung von der Art der Beeinflussung haben, so lässt sich das gelegentliche Koupiren, Mildern und Kürzen der Anfälle durch Faradisation oder Vibrationsmassage ebenso wenig erklären wie die Besserung der Sprache. Darauf, dass der Kranke auf einem bestimmten Spazierweg besser zu sprechen glaubte, will ich nicht eingehen, ich selbst habe es nie beobachten können und es mag damit zusammenhängen, dass er sich subjektiv wohler fühlte, weil er ungenirt war.

Näher kann ich hier auf diese Dinge nicht eingehen, es genügt mir, auf das Nebeneinanderbestehen der organischen und funktionellen Erkrankung hingewiesen zu haben. Im vorliegenden Fall nehme ich zwei Möglichkeiten an: Entweder ist die psychogene Erkrankung als direkte Folge der durch den Unfall gesetzten, zunächst feinen anatomischen Veränderungen aufzufassen, wobei ich anfügen will, dass ausser einer deutlichen Dermographie kein objektives Zeichen von Unfalls-Hysterie

vorhanden war. Oder sie ist auf die durch den Tumor im Schädelinnern allgemein veränderten Verhältnisse (Druck, Zirkulationsstörungen) zurückzuführen.

Im Gutachten führte ich als Ergebniss der Vorgeschichte und Beobachtung an, dass

1. Patient bis zum Unfall völlig gesund gewesen sei, dass er den Unfall nicht durch Schwindel oder andere auf einen schon bestehenden Tumor hinweisende Symptome erlitten hat und dass er seither an Kopfschmerzen litt.

2. dass er Anfangs August 1901 in Folge eines Hustenstosses eine Blutung in der linken Grosshirnhälfte erlitt, die, wie durch das Sektionsresultat (Erweichung innerhalb der Geschwulst) sich ergab, in die schon vorher bestehende gefässreiche Geschwulst erfolgte, somit nicht als selbständige Erkrankung aufzufassen ist.

3. dass der Patient an der Geschwulst gestorben ist.

4. dass aus Beginn, Verlauf und dauernder Erkrankung und der Art der Geschwulst ein Zusammenhang zwischen dieser und dem Unfall anzunehmen sei.

Selbstredend wurden diese Schlussätze in dem Gutachten eingehend begründet. Dass die Berufsgenossenschaft trotz der von ihr anerkannten Folgen des Unfalls die Rentenzahlung an die Hinterbliebenen mit Hinweis auf Verjährung verweigerte und gegen das für sie ungünstige Urtheil des Schiedsgerichts Berufung einlegte, rührt wohl daher, dass der Unfall erst nach dem Tod angemeldet wurde. Eine frühere Anmeldung war aber deswegen unzulässig gewesen, weil eine einen Entschädigungsanspruch begründende Folge des Unfalls vor Anfang Dezember überhaupt nicht festgestellt werden konnte. Denn die ersten Erscheinungen, die Arbeitsunfähigkeit im Gefolge hatten, waren die einer Apoplexie nach heftigem Hustenstoss, die an sich zunächst mit dem Unfall nicht in Beziehung gebracht werden konnte. Später wurde er für einen Simulanten, zum Mindesten Hysteriker gehalten, den Niemand darauf aufmerksam machte, dass seine Krankheit möglicher Weise von seinem Unfall herrühre, während er selbst gleichfalls an diese Möglichkeit gar nicht denken konnte. Die Diagnose des Tumors wurde überhaupt erst anfangs Dezember, etwa sechs bis sieben Wochen vor seinem Tode, gestellt und auch zu dieser Zeit konnte nicht mit der nöthigen Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die Geschwulst als Folge des Unfalls aufzufassen sei. Erst nach der am 23. Januar 1902 erfolgten Sektion konnte dies mit grösster Wahrscheinlichkeit gesagt werden und dann wurde der Unfall sofort angemeldet. Selbst wenn aber die Berufsgenossenschaft sich darauf berufen würde, dass schon mit der Diagnose des Hirntumors die Voraussetzungen des § 72 des Gew.-Unf.-Gesetzes eingetreten seien, so wäre seit dieser Zeit bis zur Anmeldung am 24. Januar 1902 die in demselben vorgeschriebene Anmeldefrist von drei Monaten nicht versäumt worden.

Die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes steht noch aus.

Eine weitere Untersuchung des Tumors und des Hirns war leider nicht möglich, da durch ein Versehen des Laboratoriumsdieners das Präparat vernichtet wurde.

Wie soll man sich nun den Zusammenhang zwischen Tumor und Unfall denken? In der Aetiologie des Hirntumors spielt das Trauma entschieden eine Rolle, mag man sich nun denken, dass Keimzewebe zur Wucherung gebracht wurde, eine Möglichkeit, die ich bei Oppenheim<sup>1)</sup> erwähnt finde, oder dass eine leichte Hirnquetschung den Ausgangspunkt bilde (Virchow)<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Oppenheim, Geschwülste des Hirns, Nothnagels spezielle Pathologie und Therapie. IX, 2.

<sup>2)</sup> l. c.

oder, wie mir Paul Schuster (Berlin), mit dem ich in der Poliklinik von Professor Dr. Mendel zusammen arbeitete, brieflich mittheilte, „indem man annimmt, dass eine Blutung im Hirn entsteht und diese dann den ‚Kristallisationspunkt‘ gleichsam und den Nährboden für das Neoplasma abgiebt“. Im vorliegenden Fall war der Zusammenhang zwischen Tumor und Unfall in vivo wohl in Erwägung zu ziehen, mit grosser Wahrscheinlichkeit konnte er aber erst festgestellt werden, als an der Leiche die Erweichung innerhalb des Tumors nachgewiesen wurde. Diese wird man ungezwungen als eine Folge der Apoplexie ansehen und die Apoplexie selbst als bedingt durch den gefässreichen Tumor, denn wenn diese nicht vorhanden gewesen wäre, so hätte der Hustenstoss wahrscheinlich nicht die schwere Folge einer Blutung gehabt. Will man nicht annehmen, dass z. Z. des Unfalles eine sich in den allerersten Anfängen befindende, keine Symptome machende Geschwulst vorhanden war, deren Entwicklung durch das Trauma beschleunigt wurde, so bleibt als einziges bekanntes ätiologisches Moment nur noch das Trauma. Für Letzteres spricht die Anamnese, Entwicklung und der Verlauf des Falles mehr, während für die erstere Annahme ein sicherer Anhaltspunkt nicht da ist.

## Referate.

### Chirurgie.

#### Fremdkörpertuberkulose der Zunge in Tumorform.

Von Dr. Silbermark, Sekundärarzt an der Klinik von Mosestig-Moorhof, Wien.

(Wiener Medizinische Wochenschr. 1902.)

Auf dem Zungenrücken einer 58jährigen Arbeiterin, welcher das Aufspulen von fertiggestellter, appretirter Wolle in Strähnen oblag, entstand ganz allmählich ein hirsekorngrosses, über die Oberfläche vorspringendes Knötchen, welches platzte, einen Tropfen Eiter entleerte und in wenigen Tagen ausheilte. Nach neun Jahren bildete sich ohne besondere Ursache an derselben Stelle unter heftigen Schmerzen eine in kurzer Zeit bis auf Haselnussgrösse anwachsende Geschwulst aus, welche keilförmig exzidiert wurde. Ihre mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein zahlreicher kleiner, als Haarfragmente gedeuteter Fremdkörper, um welche sich das stark infiltrierte, Riesenzellen enthaltende Gewebe tumorartig verändert hatte.

Niehues-Berlin.

#### Ueber Fremdkörper in den oberen Luftwegen.

Von Dr. Schlender.

(Aus der chirurg. Abtheilung des Krankenhauses Friedrichshain in Berlin. Geheimrath Professor Dr. Hahn.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 64, Heft 5 und 6.)

Verf. berichtet über 12 Fälle von Fremdkörpern in den oberen Luftwegen, welche seit 1885 im Krankenhaus Friedrichshain zur Beobachtung kamen; 4 betrafen den Kehlkopf, 3 die Luftröhre und 4 den Bronchus. Unter ihnen verdient eine Krankengeschichte wegen des eigenthümlichen Krankheitsbildes, welches der aspirirte Fremdkörper verursachte, besondere Erwähnung.

Ein 8jähriger Knabe „verschluckte“ einen Bleistiftschoner. Bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus klagte er über Magenschmerzen, welche stets an dieselbe Stelle verlegt wurden und sich am folgenden Tage zu grösster Heftigkeit steigerten. Es trat reichliches Erbrechen kaffeesatzartiger Massen auf; abends erfolgte auf Ricinus der erste Stuhlgang von schwärzlich-grüner Farbe. Da Fieber hinzutrat und der ganze Unterleib druckempfindlich wurde, entschloss sich Hahn zur Laparotomie. Abgesehen von alten peritonitischen Strängen wurde Nichts gefunden,

Zwei Tage später bildete sich eine vollständige Dämpfung der linken Brusthälfte aus, welche von einem 17 Tage anhaltenden hohen remittirenden Fieber begleitet war. Eine nach Verheilung der Bauchwunde vorgenommene Röntgenaufnahme (1896) ergab das Vorhandensein des Fremdkörpers im linken Bronchus; er wurde in einem heftigen Hustenanfall expektorirt.

Verf. bespricht an der Hand der übrigen Krankengeschichten Diagnose, Prognose und Therapie der Fremdkörper in den Luftwegen. Niehues-Berlin.

### Pneumotomie wegen Fremdkörper.

Aus der chirurg. Abtheilung des Magdeburger Krankenhauses Sudenburg; Oberarzt Dr. Habs.

Von Dr. Paul Beckmann.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 64, Heft 1-3.)

Ein 9 Jahre alter Knabe aspirirte beim Spielen eine Kornähre. Im Laufe der nächsten drei Wochen bildete sich unter hohem Fieber eine Dämpfung rechts hinten in der Gegend der 10. Rippe aus. Probepunktion ergab Eiter.

Bei der Operation (Dr. Habs) wurden aus der 10. und 11. Rippe je ein 5 cm langes Stück entfernt; die beiden Pleurablätter fanden sich verwachsen. Wiederholte Probepunktionen führten in einer Tiefe von 3,5 cm auf Eiter. Nach Durchtrennung des pneumonisch-infiltrirten Lungengewebes mit dem Messer gelangte man in eine wallnussgrosse Eiterhöhle, aus welcher der Fremdkörper mit der Kornzange entfernt werden konnte. Geringe, auf Tamponade stehende Blutung; steriler Verband.

Während acht Tage nach der Operation bestand schleimig-eiteriger Auswurf. Das Befinden besserte sich zusehends. Nach einigen Monaten war perkussorisch und auskultatorisch nichts Krankhaftes mehr nachweisbar. Niehues-Berlin.

### Ueber die in den letzten zwanzig Jahren auf der chirurgischen Abtheilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses am Friedrichshain vorgekommenen Verletzungen der Niere.

Aus der chirurg. Abtheilung des Krankenhauses Friedrichshain zu Berlin; Geheimrath Prof. Dr. Hahn.

Von Dr. Goldstein, Assistenzarzt.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 65, Heft 1).

In den letzten 20 Jahren kamen im Krankenhaus am Friedrichshain 27 Fälle von Nierenverletzung zur Beobachtung, welche Verfasser einer längeren Besprechung über Aetiologie, Symptomatologie und Therapie dieser Verletzung zu Grunde legt.

Mit Ausnahme eines Falles (Schuss) waren alle Verletzungen durch Einwirkung einer stumpfen Gewalt, Ueberfahrenwerden, Hufschlag, Fall aus beträchtlicher Höhe auf eine Seite usw. entstanden.

Die Symptome wechselten sehr. Am konstantesten waren

1. Spontan oder auf Druck eintretender heftiger Schmerz auf der verletzten Seite.

2. Dämpfung über der verletzten Niere in Folge eines Blutergusses; einige Male konnte Wachsen der Dämpfung in Folge Zunahme des Ergusses festgestellt werden.

3. Blut im Urin. Das Blut verschwand durchschnittlich zwischen dem 4. und 14. Tage, doch wurden auch länger anhaltendes Blutharnen (bis zu 23 Tagen) und Wiederauftreten desselben nach einem freien Intervall beobachtet.

Die Prognose, welche in jedem Falle vorsichtig gestellt werden muss, ist in hohem Grade davon abhängig, ob das Peritoneum mit verletzt ist oder nicht. Für einen Riss des Bauchfells bzw. Blutung in die freie Bauchhöhle sprechen

zuerst lokaler, dann aber sich über das ganze Abdomen verbreitender Schmerz, sowie Dämpfung zu beiden Seiten der Wirbelsäule.

Die Behandlung war in den 27 Fällen rein symptomatisch. Zweimal wurde operativ eingegriffen, doch lagen die Verhältnisse so, dass eine Rettung der Kranken ausgeschlossen war. Im Allgemeinen ging man gegen die Blutung mit Ergotin, gegen die meistens bestehende Herzschwäche mit den gebräuchlichen Exitantien vor. Diese konservative Behandlungsweise hat sich bewährt. Natürlich ist bei abundanter oder langsamer, dauernd fortschreitender Blutung der operative Verschluss der Gefässe indiziert. Niehues-Berlin.

### Stichwunde in die Niere.

Von Oberstabsarzt Dr. Tubenthal.

(Münchener med. Wochenschr. 1902, No. 45.)

Beim Spielen mit einem Seitengewehr Mod. 84 flog dasselbe mit seiner Spitze einem Unteroffizier gegen die linke Seite des Rückens und brachte ihm dort eine Wunde bei, in welche eine Kornzange mit Leichtigkeit 5 cm tief eindrang. 1 Tag später wurde der Urin blutig, der in die Wunde eingeführte Jodoformgazestreifen war wässrigblutig durchtränkt, die Wundumgebung geröthet und vorgewölbt. Schräger Lumbalschnitt legte die verletzte Niere bloss, Drainage der Nierenwunde, Tamponade der Operationswunde folgte. Bis auf Temperatursteigerung am Operationstage und dem folgenden fieberloser Verlauf. Am 6. Tage wurde nach einmaliger Erneuerung der Nierentampon fortgelassen, am 11. Tage war die Nierenwunde durch Granulationsbildung, nach 5 Wochen die äussere Wunde durch allmähliche Sekundärnaht geschlossen. Der Verletzte wurde wieder völlig dienstfähig.

Seelhorst.

### Neurologie.

#### Ueber einen Fall von Diabetes insipidus kombiniert mit nach Insolation hinzugetretener Epilepsie.

Von Dr. Lichtwitz jr. Ohlau, Schlesien.

(Münch. med. Wochenschr. 1902, No. 45.)

Ein geistig nicht hoch veranlagter, aber aus gesunder intelligenter Familie stammender, 23 Jahr alter Packer, welcher seit Geburt an enormem Durst und enorm gesteigerter Harnmenge litt, erkrankte nach einer starken Besonnung, welcher er, seiner sonstigen Thätigkeit innerhalb geschlossener Räume entgegen, bei ausnahmsweise einmal nothwendig gewordener Beschäftigung im Freien in der Julihitze ausgesetzt war, an Kopfwel, Erbrechen, Mattigkeit und in der Folge an epileptischen Anfällen, die ein bis dreimal im Monat auftraten. Die Entstehung der Anfälle nach aussergewöhnlicher Betriebsarbeit veranlasste die Beantragung von Entschädigung, über deren Genehmigung das Verfahren noch schwebt.

Seelhorst.

#### Ueber neurasthenische Neuralgien.

Von Professor Jendrassik-Budapest.

(Deutsche med. Wochenschr. 1902, No. 36 u. 37.)

Verf. weist auf die zahlreichen Fälle von Neuralgien, insbesondere Trigeminusneuralgien hin, in denen oft ein chirurgischer Eingriff nach dem andern (Zahnoperationen, Resektionen des Processus alveolaris, Resektion der Nervenstämmen) vorgenommen wird, ohne dass ein Dauererfolg eintritt, und betont die Nothwendigkeit genauer Erkennung und Beachtung der ätiologischen Verhältnisse. Indem er wieder die wohl begründete und zweckmässige, schon von Romberg gegebene Einteilung in akute und chronische Neuralgien hervorhebt, scheidet er von der Besprechung die letzteren aus, deren

Heilung schwer und oft erst durch Entfernung des Ganglion Gasseri, dann aber sicher zu erreichen ist, trennt von den akuten die Pseudoneuralgien ab, die er, abgesehen von den sekundären, auch als „neurasthenische Neuralgien“ bezeichnen möchte. J.'s Definition derselben deckt sich nicht ganz mit denjenigen Oppenheims und W. Sinklers (in Dercums Handbuch), am ehesten mit der Paul Blocqs.

Nach Anführung von 9 Fällen — 5 betreffen das Gesicht, 2 den Arm, 1 die hintere seitliche Brustwand, 1 die Hüfte — fasst J. das Eigenthümliche dieser Erkrankungen zusammen. Aus der Anamnese lässt sich zunächst die neurasthenische Veranlagung nachweisen, die zum Theil erblich ist (Kopfschmerz der Mutter!). An den Schmerzen ist auffallend ihre Kontinuität, die qualvoller ist, als ihre Intensität — sie treten nicht anfallsweise auf, sondern dauern stetig durch eine bestimmte Anzahl von Stunden, fast immer nur am Tage, vormittags ärger als nachmittags. Sie halten sich nicht an die anatomisch scharf begrenzten Nervengebiete, ziehen sogar auf die andere Körperhälfte hinüber. Ihre Beschreibung geschieht nicht mit der Präzision des echten Neuralgikers, sondern mit den den Parästhesien eigenen erklärenden Vorstellungen und veranschaulichenden Bildern. Objektive Symptome (Zusammenzucken, Rothwerden, Thränenfluss) fehlen völlig; Druck auf den Sitz der Schmerzen ist oft sogar angenehm, die Thätigkeit der betreffenden Muskelgruppen (Sprechen, Kauen) ungestört. Durch die Stetigkeit des Schmerzes entstehen oft neurasthenische Zwangsideen eines Krebses, einer Geschwulst, einer Paralyse, die hartnäckig festgehalten werden.

Eine Auslese weiterer durch die Vielheit chirurgischer und sonstiger spezialistischer Vornahmen interessanter Fälle ermahnt dazu, durch Stellung der richtigen Diagnose die Kranken vor solchen zu schützen, sie vielmehr in interner Behandlung zu behalten, die durch genaue Individualisierung, in schwierigen Fällen in einer Heilanstalt, meist doch noch Hilfe zu bringen vermag.

E. Wullenweber-Schleswig.

### Ein Fall von isolirter Atrophie des M. supra- und infraspinalis.

Von Oberarzt Dr. Uhlich-Chemnitz.  
(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1902.)

Ein Rekrut versuchte beim Turnen am Querbaum, als er aus dem Handstütz in Armbeuge übergegangen war, sich aus dieser wieder in die Stütze aufzurichten. Hierbei empfand er einen heftigen Schmerz in der rechten Schulter. Seitdem machte sich eine zunehmende Schwäche in der rechten Schulter bemerkbar, und die Mm. supra- und infraspinalis atrophirten. Verf. führt dieses auf eine Zerreißung des Nervus suprascapularis zurück, welche bei der Turnübung entstand.

Niehues-Berlin.

### Zur Pathologie der Peroneuslähmungen.

Von Siegf. Daus.  
(Dissert. Berlin 1902.)

Besprechung der Peroneuslähmungen auf Grund von 259 aus der Literatur zusammengestellten und 4 vom Verf. mitgetheilten Fällen nach ätiologischen und anatomischen Gesichtspunkten, von denen die ersteren den weitaus grössten Theil ausmachen. Er teilt ein in kongenitale und extrauterin erworbene Lähmungen, die letzteren erworben 1. durch mechanische Ursachen, 2. durch toxische, 3. als Theilerscheinung oder Komplikation bei organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, 4. Senium, 5. durch unbekannte Ursachen. Von den Fällen vom Verf. sind zwei zu Rubrik 1 gehörige (einer aus Bernhards Poliklinik in Folge von Ueberanstrengung und Schreck, einer aus der Klientel von Dr. Katschinsky traumatischen Ursprungs), einer gehört der Rubrik 3 an (Fall von

Tabes mit Peroneuslähmung und vielleicht Arsenintoxikation aus der Mendelschen Poliklinik), der letzte (aus Bernhards Poliklinik) gehört der Rubrik 4 an.

Die Arbeit giebt eine anerkennenswerthe Uebersicht über die Peroneuslähmungen.

L. Mann-Ulm.

### Vergiftungen.

#### Kohlenoxydvergiftung in einer Schule.

Von Mediz.-Rath Majer-Heilbronn.

(Med. Korr.-Bl. d. Württ. ärztl. Landesvereins. 1902. No. 43.)

In einer Schule zu Gross-Gartach wurde morgens die Lehrerin sammt zehn bis zwölf Kindern von Uebelkeit und darauf folgender Ohnmacht befallen, die anderen Kinder flüchteten sich aus dem Zimmer. Alle Erkrankten erholten sich binnen wenigen Tagen.

Als Ursache der Erkrankungen, die von vornherein als Kohlenoxydvergiftungen aufgefasst wurden, ergab sich ein Schaden an dem Schulofen. Bei diesem, einem Mantelofen, war der innere, die Feuerung umgebende Mantel in grosser Ausdehnung durchgebrannt und durchlöchert. Ausserdem war die Verbindung des Ofens mit dem Ofenrohr gelockert. Wahrscheinlich war, da doch der Schaden in der Mantelwand schon eine ganze Weile bestanden haben musste, bisher der Zug im Ofen stark genug gewesen, um alle Gase durch den Schornstein abzuführen. Als aber die Verbindung des Ofens mit dem Rohr ungenügend wurde, liess der Zug nach dem Kamin nach, und die Gase traten in die erwärmte Luft zwischen innerem und äusserem Mantel und mit dieser in das Klassenzimmer.

Eine Untersuchung aller Mantelöfen in den Schulen des Oberamts Heilbronn wurde daraufhin veranlasst.

#### Zur akuten Formalinvergiftung.

Von Stadtarzt Dr. Aug. Gerlach-Lauchheim.

(Münch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 36.)

Eine Magd trank in Folge von Verwechslung der Flaschen statt Jodkali 60—70 g Formalin Schering auf einmal und verfiel unmittelbar darauf in eine Art Rauschzustand. Da die Diagnose sofort gestellt wurde, wurde vermittels eines gerade erhältlichen Weinschlauches eine Magenspülung gemacht und Patientin genas nach 15 stündiger rauschartiger Bewusstlosigkeit und 12 stündiger Anurie (Katheterismus erfolgte), leichter Nierenreizung, leichtem Darmkatarrh (keine Blutung), Athmungs- und Pulsbeschleunigung, so dass sie am 3. Tage die Arbeit wieder aufnahm.

Seelhorst.

#### Ein Fall von protrahirter Chloroformwirkung mit tödtlichem Ausgange.

Von M. Cohn, Assistenzarzt.

Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses Moabit; Geheimrath Prof. Dr. Sonnenburg.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 64, Heft 1 bis 3)

Ein kräftiges, 21 Jahre altes Mädchen, bei dem sich mit Hilfe der üblichen klinischen Untersuchungsmethoden keine Organveränderungen feststellen liessen, wurde wegen Adnexitis duplex im fieberfreien Stadium operirt. Bei Entfernung der einen Tube platzte der Sack und entleerte geruchlosen gelbgrünen Eiter; die Bauchhöhle war bereits durch sterile Tücher gegen das Operationsfeld abgeschlossen. Die Kranke brauchte während der eine Stunde dauernden Operation 175 Gramm Chloroform.

Der Eingriff wurde gut überstanden, doch trat nach zwei Tagen Ikterus auf, der Urin enthielt reichlich Eiweiss, wenig rothe Blutkörperchen, dagegen unzählige granulirte und Epi-

thelzylinder; die Gmelinsche Probe war gleichfalls positiv. Fieber und Pulsbeschleunigung fehlten. Das Allgemeinbefinden verschlechterte sich zusehends, und die Kranke ging am fünften Tage, nachdem mehrfach Delirien aufgetreten waren, unter den Erscheinungen der Herzschwäche im Koma zu Grunde.

Die Sektion ergab das Fehlen einer eiterigen Peritonitis, für deren Bestehen auch während des Lebens keinerlei Anzeichen vorhanden waren. Sepsis wurde gleichfalls ausgeschlossen. Dagegen zeigten Nieren und Leber, zum Theil auch das Herz hochgradige Veränderungen, welche hauptsächlich in Quellung der Epithelien der gewundenen Harnkanälchen und Ablagerung von Pigment und Fett in ihnen, sowie in trüber Schwellung und Verfettung des Leberparenchyms bestanden.

Niehues-Berlin.

### Ein Fall von Oxalsäure-Vergiftung.

Von Prof. Rud. Kobert.

(Zentralbl. f. innere Med. 1902, No. 46.)

Der von K. mitgetheilte Fall ist für den Gerichtsarzt nach mehr als einer Richtung hin sehr beachtenswerth.

Bei einem Manne, der in selbstmörderischer Absicht Gift genommen hatte, trat der Tod so rasch ein, dass Vorbeigehende, die den Selbstmörder bei der That gesehen hatten und rasch um Hilfe in ein nahes Haus gegangen waren, bereits eine Leiche vorfanden.

Die Leichenöffnung ergab eine eigenthümlich rauhe, trockene Beschaffenheit und zum Theil graue Verfärbung bestimmter Stellen im Schlund, in der Speiseröhre, im Magen und obersten Dünndarm — sonst begreiflicher Weise nichts Abnormes. Das Herzblut blieb, wenn es ohne Zusatz stehen gelassen wurde, ungeronnen, gerann aber auf Zusatz von Chlorkalzium am ersten Tage. Schon ohne diesen Zusatz zeigten eingetrocknete Blutproben deutliche Krystalle von oxalsaurem Kalk. Der Mageninhalt enthielt Hämatin und Oxalsäure.

Danach war der Tod durch Oxalsäure sichergestellt. Besonders wichtig ist, dass ein von Kobert selbst s. Z. als charakteristisch nachgewiesenes Zeichen der Oxalsäurevergiftung hier ganz ausnahmsweise fehlte: die Ablagerung von oxalsaurem Kalk in den Nieren. Die Schnelligkeit des Todes erklärt diese Abweichung von der Regel: der Mann starb, ehe die Säure sich in den Nieren ablagern konnte.

### Ein Fall von Antipyrin-Intoxikation.

Von Dr. Seiler-Interlaken.

(Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte 1902, No. 15.)

Bei einem schon längere Zeit erfolglos mit Salizylpräparaten behandelten Gelenkrheumatismus wurde zweistündlich 0,5 Antipyrin verordnet.

Am vierten Tage, nach Verbrauch von ca. 12 Gramm, stieg die bisher nicht über 38 Grad betragende Temperatur auf 40,5, der Puls wurde sehr rasch, das Gesicht schwoll wasser-süchtig an, der ganze Körper bedeckte sich mit scharlach-artiger Röthe. Fast dauernd bestand Schwindel und Brechreiz.

Unter Coffein und Digitalis besserte sich der Zustand, doch war die Abgeschlagenheit noch am nächsten Tage sehr gross, Nadelstiche wurden am ganzen Körper nicht als schmerzhaft empfunden. Der Harn war eiweissfrei. Am dritten Tage waren die Vergiftungszeichen geschwunden.

Verf. nimmt keine besondere Widerstandsfähigkeit des betr. Kranken gegen Antipyrin, sondern eine akkumulative Wirkung als Ursache der Vergiftung an.

### Einige Bemerkungen über zwei seltene Vergiftungen.

Von Dr. Friedeberg-Magdeburg.

(Zentralbl. f. innere Med. 1902, No. 42.)

#### I. Intoxikation durch Extractum hydrastis fluidum.

Ein 22jähriges Mädchen sollte wegen Gebärmutterblutung — später stellte sich Abort heraus — 3 mal täglich 25 Tropfen flüssiges Hydrastis-Extrakt einnehmen. Sie nahm zum Zwecke rascheren Erfolges am dritten Abend etwa 9 g auf einmal. Darauf trat Magenbrennen, Uebelkeit, Schwindel und eine kurze Ohnmacht ein. Es folgten Kopfschmerz, Beklemmung und Gesichtstäuschungen, am nächsten Morgen mehrmaliges Erbrechen dunkelgrüner Massen. Der Arzt, der nunmehr zugezogen wurde, fand alle Zeichen hochgradiger Herzschwäche. Auch leichter Durchfall stellte sich ein. Unter Anwendung von Herzanregungsmitteln erfolgte so rasche Besserung, dass am nächsten Tage kuretirt werden konnte und binnen fünf Tagen die Kranke geheilt entlassen wurde.

#### II. Intoxikation durch Petroleum.

Ein 25jähriger Mann, der irrtümlich zwei Schluck Petroleum statt Schnaps getrunken hatte, fühlte sich am nächsten Morgen matt und abgeschlagen, hatte Kopfschmerz und Durchfall. Subjektiv roch und schmeckte ihm Alles nach Petroleum, objektiv war dieser Geruch weder in der Athemluft, noch im Harn nachweisbar. Das Allgemeinbefinden besserte sich sehr rasch, die unangenehme Geruchs- und Geschmacksempfindung schwand erst nach 6 Tagen. Verf. hält diese Störung für nervös, lediglich durch die eigene Vorstellung bedingt.

### Ein Fall von Vergiftung durch die Douglasfichte (Tsuga Douglasii).

Von Dr. R. Neudörffer-São Paulo (Brasilien).

(Centralbl. f. innere Med. 1902, No. 40.)

Die Ueberschrift lässt vermuthen, dass es sich um eine tropische Vergiftung handeln möchte, das ist aber nicht der Fall, vielmehr hat die Vergiftung sich in Mecklenburg zuge-tragen.

Eine Gärtnersfrau, die Tage lang Kränze aus Zweigen der Douglasfichte geflochten hatte, erkrankte mit Kopfschmerz und Uebelkeit, bald folgte schwere Benommenheit und Durchfall. Der Arzt fand keine Organstörungen, leicht unterdrückbaren Puls, angestrenzte Athmung, tiefe Gesichtsröthe und Zuckungen in den Beinen. Am nächsten Tage bestand noch starke Verworrenheit, der Harn enthielt Eiweiss, kein Terpen-tin oder verwandte Stoffe, er roch nicht auffallend; ebenso-wenig hatte, soweit dies in der Fichtenatmosphäre der Woh-nung zu prüfen war, die Athemluft einen besonderen Geruch.

Es dauerte mehrere Tage, bis das Eiweiss aus dem Harn verschwand. Noch viel länger blieben seelische Störungen zurück: die Frau war unlustig zur Arbeit, weinerlich, vergesslich. Ausserdem hatte sie eine stolprige Sprache und eine Schwäche im linken Arm. Erst etwa binnen 5 bis 8 Wochen war sie ganz hergestellt.

Später wurde ermittelt, dass bei den Arbeiten mit der Douglasfichte noch andere Personen Beschwerden bekommen hatten, wenn auch in viel geringerem Masse.

Ausser mit der Athemluft kann der giftige Stoff direkt durch die Finger in den Mund gebracht worden sein, da während der Arbeit mit ungewaschenen Händen gegessen wurde.

Die chemische Natur des wirkenden Giftes ist vorderhand unbekannt. Terpentinöl dürfte auszuschliessen sein, da es im Harn fehlte.

Für unsere Leser gewinnt der Fall ein doppeltes Interesse dadurch, dass es sich um eine gewerbliche Vergiftung handelt.

Recht bemerkenswerth ist auch, dass hier wieder einmal nach Ablauf einer subakuten Vergiftung das Krankheitsbild einer schweren Neurose zurückgeblieben ist.

**Ohrenheilkunde.****Ohr und Sprache.**

Von Treitel.

(Klin. Vorträge aus dem Gebiet der Otologie und Pharyngo-Rhinologie.  
Herausgegeben von Haug. Bd. V., Heft 7. Jena 1902)

Auf die Hörprüfungsmethode Oskar Wolf's zurückgreifend beschäftigt sich der Verfasser eingehender mit dessen 5 Thesen, die er denn auch mit einigen Einschränkungen noch immer als vollwerthig anerkennt. Nur der Wolf'schen Behauptung, dass der Grad der Hörfähigkeit mit der Grösse des Trommelfeldefektes abnehme, tritt er entgegen mit der jedenfalls richtigeren Erklärung, dass die Schwerhörigkeit hauptsächlich durch Narbenfixation in der Trommelhöhle bedingt werde. Leider wurde dies nicht weiter begründet. Daran schliesst sich eine nähere Betrachtung über die Konsonantenauffassung seitens Schwerhöriger, die Fehler bei derselben schiebt Tr. hauptsächlich dem Mangel an Kombinationsfähigkeit und Aufmerksamkeit bei den Patienten zu. Es wird noch darauf hingewiesen, dass Wolf das psychische Moment bei der Hörprüfung mit Worten vernachlässigt hat. Ein sicheres Urtheil bleibe aber immer der Stimmgabelprüfung vorbehalten. Mit einer Erinnerung an Bezold's kontinuierliche Tonreihe und dem Vorschlag, das Telephon als Hilfsmittel zur Hörprüfung zuzuziehen, schliesst seine Arbeit, die mehr von historischem Werthe ist.

Weiss.

**Drei Fälle von Encephalitis im Anschluss an Otitis media.**

Von Dr. Voss-Riga.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., 41. Bd., 3. Heft.)

Verf. schildert drei Fälle, in denen eine eitrige Mittelohrentzündung zu einer diffusen, entzündlichen Affektion der Hirnsubstanz geführt hat, — im Gegensatz zu dem cirkumskripten Hirnabscess. Solche Erkrankungen sind auch anderwärts schon beobachtet worden, gehören aber immerhin zu den Seltenheiten. Lähmungen in verschiedenen Nerven gebieten, Störungen des Sensoriums und — bei linksseitigem Sitze der Erkrankung — Aphasie sind die Hauptsymptome. Die Erkrankungen können leicht mit Hirnabscess verwechselt werden; zu ihrer Behandlung rath Voss operatives Vorgehen an.

Richard Müller.

**Die Behandlung der akuten Mittelohrentzündung.**

Von Prof. Dr. Bezold-München.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XLI. Bd., 3. Heft, S. 199 ff.)

Bezold giebt eine eingehende Schilderung der von ihm seit Jahren geübten und bewährt gefundenen Behandlung der akuten exsudativen Mittelohrentzündungen. Er empfiehlt rechtzeitige Parazentese des Trommelfells, um der Absonderung, falls sie nicht von allein durchbricht, Abfluss zu verschaffen; dann Luftdouche des Mittelohres von der Eustachischen Trompete her mittels des Valsalva'schen Versuches oder unter Anwendung des Katheters bezw. des Politzer'schen Ballons; Ausspülungen mit 4prozentiger Borsäurelösung; Eisblase auf den Warzenfortsatz, falls dieser druckempfindlich ist; Einpulverungen von Borsäure in den Gehörgang.

Est ist hier nicht der Ort, zu dem Streite Stellung zu nehmen, der unter den Ohrenärzten bezüglich der Behandlung der akuten Mittelohrentzündungen zur Zeit noch herrscht. Die Ergebnisse, die Bezold erzielt hat, können nicht als günstig bezeichnet werden: ein Fünftel bis ein Viertel aller Behandelten, also jeder 4. oder 5. Kranke, kam zur Aufmeisselung! Ref. hat mit der von B. verworfenen Trockenbehandlung, die hier allerdings nicht so gehandhabt wird, wie B. sie schildert — nicht einfache Einführung eines festen Wattetampons, son-

dern Fürsorge für dauernde Drainage der Pauke mittels locker eingeführter hydrophiler Gaze —, viel bessere Resultate erzielt. Jedenfalls ist bei den Borsäureeinpulverungen grosse Vorsicht nöthig, da kleine Trommelfellöffnungen bei spärlicher Absonderung leicht durch die Borsäure verstopft werden können, was dann zu Eiterverhaltung in der Pauke und Weiterwanderung des Eiters nach dem Antrum u. s. w. führen kann.

Wenn eine akute Mittelohrentzündung trotz korrekter Behandlung die Zeit von 2 Monaten überschritten hat, so hält B. die Aufmeisselung für geboten, auch wenn sonstige lokale und Allgemeinerscheinungen fehlen, und auch ohne Rücksicht auf eine inzwischen etwa eingetretene partielle Besserung (wenigstens ist von einer Einschränkung der Indikation in diesem Sinne nicht die Rede). B. geht hier zweifellos weiter als Ref., der vor mehreren Jahren die Aufmeisselung empfahl, wenn eine Mittelohrentzündung trotz sachgemässer Trockenbehandlung 14 Tage lang ohne eine Wendung zum Besseren in unverminderter Stärke fortbesteht; denn Letzteres kommt zweifellos seltener vor als eine mehr als 2 Monate anhaltende, wenn auch besser gewordene akute Mittelohrentzündung.

Richard Müller.

**Aus Vereinen und Versammlungen.****27. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.**

(Schluss).

Die Schlussitzung am 19. Oktober, der auch Dr. med. Prinz Ludwig Ferdinand beiwohnte, wurde vom Oberbürgermeister Dr. Ebeling-Dessau mit einem Bericht über die von den Städten eingegangenen Fragebogen, betreffend die Fürsorge für bestehende und Beschaffung neuer kleiner Wohnungen eröffnet.

Die vom Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege im Dezember 1901 herausgegebenen hierauf bezüglichen Fragebogen sind von 254 Städten beantwortet und das umfangreiche Material vom Vortragenden bearbeitet worden. Die Fragen haben Bezug auf Polizeiverordnungen über Wohnungsbeschaffenheit und Wohnungsbenutzung, Wohnungskontrolle, Bauordnungen, Erbauung von Kleinwohnungen mit Haus- und Grundsteuernachlass, Baugenossenschaften u. s. w. Wie der Vortragende bemerkte, ist das Verständniss für die vorliegenden Fragen vielfach nur ein geringes, weil es an der nöthigen Aufklärung fehle. Staat und Gemeinden müssen in der Wohnungsfrage helfend eingreifen, um das Elend der Wohnungsnoth zu mildern. Hoffentlich erfüllt sich die Annahme des Vortragenden, dass dem nächsten preussischen Landtag ein Wohnungsgesetz vorgelegt werden wird.

Hierauf verbreitete sich Regierungs- und Medizinalrath Dr. Abel-Berlin über

**Ursache und Einfluss der feuchten Wohnungen auf die Gesundheit.**

Er unterschied die Ursachen der Feuchtigkeit von Wohnungen in dauernde und vorübergehende. Als dauernde Ursachen der Feuchtigkeit bezeichnete er folgende Fehler bei der Errichtung eines Gebäudes: Verwendung ungeeigneter Baumaterialien, ungenügende Sicherung gegen Ueberschwemmung und Bodenfeuchtigkeit, ungenügenden Schutz gegen Schlagregen und Spritzwasser, ungenügende Mauerstärken, schlechte Herstellung der Dachdeckung und Regenwasserableitung, sowie der Wasserversorgungs- und Entwässerungsanlagen. Als vorübergehende Ursachen nannte er Neubaufeuchtigkeit, gesundheitswidrige Benutzung einer Wohnung, mangelhafte bauliche Erhaltung. Statistisch einwandfrei erwiesen ist die Gesundheitsschädlichkeit feuchter Wohnungen bis-

her nicht; nach den zahlreich vorliegenden Einzelbeobachtungen ist sie jedoch nicht zu bezweifeln. Feuchte Wohnungen können schädigend auf die Gesundheit in erster Linie durch Hervorrufung von Störungen in der „Wärmeökonomie“ der Bewohner wirken. Von gesundheitlicher Bedeutung ist ferner auch, dass in feuchten Wohnungen die Luft in Folge der Beförderung von Zersetzungs Vorgängen durch die Feuchtigkeit meist schlecht ist, dass manche Infektionskeime in ihnen besonders gute Existenzbedingungen finden und dass Nahrungsmittel in ihnen leicht verderben. Ausserdem verliert in Räumen, die hochgradig feucht sind und dadurch in baulicher Hinsicht leiden, der Bewohner Gefühl und Interesse für Reinlichkeit und Ordnung der Wohnung, was wiederum weitere schädliche Folgen für die Gesundheit nach sich ziehen kann. Demgemäss sind zunächst Erkältungskrankheiten im weitesten Sinne des Wortes, dann aber auch Störungen der Körperentwicklung bei Kindern, Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit gegen ansteckende Krankheiten, Häufung bestimmter Infektionskrankheiten, Schädigungen der Verdauungsorgane mehr oder weniger mittelbar mögliche oder thatsächlich beobachtete Wirkungen des Bewohnens feuchter Räume. Man hat mehrfach Versuche gemacht, einen genauen Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und dem Bewohnen feuchter Wohnungen herzustellen. Die Versuche — so auch ein vom Referenten in einem armen Stadtviertel Berlins angestellter — verliefen ergebnisslos, denn selten sind die Krankheitserscheinungen so akut, dass sie noch während des Wohnens in der feuchten Wohnung zum Tode führen. Die Gesundheitsgefährlichkeit einer feuchten Wohnung ist in gewissen Grenzen abhängig von dem Masse und der Dauer der Feuchtigkeit. Aus praktischen Gründen — und zwar namentlich wegen des Mangels im handlichen Verfahren zur genauen Feststellung des Feuchtigkeitsmasses von Wohnungen — empfiehlt es sich, auch geringe Grade von Feuchtigkeit für gesundheitlich bedenklich und der Abstellung bedürftig anzusehen. Schwierig zu beantworten ist die Frage, wann ein Neubau genügend ausgetrocknet ist, die Vorschrift einer Karenzfrist allein reicht nicht aus, um Gesundheitsgefährdungen auszuschliessen, denn er kann auch nach Ablauf dieser Frist z. B. in Folge anhaltend schlechter Witterung gesundheitsschädlich sein. Die Frage wird am besten geprüft durch eine besondere Wohnungsaufsichtsbehörde. Am besten fährt man noch mit der chemischen Untersuchungsmethode des Mörtels. Allerdings hat diese Methode den Nachtheil, dass man damit nur einen sehr kleinen Theil des Hauses, dessen Verhältnisse in einzelnen Theilen ganz verschieden sein können, untersuchen kann. Nothwendig ist eine gesundheitliche Ueberwachung der neu bezogenen Wohnungen und Ertheilung von Rathschlägen an die Miether. Es muss unbedingt zu einer besseren hygienischen Erziehung der Menge kommen.

Baupolizeidirektor H. Olshausen-Hamburg, erörterte im Anschlusse daran die

Mittel zur Abhilfe gegen feuchte Wohnungen.

Der Entstehung feuchter Wohnungen könne bei Errichtung eines Gebäudes vorgebeugt werden:

durch Verwendung geeigneter Baumaterialien, durch Hochlage der unteren Gebäudetheile über Hoch- und Grundwasser, durch Schutz der unter der Erdoberfläche liegenden Gebäudetheile gegen Bodenfeuchtigkeit, sowohl in horizontaler wie in vertikaler Richtung, durch Bekleidung der Aussenwände mit einem das Eindringen des Wassers verhindernden Material, durch ausreichende Mauerstärken, durch Herstellung von Luftschichten in den Aussenwänden. Die aus vorübergehenden Ursachen entstandene Feuchtigkeit einer Wohnung kann beseitigt werden: durch erforderlichenfalls im Wege der

Gesetzgebung vorzuschreibende Fristen zwischen Fertigstellung des Rohbaues und Beginn der Verputzung in Neubauten, durch künstliche Austrocknung, durch Einhaltung einer längeren Frist zwischen der Fertigstellung des Verputzens und dem Bekleben der Wände mit Tapeten oder dem Anstriche der Wände mit Oelfarbe, durch Verhinderung einer zweckwidrigen und gesundheitsschädlichen Benutzung von Wohnungen etc. Zur Beseitigung feuchter Wohnungen ist die Schaffung einer zweckmässigen ständigen Wohnungsbeaufsichtigung durch Organe des Staates oder der Gemeinde erforderlich; diese Organe müssen mit den nöthigen Machtmitteln ausgerüstet sein, um die zweckwidrige und gesundheitswidrige Benutzung einer Wohnung zu verhindern und die zur Beseitigung vorhandener Feuchtigkeit erforderlichen Massregeln anzuordnen.

Bevor in die Diskussion eingetreten wurde, wurden die Ausschusswahlen erledigt. Neu gewählt wurden durch Zuruf Oberbürgermeister Beck-Chemnitz, Geh. Med.-Rath Roth-Potsdam und Geh. Baurath Stübgen-Köln. Im Ausschusse verblieben Erster Bürgermeister v. Borscht-München, Professor Dr. Fränkel-Halle und Professor Dr. Albrecht-Berlin.

In der Debatte zu den beiden letzten Referaten wurde angeregt, an dieser Stelle einmal festzulegen, was unter genügend ausgetrockneter Wohnung zu verstehen sei. Oberbürgermeister Beck verwies darauf, wie wichtig es sei, nicht alle Hoffnung in der Wohnungsfrage auf die gemeinnützigen Baugenossenschaften allein zu setzen, sondern auch alle anderen Faktoren zu energischer Mitarbeit zu befähigen und betonte die Bedeutung einer Wohnungszählung und fortlaufenden Wohnungsstatistik, sowie die Privatbauthätigkeit bei Herstellung kleiner Wohnungen. In Mannheim habe man mit dem städtischen Wohnungsbau, auch für städtische Arbeiter, schlechte Erfahrungen gemacht, die Stadtgemeinde habe nicht einmal ihre eigenen Arbeiter zur Benützung dieser billigen und gesunden Wohnungen veranlassen können. Die Ursache liege darin, dass die Arbeiter mit dem Verbot der Aftermiethe nicht einverstanden seien. Sehr wirksam für Förderung der Bauthätigkeit habe sich in Mannheim eine umfangreiche, planmässige Anlegung von Strassen erwiesen.

Geh. Med.-Rath Professor Dr. Renk bemerkte auf Grund seiner Erfahrungen, dass die Benützung von Kellerwohnungen fast immer zu Mauerfeuchtigkeit führe. Nach Beendigung der stellenweise recht lebhaften Debatte nahm der Vorsitzende das Wort zu einer herzlichen Abschiedsansprache, in der er den Referenten bestens dankte und dann betonte, dass die eben abgelaufene Tagung eine Mitgliederzahl zusammengebracht habe, wie keine andere zuvor, ja, dass sie die bisherige Maximalziffer der Kölner Versammlung noch um mehr als 100 überschritten habe. Im Ganzen hätten dem Kongresse mehr als 600 Theilnehmer angewohnt, gewiss ein Beweis für die Anziehungskraft der Versammlung auch nach aussen hin. Die Berathungen würden wieder aufklärend, belehrend und anregend wirken. Der Empfang, den die Stadt München dem Verein bereitet habe, sei so prächtig, die Gastfreundschaft so liberal gewesen, dass sie die kühnsten Erwartungen übertroffen habe. Manche folgende Tagung werde mit dem Schatten dieser hier einen schweren Kampf zu bestehen haben. Der Verein trete jetzt in sein 30. Jahr, stehe also in der Vollkraft seines Lebens. Mögen freundliche Sterne über seinem Pfade leuchten, möge er sich der Traditionen würdig zeigen, die gerade in München mit prüfendem Auge auf ihn herabschauten. Der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege, er wachse, blühe und gedeihe, — er lebe hoch.

Lebhaft stimmte die Versammlung ein. Oberbürgermeister Beck dankte namens der Kongresstheilnehmer unter

warmer Zustimmung dem Vorsitzenden für seine klare und gewandte Geschäftsführung. Damit schloss die diesjährige, nach den verschiedensten Richtungen hin hochinteressant verlaufene Tagung.

### Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde.

#### Originalbericht

der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Sitzung vom 14. Juli 1902.

1. **Arndt und Sklarek:** Ueber Balkenmangel im menschlichen Gehirn. (Mit Demonstration mikroskopischer Präparate).

2. **F. Strassmann:** Demonstration von Präparaten eines Falles von traumatischer Psychose.

(Ist als Originalartikel in dieser Zeitung erschienen.)

Jolly würde selbstverständlich zur Operation gerathen haben, wenn man einen Fremdkörper hätte vermuthen können und wenn die Erscheinungen der Epilepsie auf eine örtliche Impression hingewiesen hätten, wie sie oft in Fällen von Epilepsie nach Traumen gefunden würde. Das Auftreten allgemeiner epileptischer Krämpfe, zumal bei einem starken Alkoholiker, habe wenig Aussicht auf eine erfolgreiche Operation gegeben.

3. **Minor-Moskau** (als Gast) demonstriert eine Reihe schöner Präparate von Haematomyelie. Die Blutungen bei Verletzungen des Rückenmarks sind danach mannigfacher Art, betreffen die graue oder die weisse Substanz, treten vereinzelt oder zahlreich zerstreut auf und haben die Neigung, ringförmige Bilder zu machen. Bisweilen schafft solch eine Blutung eine enorme Erweiterung des Zentralkanals. Die Ausgänge der Haematomyelie bei Traumen des Rückenmarks stellen sich entweder als interstitielle Schrumpfung oder als Oedem des Rückenmarks mit Untergang des Nervengewebes dar.

4. **Eulenburg:** Fall von Akromegalie mit bitemporaler Hemianopsie.

Bei 27j., früher gesundem Mann, wurde im April vorigen Jahres bitemporale Hemianopsie, seit  $\frac{5}{4}$  Jahren Akromegalie bemerkt. Aetiologisch kam nur Alkoholismus in Betracht. Es bestanden leichte Ptosis links, Insuffizienz der recti int., leichter Nystagmus und Opticusatrophie, Stirnkopfschmerz, bisweilen Polyurie, Verstärkung der Patellar- und Plantarreflexe. Akromegalie war an Joch- und Nasenbein deutlich, besonders aber am Nasen- und Ohrknorpel. Die grossen, stark schwitzenden Hände wiesen Weichtheilverdickung auf. Der Druck auf das Chiasma und die Okulomotoriusaffektion sprächen für Hypophysishypertrophie. Offenbar liege eine gutartige Form dieser Geschwülste vor; allerdings könnte eine solche auch später in eine bösartige Form übergehen. Die therapeutische Verabreichung von Hypophysispräparaten, welche in diesem Falle sich als nutzlos erwies, hält E. für irrationell, da es sich um eine gesteigerte, nicht um eine gesunkene Funktion der Hypophyse handle. Die in Amerika geübte operative Entfernung der Geschwulst sollte in gutartigen Fällen ernstlich in Frage gezogen werden.

Mendel ist der Ansicht, dass die Ursache der Akromegalie in einer Allgemeinerkrankung des Drüsensystems, nicht nur der Hypophysis, zu finden sei, verhält sich daher der Frage einer Operation gegenüber ablehnend und befürwortet die Darreichung von Hypophysispräparaten.

Maass betont die Gefährlichkeit einer derartigen Operation auf Grund von Experimenten an Katzen.

Eulenburg fusst auf dem besonders engen Zusammenhang zwischen der Hypophysis und vielen Fällen von Akrome-

galie und hält die operative Entfernung von gutartigen Tumoren ihrer Schädigungen wegen für wünschenswerth. Von Vergrösserung anderer Drüsen wäre in dem erwähnten Fall nichts zu bemerken gewesen.

M. E.

### Gerichtliche Entscheidungen.

#### Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

##### Entziehung der Approbation.

Entscheidung vom 20. Oktober 1902.

Von Seiten der Polizeibehörde war gegen Dr. med. V., einer recht bekannten Persönlichkeit, die Klage auf Entziehung der Approbation erhoben worden. Dr. med. V. hatte bekanntlich seine angeblichen Erfolge in den verschiedensten Zeitungen ankündigen lassen und dann zahlreiche Personen brieflich behandelt. Da er die Arbeit schliesslich nicht mehr allein bewältigen konnte, so überliess er zum grössten Theil die Beantwortung der Briefe und die Behandlung der auswärtigen Patienten seinem Bureaupersonal, welches keine medizinische Vorbildung erhalten hatte. Im Allgemeinen wurde eins von vier stets auf Lager gehaltenen Medikamenten verordnet und versandt. Der grossartige Geschäftsbetrieb nahm aber mit der Verurtheilung V. wegen Betrug und fahrlässiger Tödtung eines Menschen zu  $4\frac{1}{4}$  Jahren Gefängniss, 3000 Mark Geldstrafe und 5 Jahren Ehrverlust ein jähes Ende. V. hat inzwischen seine Strafe verbüsst und ist bestrebt, seine Thätigkeit als Arzt auszuüben. Der Bezirksausschuss erkannte aber nach dem Antrage der Polizeibehörde auf Entziehung der Approbation während der Dauer des Ehrverlustes und führte aus, Dr. V. habe sich schwer gegen die ärztlichen Standespflichten vergangen und erscheine nicht mehr würdig, dem ärztlichen Stande anzugehören. Dr. V. focht diese Entscheidung durch Berufung an und betonte, es gebe homöopathische Aerzte, die fortwährend ihre Patienten mit absolut unwirksamen Mitteln behandeln. Das Oberverwaltungsgericht entschied indessen ebenfalls zu Ungunsten von Dr. V. und verwarf sein Rechtsmittel als unbegründet.

M.

#### Aus dem Kammergericht.

##### Ein arztlähnlicher Titel.

Entsch. vom 4. Sept. 1902.

Ein Zahntechniker B. nannte sich u. A. auf seinem Geschäftsschild auch „Spezialist für Zahn- und Mundkrankheiten“. Auf Grund der Gewerbeordnung wurde B. in Strafe genommen, weil er, ohne als Arzt approbirt zu sein, sich einen arztlähnlichen Titel beigelegt habe, durch welchen der Glaube erweckt werde, der Inhaber des Titels sei eine geprüfte Medizinalperson. Während das Schöffengericht den Angeklagten freisprach, verurtheilte ihn die Strafkammer zu einer Geldstrafe, weil durch die erwähnte Bezeichnung im Publikum der Glaube erweckt werde, es handle sich um einen approbirten Arzt. Gegen diese Entscheidung legte der angeklagte Zahntechniker noch Revision beim Kammergericht ein, welches aber die Revision als unbegründet abwies, da die Vorentscheidung ohne Rechtsirrtum erfolgt sei.

##### Unlauterer Wettbewerb.

Der Heilkundige L. in B. verspricht in Zeitungsinserten, alle möglichen Krankheiten zu heilen, z. B. Asthma, Zuckerkrankheit, Blutarmuth etc. Sichere Heilung stellt er auch auswärtigen Kranken durch seine homöopathischen Mittel in Aussicht. Er erklärte in den Inseraten, in seiner langjährigen Praxis habe er Personen wiederhergestellt, welche von Aerzten aufgegeben seien. Auf Antrag der Aerztekammer für die Provinz

Brandenburg wurde L. vom Schöffengericht wegen unlauteren Wettbewerbs zu einer Geldstrafe verurtheilt und der Aerztekammer auch die Publikationsbefugniß zugesprochen. Das Gericht nahm an, dass die Angaben des Angeklagten in den Inseraten über seine Erfolge bewusst unwahr seien und auch geeignet erscheinen, das Publikum zu täuschen. Das Landgericht erkannte auf Verwerfung der Berufung des Angeklagten. Diese Entscheidung focht L. durch Revision beim Kammergericht an; er behauptete, er habe grosse Erfolge erzielt und nicht die Absicht gehabt, Personen aus dem Publikum zu täuschen. Das Kammergericht wies jedoch die Revision als unbegründet zurück, da die Vorentscheidung ohne Rechtsirrtum ergangen sei. M.

## Bücherbesprechungen und Anzeigen.

**Karup, Gollmer und Florschütz.** Aus der Praxis der Gothaer Lebensversicherungsbank. Versicherungs-Statistisches und -Medizinisches. Herausgegeben vom Vorstand der Gothaer Lebensversicherungsbank a. G., zur fünfundsiebzigsten Wiederkehr des Gründungstages der Bank. Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1902. 8° (VIII u. 250 S.).

In dieser Festschrift sind aus den „Monats-Blätter für die Herren Vertrauensärzte der Lebensversicherungsbank f. D. zu Gotha, bearbeitet im Auftrage der Bankverwaltung von Stabsarzt a. D. Dr. R. Gollmer-Gotha (1886 bis jetzt)“, welche im Manuskript gedruckt sind und nicht in den Buchhandel kamen, eine Reihe von Arbeiten zusammengestellt worden, welche sich speziell auf die Versicherungs-Medizin beziehen, und es sind ihnen aus dem Zweige der Lebensversicherungs-Statistik einige Untersuchungen vorausgeschickt worden, welche früher in den Jahrgängen 1886, 1888, 1890 und 1894 der „Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik von Conrad“ erschienen sind und welche sich an die „Mittheilungen aus der Geschäfts- und Sterblichkeits-Statistik der Lebensversicherungsbank für Deutschland zu Gotha für die 50 Jahre von 1829 bis 1878, Weimar, 1880“ anreihen. Mit der jetzigen Veröffentlichung hat die Gothaische Lebensversicherungsbank zuerst von allen das Gebiet der Versicherungs-Medizin betreten und an der Hand ihres seit Jahren massenhaften Erfahrungs-Materials in zusammenhängender Weise eine Reihe der wichtigsten Fragen erörtert.

Der erste Theil (Versicherungs-Statistisches, S. 1—248) enthält: 1. Die Mortalitätsverhältnisse des ärztlichen Standes nach den Erfahrungen der L. V. B. f. D. (1886); 2. Die Mortalitätsverhältnisse des geistlichen Standes nach den Erfahrungen der L. V. B. f. D. (1888); 3. Die Sterblichkeit nach Todesursachen unter den Versicherten der G. L. V. B. f. D. während der Zeit von 1829—1878 (1890); 4. Die Mortalitätsverhältnisse der Lehrer nach den Erfahrungen der G. L. V. B. f. D. (1894).

Der zweite Theil (Versicherungs-Medizinisches, S. 249 bis 520) enthält (die bezeichnete Jahreszahl bezieht sich auf das Erscheinen in den oben erwähnten Monats-Blättern für die Vertrauensärzte): 1. Das streng individuelle Ausleseverfahren (1893); 2. Das Formular für die vertrauensärztlichen Zeugnisse und Gutachten (1894); 3. Die allgemein obligatorische Harnanalyse (1896); 4. Der Glykosuriker als Antragsteller (1896); 5. Der vertrauensärztliche Befund soll beschrieben werden (1896); 6. Zur Technik der verschiedenen Körpermasse (1896); 7. Die Bedeutung des Ernährungszustandes für die Beurtheilung der Versicherungsfähigkeit (1896); 8. Die Auslese gegenüber Antragstellern mit Herzstörungen (1901); 9. Heredität und persönliche Konstitution in ihrer Bedeutung

für die Lungenschwindsucht (1897); 10. Der erste Tuberkulose-Kongress zu Berlin (1899); 11. Die Abwehrungsregeln gegenüber der Tuberkulose bei der Lebensversicherung (1900); 12. Die gegenseitige Infektionsgefahr bei Ehegatten hinsichtlich der Lungenschwindsucht (1901); 13. Die Lebensversicherungs-Anstalten und die Lungenheilstättenfrage (1901); 14. Die Sterblichkeit bei der „Germania“ (Stettin) und bei „Gotha“ (1898); 15. Das Schwangerschaftsrisiko in der Lebensversicherung (1899); 16. Wie lange soll die Syphilis geheilt sein, ehe Antragsteller, welche daran gelitten haben, versichert werden können? (1896); 17. Eine Syphilis-Statistik, wie sie nicht sein soll (1901); 18. Die progressive Gehirnparalyse als Todesursache unter den Versicherten (1897); 19. Die Abweisungen bei der Gothaer Bank in den Jahren 1895—1898 (1899); 20. Wie ist die Rolle der Erblichkeit und der Disposition in der Aetiologie der Tuberkulose zu ermitteln? (1902); 21. 517 über 85 Jahre alt gewordene Versicherte (1897); 22. Die ärztliche Auslese nach Mahillon (1895); 23. Ueber die Faktoren der Widerstandskraft und die Vorhergabe der Lebensdauer beim gesunden Menschen nach Hägler (1897); 24. Die ärztliche Versicherungs-Diagnostik der vollwerthigen und der minderwerthigen Leben nach Buchheim (1898); 25. Eine Untersuchung über die Sterblichkeit nicht versicherter Aerzte (1897).

Wir ersehen hieraus, welche Fülle von Erörterungen in diesen Arbeiten enthalten ist, welche sich theils auf dem Gebiete der Versicherungs-Praxis, theils auf dem der reinen medizinischen Wissenschaft bewegen. Vor allen von hohem Interesse sind die Erwägungen, welche sich mit der Abwehr der Schädigung der Bank durch die grossen Feinde und Verkürzer des Menschenlebens, die Tuberkulose, die Herzkrankheiten, die Arteriosklerose, die Syphilis, die progressive Gehirnparalyse, die Heredität beschäftigen, oder die wichtige Bedeutung der Urinuntersuchung (auf Zucker, Eiweiss usw.) näher erörtern. Das überdies vortrefflich ausgestattete Buch ist für jeden Arzt, welcher sich mit dem Lebensversicherungswesen zu beschäftigen hat, ein unentbehrlicher Führer und Rathgeber.

Bernhard Schuchardt-Gotha.

**Kleinwächter,** Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. III. Aufl. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien.

Verf. hat in der neuen Auflage seine ursprüngliche Schrift umgearbeitet. Ein Bild der historischen Entwicklung der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft leitet das umfangreicher gewordene Werk ein, aus dem vor Allem sofort die Berücksichtigung der Literatur mit 712 Nummern auffällt.

K. hält die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft trotz der vorgeschrittenen Asepsis durchaus nicht für einen gleichgiltigen Eingriff, sondern will ihn nur unter ganz strengen Indikationen angewandt wissen. Er geht jede einzelne derselben durch, wobei ich ihm im Rahmen des Referats nicht folgen kann, aber erwähne, dass nach Verf. weder die verschiedenen Bluterkrankungen, noch Nierenerkrankungen, noch Schwangerschaftserbrechen, noch Chorea, noch Herzkrankungen, noch die akut entzündlichen Lungenerkrankungen noch Lungentuberkulose Veranlassung zur künstlichen Frühgeburt geben sollen.

Ueber die nervösen und psychischen Erkrankungen der Graviden äussert sich K. leider nicht!

In der Kritik der Operationsmethoden fällt auf, dass Verf. die Colpeurese und die instrumentelle Erweiterung der Cervix verwirft, während er der Cohenschen, Krauseschen und Kiwischschen Methode das Wort redet. Schwarze.

**Ostertag**, Handbuch der Fleischbeschau für Thierärzte, Aerzte und Richter. Vierte neubearbeitete Auflage mit 260 in den Text gedruckten Abbildungen und einer Farbentafel. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1902.

Nach der bald nach dem Erscheinen der dritten Auflage des Ostertag'schen Handbuchs erfolgten Verabschiedung des Reichsgesetzes, betr. die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 erwies sich die Herstellung einer neuen Auflage des weit verbreiteten und mit Recht sehr beliebten Handbuchs als nothwendig. Gleichwohl musste sich der Verfasser, da das Gesetz in seinen wesentlichen Bestimmungen bei dem Erscheinen der vorliegenden Auflage noch nicht in Kraft getreten war, darauf beschränken, in dem Abschnitt über die gesetzlichen Grundlagen der Fleischbeschau das neue Gesetz sammt den aus den amtlichen Materialien sich ergebenden Erläuterungen einzuschalten und bei der Beurtheilung der Fleisch-anomalieen den bisher gebräuchlichen, auf das Nahrungsmittelgesetz sich stützenden Bezeichnungen die Qualitätsbegriffe des neuen Gesetzes beizufügen. Danach hat auch der vor Erlass des Nahrungsmittelgesetzes üblich gewesene Begriff des minderwerthigen Fleisches wieder bedingte Rechtmässigkeit erlangt. Leider konnten die inzwischen erschienenen Ausführungsbestimmungen zum Fleischschaugesetz noch nicht berücksichtigt werden, doch beabsichtigt der Verfasser, sie demnächst als Ergänzung seines Handbuchs herauszugeben.

Der Inhalt des Handbuchs ist dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft entsprechend erweitert und vervollständigt, der Massstab für die Beurtheilung des Fleisches den neuzeitlichen Erfahrungen angepasst. In dieser Beziehung sei besonders auf das wissenschaftlich motivirte Verfahren bei der Beurtheilung des Fleisches tuberkulöser Thiere hingewiesen. Von sonstigen Neuerungen verdienen Erwähnung die Einfügung der infektiösen Erkrankungen der Fische und Krebse, die Abbildungen des Geschlechts bei Krebsen, der Entwicklung der Trichine, der Myxosporidienkrankheit der Fische u. A. Wie die früheren Auflagen wird auch die vorliegende sich allen Fleischschauinteressenten als unentbehrlich erweisen.

Roth-Potsdam.

### Zur Besprechung eingegangen.

(Besprechung vorbehalten.)

Verlag von Gustav Fischer, Jena:

Veröffentlichungen des Komitees für Krebsforschung.  
II. Ergänzungsband z. Klinischen Jahrbuch. 1902. Preis 3.50 M.  
Gr. Folio 32 Seiten.

**Dungern**, Die Antikörper. 1903. Preis 2.50 M. 114 Seiten.  
**Bredtschneider**, Das Trennsystem. Handb. d. Hygiene. 2. Supplem.-  
Bd. 2 Lief. 1902. Preis 1 M. 27 Seiten.

Verlag J. F. Bergmann, Wiesbaden:

**Lubarsch**, Pathologische Anatomie und Krebsforschung.  
1902. 61 Seiten. Preis 1.30 M.

**Truhart**, Pankreas-Pathologie. I. Theil: Multiple abdominale  
Fettgewebsnekrose. 1902. 498 Seiten. Preis 12 M.

**Schmid**, Repetitorium der inneren Medizin. 1902. 139 Seiten.  
Preis 2.50 M.

Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens:

Bd. XVI. **v. Bechterew**, Die Energie des lebenden Organismus. 132 Seiten. Preis 3 M.

Bd. XVII. **Möbius**, Ueber das Pathologische bei Nietzsche. 106 Seiten. Preis 2.80 M.

Bd. XVIII. **Näcke**, Ueber die sogen. „Moral Insanity“. 65 Seiten.  
Preis 1,60 M.

Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig:

**Ribbert**, Lehrbuch der speziellen Pathologie. 1902. 802 Seiten.  
Preis 18 M.

**Gross**, Gesammelte kriminalistische Aufsätze. 1902. 429 Seiten.  
Preis 14 M.

Verlag A. Stuber, Würzburg:

**Braun**, Die thierischen Parasiten des Menschen. 1903.  
3. Aufl. 360 Seiten. Preis 8 M.

**Presch**, Die physikalisch-diätetische Therapie. Liefg. I.  
96 Seiten. Preis 2 M.

Verlag W. Braumüller, Wien und Leipzig:

**Heitzmann**, Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen.  
I. Band. 9. Aufl. 283 Seiten. Preis 10 M.

Verlag H. Hartung & Sohn, Leipzig:

**Fraenkel**, Die 20 splanchnologischen Vorträge des medizinischen Staatsexamens. I. Bd. 181 Seiten. Preis 3 M.

**Fraenkel**, Die 20 histologischen und osteologischen medizinischen Staatsexamens-Vorträge. 221 Seiten.

**Albrand**, Die Kostordnung an Heil- und Pflege-Anstalten.  
79 Seiten. Preis 1.80 M.

**Schilling**, Hygiene und Diätetik der Stoffwechsel-Krankheiten.  
Preis 5.40 M.

Verlag G. Gaddi, Novara:

**Borella**, Il Medico di fronti alla legge degli infortuni del lavoro. 50 Seiten.

Verlag Carl Marhold, Halle a. S.

**Lindenmeyer**, Ueber Schrotschussverletzungen des Auges.  
28 Seiten. Preis 1 M.

**Sippel**, Ueber Eklampsie. 23 Seiten. Preis 0.90 M.

**Hölscher**, Die otitische Sinusthrombose. 46 Seiten.

**Walther**, Ueber den Abortus. 22 Seiten. Preis 0.90 M.

**Goldzieher**, Ueber Syphilis der Orbita. 24 Seiten. Preis 1 M.

Verlag Ernst Heinrich Moritz, Stuttgart:

Bibliothek der Gesundheitspflege:

Bd. V. **Haug**, Hygiene des Ohres. 104 Seiten. Preis 1 M.

Bd. VII. **Port**, Hygiene der Zähne und des Mundes. 94 Seiten.  
Preis 1 M.

Verlag Vogel & Kreienbrink, Berlin:

**Klonka-Partsch-Leppmann**, Medizinischer Taschenkalender.  
1903. XVI. Jahrgang. Preis 2 M.

Verlag Johannes Alt, Frankfurt a. M.

**v. Grolmann**, Aerztliches Jahrbuch. 1903. Preis 2 M.

Verlag Julius Springer, Berlin:

**v. Esmarch**, Hygienisches Taschenbuch. 3. Aufl. 295 Seiten.  
Preis 4 M.

### Gebührenwesen.

Herr Kollege Wedel-Krefeld theilt uns zur Frage der Verpflichtung der Krankenkassen, für Leistungen von Nicht-Kassenärzten aufzukommen, eine für weitere Kreise interessante Entscheidung von prinzipieller Bedeutung mit, die am 30. September d. J. das Amtsgericht zu Krefeld gefällt hat.

Der minderjährige Schlosserlehrling Johann G., vertreten durch seinen Vater, hatte die Schlosser-Innungskrankenkasse zu Krefeld wegen einer ärztlichen Honorarforderung von 30 Mark verklagt. Der Kläger erlitt am 9. September vorigen Jahres im Betriebe seines Meisters einen Unfall, der in einer erheblichen Verletzung zweier Finger der rechten Hand bestand. Der Unfallverletzte wandte sich an den in seiner Nähe wohnenden Arzt Dr. W., der unter Assistenz eines Kollegen die sofortige Amputation des Ringfingers und die Vernähung etc. des Nachbarfingers vorzunehmen sich veranlasst sah. Beide Herren waren nicht Kassenärzte der Schlosser-Innungskrankenkasse. Diese erklärte nun, dass sie sich nicht für verpflichtet halte, das beanspruchte Honorar von 30 Mark an die betr. Aerzte zu zahlen, sondern bewilligte nur für einen „Nothverband“ 5 Mark, indem sie sich auf das Gutachten ihrer drei Kassenärzte berief, die eine Amputation nicht für absolut nothwendig gehalten hätten. Kläger erhob gegen diesen Bescheid Beschwerde beim Oberbürgermeister. Dieser erklärte den Anspruch des Klägers auf Zahlung von 30 Mark für unbegründet, indem er den Standpunkt der Beklagten

für richtig erachtete. Gegen diesen Entscheid beschritt Kläger den Rechtsweg. Das Amtsgericht verurtheilte aber die Kasse zur Zahlung des vollen Honorars.

Von Interesse sind die Gründe, die das Urtheil angeht: Da unstreitig die fragliche Verletzung ein dringender Fall war, war Kläger berechtigt, einen Nichtkassenarzt in Anspruch zu nehmen, und muss Beklagte dem Kläger alle Kosten erstatten, deren Aufwendung durch die Dringlichkeit des Falles geboten war. Hierunter sind jedenfalls diejenigen Kosten zu rechnen, welche der angerufene Arzt nach seinem pflichtgemässen Ermessen unter den obwaltenden Umständen für unaufschiebbar nothwendig erachtet. Dem Kranken selbst kann selbstverständlich nicht zugemuthet werden, über die Nothwendigkeit ärztlicher Verrichtungen zu entscheiden. Eben- sowenig erscheint es angängig, dass der Arzt, wenn er etwa Zweifel an der sofortigen Nothwendigkeit einer ärztlichen Verrichtung hat, sich hierüber erst durch Befragung anderer Aerzte vergewissern soll. Es kann in einem solchen Falle nur das pflichtgemässe Ermessen des behandelnden Arztes selbst entscheiden. Alle Aufwendungen, die er pflichtgemäss für unaufschiebbar nothwendig erachtet, sind als geboten durch die Dringlichkeit des Falles anzusehen, gleichviel, ob vielleicht ein anderer Arzt bezüglich der Nothwendigkeit anderer Ansicht ist.

Im vorliegenden Fall ergibt sich aus den Aussagen der Zeugen Dr. W. und Dr. T., dass, wenn die von diesem Arzte vorgenommenen Verrichtungen unterblieben und nur ein Nothverband angelegt worden wäre, der Kläger sowohl grössere Schmerzen hätte ausstehen müssen, als auch in Gefahr war, sich eine Verschlimmerung seines Leidens durch Infektion zuzuziehen. Wenn unter diesen Umständen der Arzt sofort dazu schritt, den einen Finger abzunehmen und den anderen zu vernähen, so kann dieses Verfahren, wie die beiden Zeugen bekunden, nur als unbedingt pflichtgemässes Handeln angesehen werden. Nach dem Gesagten ist es auch ohne Bedeutung, dass Zeuge Dr. T. (der assistirende Arzt) bekundet, er würde untergebens mit Rücksicht auf die Bestimmungen der Krankenkassen einen Nothverband angelegt und den Kläger dem Krankenhaus überwiesen haben; auch T. erkennt an, dass der Arzt die sofortige Operation pflichtgemäss als unaufschiebbar nothwendig erkannte. — —

Der Herr Einsender bemerkt dazu: In diesem Urtheil ist meines Wissens zum ersten Male entgegen der allgemein herrschenden Anschauung zum Ausdruck gebracht, dass unter den Begriff der Nothhilfe im Sinne des Krankenkassengesetzes nicht nur ein sogenannter Nothverband, sondern ordentliche und ausgiebige Hilfeleistung, wie eine Amputation bei Zerquetschungen u. a. fällt. Damit ist der alten hergebrachten Anschauung der Boden entzogen worden, und mancher Kollege in ähnlicher Lage wird die Entscheidung des genannten Gerichts begrüssen, weil sie einer durchaus vernünftigen Empfindung Rechnung trägt. Anerkannt muss auch werden, mit welcher Präzision das Gerichtsurtheil sich des behandelnden Arztes, der pflichtgemäss handelt und nur allein, nach eigener Anschauung, die Thatsachen beurtheilen kann, annimmt und seine Autorität gegenüber den anderen Aerzten zu schützen weiss.

## Tagesgeschichte.

### Sachverständige Zeugen.

Nach einem juristischen Gutachten, das die Aerztekammer in Innsbruck eingeholt hat, ist nach Oesterreichischem Recht der sachverständige Zeuge nur als Zeuge zu entlohnen, insofern er über „vergangene Thatsachen oder Zustände, zu deren Wahr-

nehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war“, vernommen worden ist. Dagegen ist er als Zeuge nicht verpflichtet, erstens über gegenwärtige Thatsachen und Zustände gleicher Art auszusagen, zweitens fachmännische Schlüsse aus seinen Bekundungen über vergangene Zustände und Thatsachen zu ziehen und drittens sein Gedächtniss aus Materialien oder Aufzeichnungen, die ihm zur Verfügung stehen, vor der Vernehmung aufzufrischen.

Das Deutsche Recht enthält keine ähnlich deutliche Abgrenzung des Zeugen vom Sachverständigen; immerhin sind die obigen Ausführungen auch für unsere Verhältnisse beachtenswerth.

### Eine gefährliche Unsitte.

Nach einer Notiz des Nervenarztes Dr. Mann-Ulm im Württembergischen Aerzte-Korrespondenzblatt ist der Gebrauch der Mohnkopf-Abkochungen zur Beruhigung von schreienden Kindern in ganz Schwaben noch verbreitet. Selbst Erwachsene benützen das Mittel, wie Kollege Mann an einem seiner eignen Patienten erlebt hat, mit einem Erfolg, der am deutlichsten den Gehalt der Mohnköpfe — dort im Volksmunde Oelmägen genannt — an Alkaloiden beweist. Billig ist der „Klepperlethee“ auch, man bekommt 25 Oelmägen für 10 Pfennige, und den modernen Anspruch auf „Naturgemässheit“ kann die Abkochung der heimischen Pflanze ebensogut erheben, wie manches andere Pflanzengebräu. Mit Recht hält Mann ein Einschreiten der Medizinalbehörde, zum Mindesten im Sinne der Aufklärung, für geboten.

### Der Verkauf der ärztlichen Praxis in rechtlicher Beziehung.

Das Oberlandesgericht zu Braunschweig hatte kürzlich über eine Zivilklage zu entscheiden, die den Verkauf einer ärztlichen Praxis betraf. Die Klage auf den Kaufpreis wurde abgewiesen.

Die Begründung des Urtheils verneint, wie die „Magdeburger Zeitung“ mittheilt, die Gleichstellung des Verkaufes einer ärztlichen Praxis mit dem Verkaufe eines Handels- oder sonstigen in den Kreis der Gewerbe fallenden Geschäftes nebst Kundschaft. Denn wenn auch die Ausübung der Heilkunde in einigen Beziehungen der Gewerbeordnung unterstellt sei, so werde hierdurch der Beruf des Arztes keineswegs zu einem blossen Gewerbebetriebe gemacht. Die wissenschaftlichen Grundlagen seiner Ausübung und die gesellschaftliche Stellung seiner Träger lege vielmehr den Vergleich mit den Rechtsanwälten nahe, deren Ehrengerichtshof das Ausbieten und den Verkauf der Anwaltspraxis für unvereinbar mit der Würde des Standes erklärt habe. In der That sei die Wirksamkeit des Arztes wie die des Anwaltes auf das Vertrauen des Publikums zu seinem Wissen und Können gegründet; dieses in seine Persönlichkeit gesetzte Vertrauen dürfe nicht wie eine Waare feilgehalten und in Geld umgesetzt werden. Der in einem solchen Verfahren zu Tage tretende materielle Erwerbssinn lege zudem die Vermuthung nahe, dass der Arzt, der den Verkauf seiner Praxis betreibt, sein Augenmerk weniger auf Fähigkeit, Zuverlässigkeit und Vertrauenswürdigkeit des Reflektanten richten, als danach sehen und trachten werde, einen möglichst hohen Kaufpreis zu erzielen und einen solventen Käufer zu finden. Deshalb kennzeichne sich der Verkauf einer Arztpraxis als ein Vorgang, welcher der für den Beruf eines Arztes erforderlichen Achtung unwürdig sei; er sei ein gegen die guten Sitten verstossenes und demnach nichtiges Rechtsgeschäft, aus dem irgend welche Ansprüche nicht hergeleitet werden könnten.

### III. Internationaler Kongress der Versicherungsärzte. Paris. Mai 1903.

Nach dem soeben ausgegebenen vorläufigen Programm besteht das vorbereitende Komitee aus folgenden Mitgliedern:  
Präsident: M. le professeur P. Brouardel, membre de l'Institut.

Vice-Présidents: M. le professeur Landouzy, membre de l'Académie de médecine;

M. le Dr. Peyrot, membre de l'Académie de médecine;

M. le Dr. Lereboullet, membre de l'Académie de médecine;

M. le Dr. Poëls, de Bruxelles, secrétaire-général de l'Association internationale des médecins-experts de compagnies d'assurances.

Secrétaire-Général: M. le Dr. Armand Siredey, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, rue Taitbout, 80, Paris.

Secrétaire-Général adjoint: M. le Dr. Emery.

Trésorier: M. Pierre Masson, boulevard Saint Germain, 120, Paris.

#### Membres du Comité:

M. le Dr. Brault, médecin de l'hôpital Lariboisière.

M. le Dr. Boissier.

M. le Dr. A. Chauffard, médecin de l'hôpital Cochin.

M. le Dr. Descouts.

M. le Dr. Duboys de la Vigerie.

M. Fassy, directeur de la compagnie „L'Urbaine“.

M. le Dr. Garrigues.

M. le Dr. Gouël, médecin de l'hôpital de Villepinte.

M. Grimpel, directeur de la compagnie „La Nationale“.

M. Guieysse, président de l'Institut des Actuairens.

M. le Dr. Ed. Hirtz, médecin de l'hôpital Laënnec.

M. de Kertanguy, directeur de la compagnie d' „Assurances Générales“.

M. le Dr. Lacombe, médecin de l'hôpital Beaujon.

M. Matignon, directeur de la compagnie „Le Phénix“.

M. le Dr. Mauriac, médecin honoraire des hôpitaux.

M. Pérard, directeur de la compagnie „La Confiance“.

M. le professeur Proust, membre de l'Académie de médecine.

M. de Serbonnes, directeur de la compagnie „L'Abeille“.

M. le Dr. Schwebisch.

M. le Dr. J. Voisin, médecin de l'Hospice de la Salpêtrière.

M. le Dr. Weill-Mantou.

Von Vorträgen sind bisher angemeldet:

Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke; Beitrag zur Versicherung von minderwerthigen Leben. Dr. Poëls-Brüssel.

Die versicherungsärztliche Beurtheilung der überstandenen Brustfellentzündungen

Dr. P. Bourcy-Paris,

des Emphysems Dr. Hirtz-Paris,

des Asthma Dr. Mahillon-Brüssel,

der Thoraxanomalien Dr. Redard-Paris,

der Nephrolithiasis Dr. Gillet-Paris,

der Cholelithiasis Dr. Carrigues-Paris,

der Magenerkrankungen Dr. Braga-Para-Brasilien,

Der Status des Antragstellers und die Tuberkulose Dr. Florschütz-Gotha,

Schwangerschaft und Lebensversicherung Dr. Tissier-Paris,

Gicht und Lebensversicherung Dr. Lereboullet-Paris,

Arteriosklerose und Lebensversicherung Dr. Moritz-St. Petersburg,

Fettleibigkeit und Lebensversicherung Dr. Norton-Paris.

Ueber das Risiko älterer Antragsteller Dr. van der Heide-Arnheim,

Inwieweit sind die Spezialisten bei den vertrauensärztlichen Untersuchungen in Anspruch zu nehmen?

Dr. Weil-Manton-Paris.

Die Erblichkeit des Krebses Dr. Peyrot-Paris.

#### Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 15. August 1902 betr. die Zuziehung der Mitglieder der Königl. Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen als Sachverständige in gerichtlichen Angelegenheiten.

Der Justizminister empfiehlt den Gerichten, von der Heranziehung der Mitglieder der Wissenschaftlichen Deputation zu Sachverständigen abzusehen. Gründe: 1. Als Dozenten oder Beamte verfügen die Mitglieder über wenig freie Zeit. 2. Die Mitglieder werden häufig als Obergutachter zugezogen; dies ist nur zugänglich, wenn sie nicht vorher schon den betr. Fall begutachtet haben.

— vom 14. August 1902 betr. Zahlung von Dienstekünften unmittelbarer Staatsbeamter im Postanweisungsverkehr.

Ausführliche Anleitung, die im Original nachgelesen werden muss.

— vom 27. August 1902 betr. Beschleunigung der Disziplinaruntersuchung gegen Lehrer und Beamte.

Thunlichste Beschleunigung derartiger Untersuchungen wird den Regierungs- und Polizei-Präsidenten ans Herz gelegt.

— vom 2. Oktober 1902 betr. die Ladung der Beamten als Zeugen oder Sachverständige vor die Marinegerichte.

Der vorgesetzten Behörde des Beamten ist eine Abschrift der Ladung zu übersenden. Desgleichen ist dieselbe von einer Abstellung des Zeugen oder Sachverständigen zu benachrichtigen, ohne dass Kosten für die etwa verpflichtete Partei dadurch entstehen.

— vom 2. Oktober 1902 betr. das Verfahren bei Verleihung von Apotheken-Konzessionen.

Das Vorliegen eines Zivilversorgungsscheines begründet nicht eine Bevorzugung bei der Verleihung von Konzessionen. Bei gleicher Befähigung ist das höhere Approbationsalter ausschlaggebend.

— vom 1. Oktober 1902 betr. den Aufsatz des Dr. B. Ledermann: „Zur Verhütung und Bekämpfung der Syphilis.“

In dem genannten Aufsatz ist Manches empfohlen, was dem Minister unzumutbar bzw. undurchführbar erscheint: tägliche Untersuchung der Prostituirten, Errichtung öffentlicher Schmierstuben für Syphilitische, Ertheilung von Warnungen an Ehestandskandidaten. Dagegen erachtet er den Vorschlag, Spezial-Krankenhäuser und Polikliniken zur stationären und besonders zur ambulanten Behandlung Prostituirter zu benutzen und hält es für erwägenswerth, die heranwachsende Jugend auf die Gefahren der venerischen Krankheiten hinzuweisen.

Die Oberpräsidenten sollen über ihre Ansichten betr. L.'s Vorschläge berichten.

— vom 14. Oktober 1902 betr. Grundsätze für die Reinigung von Oberflächenwasser betr. Sandfiltration zu Zeiten der Cholera-Gefahr.

Genaue Anweisung zur Herstellung, Prüfung und Instandhaltung der Filter.

— vom 16. Oktober 1902 betr. Mittheilung ansteckender Krankheiten seitens der Militärbehörden an die Zivilbehörden.

Scharlach ist nur bei gehäuftem Vorkommen anzuzeigen.

— vom 14. Oktober 1902 betr. Versuche mit staubbindenden Fussbodenölen.

Nach Versuchen, die in Göttinger Hörsälen von Priv.-Doz. Dr. Reichenbach angestellt wurden, verringert Anstrich mit staubbindenden Ölen (Dustless-Oel, Florizin und „Staublos“) die Staubbildung sehr bedeutend. Der Anstrich hält ein Semester vor. Das Verfahren ist billig, sein einziger Nachtheil ist ein schmutzigeres Aussehen der Fussböden.

Bekanntmachung vom 22. Oktober 1902 betr. Einrichtung und Betrieb der Rosshaarspinnereien, Haar- und Borstenzurichtereien, sowie der Bürsten- und Pinselmachereien.

Wird unter „Gewerbehygienische Rundschau“ besprochen werden.