

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 Jona.	Dr. Kirchner Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof. Berlin.	Dr. A. Leppmann Med.-Rath. Berlin.	
Dr. von Liszt Geh. Just.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Ostertag Professor Berlin.	Dr. Puppe Priv.-Doz. u. Gerichtsarzt Berlin.	Dr. Radtke Kaiserl. Reg.-Rath Berlin.	Dr. Roth Reg.- u. Geh. Med.-Rath Potsdam.	Dr. Schwechten Sanitätsrath Berlin.	Dr. Silex Professor Berlin.	Dr. P. Stolper Privat-Dozent Breslau.	Dr. Windscheid 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. 36.

VIII. Jahrgang 1902.

№ 24.

Ausgegeben am 15. Dezember.

Inhalt:

Originalien: Stolper, Der Unterricht in der Praxis der Arbeiterfürsorgegesetze, eine Aufgabe der gerichtlichen Medizin. S. 493.
Puppe, Ueber larvirte sexuelle Perversität. S. 497.
Wolff, Störungen am Zirkulationsapparat nach Unfällen. S. 499.

Referate: Sammelbericht. Silex, Augenärztliche Literatur in ihrer Beziehung zur Sachverständigen-Thätigkeit für die letzten zwei Semester. S. 503.

Allgemeines. Kugel, Ein Beitrag aus der gerichtlichen Praxis. S. 505.

Chirurgie. Dietzer, Fall von Schenkelhalsfraktur mit Verlängerung des Beines. S. 505.

Graessner, Zur Kasuistik der Hüftgelenkspfannenbrüche. S. 505.

Schanz, Luxation des Fusses nach hinten. S. 506.

Wittek, Ueber *Pos calcaneus traumaticus*. S. 506.

Schulte, Isolirter Bruch des Dornfortsatzes des dritten Lendenwirbels durch Muskelzug. S. 506.

Raven, Wirbelbruch bei einem Haemophilen mit tödtlicher Blutung in den hinteren Mittelfellraum. S. 506.

Neurologie und Psychiatrie. Robinowitsch, Klinische Studie über Zwangsvorstellungen und Impulse. S. 507.

Ferrari, Klinische Studien über zirkuläres Irrsein. S. 507.

Semidalow, Beitrag zur Kenntniss des akuten Deliriums. Psychische Störung bei Skorbit. Hämorrhagische Encephalitis. (Strümpell). S. 507.

Caspari, van der Minne und Zechuison, Ueber Schultermessung bei normalen Personen u. über d. diagnostischen Werth derselben bei Lähmungen resp. Neurosen der Schulter. S. 508.

Aus Vereinen und Versammlungen. 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad 1902. Sektion Gerichtliche Medizin. (Schluss.) — Protokoll der Jahres-Versammlung des Vereins der Bahnärzte des Direktionsbezirktes Halle a. S. S. 509.

Gerichtliche Entscheidungen. Aus dem Reichs-Versicherungsamt: Verletzung der grossen Zehe. Bewerthung der Unfallfolgen. — Minderung der Erwerbsfähigkeit bei Verlust der grossen Zehe: im vorliegenden Falle bejaht. S. 513.

Bücherbesprechungen: Haug, Hygiene des Ohres im gesunden und kranken Zustande. — Becker, Einführung in die Psychiatrie. — Dammmer, Handbuch der Arbeiterwohlfahrt. — Grotjahn und Kriegel, Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiet der sozialen Hygiene und Demographie. — Seel, Gewinnung und Darstellung der wichtigsten Nahrungs- und Genussmittel. — Keim, Ideales und Reales in der Bienenzucht. S. 514.

Tagesgeschichte: Staatliche Unfallversicherung in Schweden. — Zur Frage der Bekanntgabe ärztlicher Gutachten an Unfallverletzte. — Die Wurmkrankheit. — Versuche an Gesunden über die Wirkung des Borax als Fleischkonservierungsmittel. — Desinfektion bei ansteckenden Krankheiten. S. 515.

Der Unterricht in der Praxis der Arbeiterfürsorgegesetze, eine Aufgabe der gerichtlichen Medizin.

Antrittsvorlesung.

Von

Dr. med. P. Stolper.

Privatdozent für gerichtliche Medizin an der Universität Breslau.

Der unlängst heimgegangene Bahnbrecher auf allen Gebieten der neueren Medizin, Rudolf Virchow, begründete in seinen Werdejahren zur besseren Verbreitung seiner gegen die alten Dogmen ankämpfenden Ideen eine eigene Zeitschrift, „die medizinische Reform“. Sie ist sehr bald wieder eingegangen; aber unvergessen sollten aus diesen Blättern die ihnen vorangestellten Worte bleiben: „Die Aerzte sind die natürlichen Anwälte der Armen, und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Theil in ihre Jurisdiktion.“

In einer wohl kaum geahnten Weise hat Virchow die Erfüllung dieses Wunsches erlebt. Denn des ersten deutschen Kaisers Botschaft vom 17. November 1881, die für die Kulturgeschichte des Deutschen Reiches nicht blos, sondern für die

staatliche Fortentwicklung der ganzen Welt von einschneidender Bedeutung geworden ist, erklärte, allen republikanischen Wohlfahrtsbestrebungen es zuvorthuend, die weitgehendste Fürsorge für die arbeitenden Klassen als eine Pflicht des Staates. Die „sozialen Gesetze“, das Kranken-, das Unfall-, das Invaliden-Versicherungs-Gesetz sind die in ihrer segensreichen Wirkung vielfach noch unterschätzten Früchte jenes Evangeliums der Versöhnung zwischen Reichen und Armen.

An ihrer praktischen Durchführung mitzuwirken, sind die Aerzte, denen sich damit ein neues grosses Arbeitsfeld eröffnete, in erster Linie berufen, wie jüngst wieder der Hauptorganisator auf diesem Gebiet, Bödiker, hervorgehoben hat. Als Arzt der Krankenkassenmitglieder, von denen Tausende sich früher sachverständige Hilfe in Krankheitsnöthen überhaupt nicht gönnten, können sie jetzt zur Hebung der allgemeinen Gesundheitsverhältnisse beitragen. Als Gutachter sind sie im Dienste des Invaliden- wie des Unfallversicherungsgesetzes vielfach in Anspruch genommen. Die gedeihliche Verwaltung und Rechtsprechung im Gebiete der Arbeiterversicherung liegt zu einem grossen Theil in ihren Händen.

Aber auch neue Anregung zur Forschung über die Ursachen des Krankseins haben diese Gesetze gebracht. Wieviel mehr Bedeutung misst man heute dem Trauma als Krankheitsursache bei als vor etwa zwanzig Jahren? Wieviel weiter geht heut auch die methodische Behandlung von Unfallsfolgen? Sie begnügt sich nicht mehr mit der anatomischen Heilung, sie strebt jetzt entschieden in höherem Masse auch das bestmögliche funktionelle Resultat an!

Den Juristen aber mögen die öffentlichen Fürsorgegesetze nicht weniger neu und eigenartig anmuthen. Ihr Geist ist ein so ganz anderer, als der des bürgerlichen oder des Strafrechts. Wer sich von den Härten der unerbittlichen Logik in letzteren, von den Folgen der Schuld als ausübender Richter manchmal im Inneren verstimmt fühlen mochte, in jenen auf des Wohl der Armen abzielenden neuen Gesetzen werden seine Entscheidungen, wenn sie dem versöhnenden, helfenden, fürsorgenden Grundzuge derselben entsprechen, mehr auch das Herz befriedigen.

Juristen und Mediziner haben auf diesem neuen Gebiet, Hand in Hand, schon viel gearbeitet. Die Gesetzgebung hat viele der Mängel, die dem so von Grund aus neu geschaffenen Gesetze naturgemäss zunächst anhafteten, bereits beseitigt. Unter der Mitwirkung hervorragender Aerzte sind in den Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamtes, der obersten Instanz ähnlich dem Reichsgericht in zivil- und strafrechtlichen Fragen, für zahlreiche Streitfälle bestimmte Normen festgelegt. Wir wissen, was wir in unkomplizierten Fällen für Renten zu empfehlen haben, für z. B. den glatten Verlust einzelner Finger, für den einfachen Verlust einer Hand, eines Beines, für Einäugigkeit, für einen Eingeweidebruch und andere Unfallsfolgen.

Aber entsprechend der unendlich grossen und wandelbaren Materie giebt es noch viele, viele Probleme zu lösen.

Noch ist man sich über den Namen der neuen Lehre nicht einmal einig. „Unfallheilkunde“? Dieses Wort berücksichtigt zu wenig die wichtige juristische Seite. „Soziale Medizin“? lässt Missdeutungen zu.

Ich habe, dem seiner Zeit auf der Aachener Naturforscherversammlung von Thiem ausgesprochenen Wunsche nach einem erschöpfenden Namen Rechnung tragend, die Bezeichnung „versicherungsrechtliche Medizin“ vorgeschlagen*) und für sie von vielen Seiten volle Zustimmung erhalten. Die neuen sozialen Gesetze geben dem Arbeiter das Recht auf Versicherung für den Fall der Erkrankung (K. V. G.), für den Fall der Erwerbsbeschränkung durch Unfall bei der Betriebsarbeit (U. V. G.), für den Fall der vorzeitigen und der durch hohes Alter bedingten Invalidität (J. V. G.). Die Summe dieses Rechts kann man daher zum Unterschiede von dem bürgerlichen und dem Strafrecht als Versicherungsrecht bezeichnen, die vorwiegend den Medizinern zufallende wissenschaftliche Bearbeitung dieses Gebiets als versicherungsrechtliche Medizin.

So ähnelt diese Disziplin auch im Namen der ihr dem Wesen nach eng verwandten gerichtlichen Medizin, die als ein Zweig der alten Staatsarzneikunde und als Lehrfach uralt ist und in gleicher Weise die Anwendung besonders erworbener ärztlicher Sachkenntniss auf die in der zivil- und strafrechtlichen Praxis sich ergebenden Fragen zum Lehrzweck hat.

Mit dem Nachweis der inneren Verwandtschaft der gerichtlichen und versicherungsrechtlichen Medizin werde ich meine heutige Aufgabe zu lösen suchen, nämlich die, zu zeigen, dass der Unterricht in der letzteren, das ist in

der Praxis der Arbeiter-Fürsorgegesetze eine Aufgabe ist der akademischen Lehrer der gerichtlichen Medizin.

Die gerichtliche Medizin muss sich, wie jedes medizinische Lehrfach, zweierlei Ziele stecken, eines in vorwiegend theoretisch-forschender und eines in mehr praktisch-anleitender Richtung. Ihre eine Aufgabe ist, die in der Rechtspraxis sich ergebenden rein medizinischen Streitfragen experimentell und an der Hand vorkommender Fälle zu erforschen und zu erklären; ihre andere, die Kenntniss aller für eben diese Praxis wichtigen Gesetze und die technische Schulung in den gewöhnlichsten Untersuchungsmethoden am Objekt, sowie in der Abfassung der darüber zu erstattenden Zeugnisse und Gutachten dem Lernenden zu vermitteln.

Nun hat die gerichtliche Medizin seit je die Lehre von den gewaltsamen Todesarten und die von den Körperverletzungen als ihre Domäne bearbeitet, freilich ausschliesslich nach den Gesichtspunkten des Strafgesetzbuches. Das Versicherungsrecht verlangt — und zwar in erweitertem Masse — das Studium der Einwirkung plötzlicher gewaltsamer Einflüsse auf die menschliche Gesundheit, die Erforschung der Wirkungen des Traumas, wie es die Betriebsunfälle in tausendfältiger Form mit sich bringen. Diese Aufgabe ist keineswegs mit der Feststellung der Zertrümmerung von Gliedmassen, von inneren Organen erschöpft; ungleich interessanter und den Forschungsgeist befriedigender ist die Aufgabe, den geringeren Spuren einer Verletzung nachzugehen, ihre Wirkung auf weite Fristen hin zu verfolgen, wie dies Unfall- und Invalidengesetz soviel häufiger als das Strafrecht verlangen. Wieviel hat das letzte Jahrzehnt allein neue Anschauungen gebracht über den Zusammenhang von Unfällen mit Herz- und Lungenkrankheiten, mit anderen inneren Leiden, wieviel über Nervenleiden, über Geistesstörungen, über Geschwulstentwicklung, über Blutveränderungen nach Unfällen! Freilich, der gerichtliche Mediziner wird diese Fragen nicht allein zu bearbeiten haben und nicht allein zu lösen im Stande sein. Greifbare Ergebnisse werden vor Allem in der klinischen Beobachtung reifen. Hat doch auch bislang die gerichtliche Medizin für die Erforschung der Vergiftungen sich auf die pharmakologischen Institute, auf die inneren Kliniken gestützt, für die pathologischen Sexualverhältnisse die Gynäkologen und Nervenärzte, für viele Verletzungen den Chirurgen um Rath gefragt. Aber die Schlussergebnisse dieser Sonderforschungen, soweit sie ihn angehen, muss der gerichtliche Mediziner besonders beherrschen, um sie in aktuellen Fällen zur Anwendung zu bringen. Mit gesunder Kritik sammelnd, wird er, ähnlich wie der pathologische Anatom, vorwiegend aus dem abgelaufenen Krankheitsfall, sei es in vivo, sei es in mortuo, die Entwicklung des Leidens bis zu seinen Ursprüngen verfolgen und die aus dem Versicherungsrecht sich ergebenden Fragen demgemäss zu beantworten haben, freilich nicht selten unter Zuratheziehung einer Kapazität auf dem betreffenden Spezialgebiet. Der Lehrer der versicherungsrechtlichen Medizin sollte kein Spezialist sein im modernen Sinne; seine Spezialstudien dürfen deshalb jeweils die Richtung nehmen, die ihm etwa eine besondere Vorbildung zuweist.

Die gerichtliche Medizin verlangt ferner besondere Erfahrung in pathologisch-anatomischen Dingen für Fragen, die sich am Sektionstisch ergeben; auch das Unfallversicherungsgesetz bringt viel Gelegenheit zu interessanten Beobachtungen an der Leiche. Ja, die von den Berufsgenossenschaften verlangten Obduktionen stellen fast durchweg wissenschaftlich schwierige Aufgaben und verlangen entschieden reichere pathologisch-anatomische Erfahrungen.

*) Monatsschrift für Unfallheilkunde. 1901.

War die Lehre von den Vergiftungen, die Toxikologie, seit je von den forensischen Aerzten besonders viel studirt, so wird diese Kenntniss auch für den Lehrer der versicherungsrechtlichen Praxis nicht brach liegen. Ich erinnere an die vielumstrittene Abgrenzung von Unfall und Gewerbekrankheit.

Um ein prinzipiell wichtiges Beispiel anzuführen, das Paalzow¹⁾ schon hervorgehoben, so hat Lewin verlangt, es müssten die aus den Giftbetrieben sich ergebenden Gewerbekrankheiten als entschädigungspflichtige Unfälle angesehen werden. Er leitet, indem er die Ausnahmestellung der Gifte unter den gewerblichen Schädlichkeiten betont, das Endresultat der Vergiftung von einer Reihe gehäufte kleiner Unfälle ab, von denen jeder einzelne eine erhöhte Disposition für eine energischere Einwirkung eines zweiten und folgenden schafft. Mit dieser Beweisführung würde man leicht dahin kommen, alle Berufskrankheiten als Summe von solchen Unfällen en miniature aufzufassen, so die rheumatischen Erkrankungen der Arbeiter im Nassen, Kalten, die Neurasthenie der Lokomotivführer, die Schwerhörigkeit der Kesselschmiede u. A. mehr. Eine andere Frage ist, ob die Gewerbekrankheiten eine vom nationalökonomischen Standpunkt genügende Berücksichtigung in der staatlichen Arbeiterversicherung gefunden haben. Das Militärpensionsgesetz unterscheidet, wie Paalzow hervorhebt, in einer für die Erkrankten glücklicheren Weise „Invalidität durch innere Dienstbeschädigung“ — entsprechend den Gewerbekrankheiten — und solche durch „äussere Dienstbeschädigung“ — entsprechend dem Betriebsunfall und es entschädigt beide in gleicher Weise. Aber es ist doch auch, wirtschaftlich betrachtet, ein Unterschied zwischen dem Dienst des Soldaten und demjenigen des gewerblichen Arbeiters. Selbstverständlich sind akute Vergiftungen nicht selten auch als Betriebsunfälle anzusehen.

Ich habe dieses Beispiel gewählt, weil es lehrt, wie juristische, nationalökonomische und medizinische Fragen im Bereich der versicherungsrechtlichen Praxis gelegentlich ineinandergreifen. Ich darf noch hinzufügen, wie die Arbeiterschutzvorrichtungen, welche die Gesetze jetzt vorschreiben, aus der Gewerbehygiene heraus erwachsen. Die Einrichtung immer neuer Betriebsarten mit komplizirten mechanischen oder chemischen Prozessen bringt immer neue Betriebsgefahren für die Gesundheit, zu deren Verhütung bezw. Abstellung der gerichtliche Mediziner Stellung nehmen muss, sei es, dass er als Obduzent, sei es, dass er als Gutachter zur wissenschaftlichen Erforschung der Ursachen von Krankheit oder Tod beizutragen hat, vom strafrechtlichen oder vom versicherungsrechtlichen Standpunkt aus.

Die Aufgaben der Vertrauensärzte der Landesversicherungs-Anstalten (Invaliden-Versicherung) unterscheiden sich in einigen Punkten von denjenigen, welche das Unfallversicherungsgesetz stellt, aber sie sind doch eng verwandt. Auch hier kommt es auf die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit im Wesentlichen an. Des Weiteren gilt es vielfach die Prognose abzuwägen, die Aussichten eines etwa einzuschlagenden Heilverfahrens. Die Vorarbeit dazu haben indess die Aerzte im Allgemeinen zu leisten in Gestalt eines recht sorgfältigen Befundberichtes, auf den ich bei Erörterung der formalen Schulung noch zurückkomme.

Endlich wird es auch in Deutschland über kurz oder lang zu einer stärkeren Betonung der „Versicherungs-Medizin“ kommen, welche sich mit den die privaten Lebensversicherungs-Gesellschaften interessirenden Fragen befasst. In Frankreich werden diese zum Theil auch allgemein-medizinisch wichtigen

Angelegenheiten bereits in stärkerem Grade bearbeitet als bei uns, z. B. die versicherungsärztliche Beurtheilung der überstandenen Brustfellentzündungen, der Thoraxanomalieen, der Gravidität, der Gicht, der Fettleibigkeit, der Syphilis, der Knochen- und Gelenktuberkulose, der Erbllichkeit des Krebses u. A. Die Statistik der Lebensversicherungs-Gesellschaften ergibt über die genannten Verhältnisse wie auch über die Sterblichkeitsverhältnisse einzelner Stände schon heute viele Aufschlüsse von allgemein-medizinischem Werth. Auch auf dieses Gebiet wird die versicherungsrechtliche Medizin der Zukunft sich erstrecken müssen, um so mehr als in jüngster Zeit der Staat sein Aufsichtsrecht auch auf diese Privatversicherung ausgedehnt hat.

Ich komme nun zu der zweiten, mehr praktischen Lehr-aufgabe, der Ausbildung in der Kenntniss der Gesetze und in der formalen Schulung für die ärztliche Sachverständigen-Thätigkeit. Hörten bislang die Studirenden eigentlich nur gerichtliche Medizin, soweit sie sich schon vor ihrem Staatsexamen vornahmen, einmal später sich der staatsärztlichen Prüfung zu unterziehen, erfahrungsgemäss ein recht kleiner Bruchtheil, so wird in Zukunft die Zahl der Hörer nicht blos deshalb grösser sein, weil die gerichtliche Medizin auch Prüfungsgegenstand im Staatsexamen wird, sondern auch weil die Erkenntniss Platz greift, dass man ohne Uebung und Sicherheit in den versicherungsrechtlichen Fragen als Arzt nicht recht bestehen kann. Das neue Unfall-Versicherungsgesetz (§ 69, G. U. V. G.) verlangt, „sofern auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Theilrente festgestellt werden soll, dass der behandelnde Arzt gehört werden soll.“ So kommt die Gutachterthätigkeit ohne Zweifel an jeden Arzt heran. Zum Schaden des gesammten ärztlichen Standes war bislang vielen Aerzten ein korrektes, erschöpfendes Gutachten eine Unmöglichkeit. Einander widersprechende Gutachter wird es immer geben, aber eine klare objektive Beschreibung eines Falles und eine logische Beantwortung der vom Auftraggeber gestellten Fragen können die Versicherungsorgane: Landesversicherungs-Anstalten, Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichte billiger Weise verlangen. Aber wie schwer fällt dem Anfänger dieses Beschreiben! Und doch gerade auf dieses ist Werth zu legen, nicht auf das Entscheiden. Wieviel vorgefasstes Urtheil wirft eine sorgfältige Beschreibung um, weil für sie eine gründliche Untersuchung die Vorbedingung ist. Oberflächliches medizinisches Denken und voreiliges Handeln ist unmöglich, wenn dem Denker eine gründliche schriftliche Schilderung voraufgeht, wie dies in so meisterhafter Weise Virchow in seiner bekannten „Sektionstechnik“ für die gerichtlichen Leichenöffnungen ausführt. Und es giebt in der Sachverständigen-Praxis Dinge zu beschreiben, die man sonst nirgends eingehend beschreiben lernt, ausser etwa in den lange Zeit zurückliegenden physiologischen und anatomischen Vorlesungen. Dinge, an denen die Klinik, deren Aufgabe es ist, das Pathologische herauszuheben, flüchtig vorübergehen muss, werden im Rentenstreitverfahren manchmal zu Kernfragen; ich denke z. B. an Unregelmässigkeiten in der Form des Rückgrats, ob sie traumatisch oder habituell, an Rippenverdickungen — ob Bruch oder rhachitisch — an Muskelschwund — ob er die Folge einer zentralen oder peripheren Erkrankung, an Schwerhörigkeit — ob sie traumatisch oder anderswie zu Stande gekommen ist.

Da der Lehrer überdies immer als obersten Grundsatz festzuhalten hat, dass er dem Schüler immer den ganzen Menschen demonstrieren muss, so wird er gewiss nie in Verlegenheit kommen, den Unterricht auch anregend und für die Gesamtbildung des angehenden Arztes nutzbringend zu gestalten. An

¹⁾ Jahresbericht für Unfallheilkunde I.

einem grossen Material von Unfallverletzten oder Invaliden-anwärtern lernt man heut so viele Erscheinungen kennen, die auf der Grenze des Pathologischen und Normalen stehen, wie dies früher wohl kaum möglich war. Selbst der Ethnologe kommt bei der heutigen Freizügigkeit der Arbeiter in solcher Thätigkeit auf seine Rechnung. Die Uebung im Sehen, die Sicherheit im Urtheilen, die Schärfung des medizinischen Denkens kann sehr wohl den Gesamtwert der rein praktischen Sachverständigen-Thätigkeit erhöhen, ohne das Formale zu kurz kommen zu lassen.

Nicht zu vernachlässigen ist ferner die Schulung im Verkehr mit den Unfallverletzten und Invaliden-anwärtern. Damit Sie mich bezüglich dieses Punktes nicht missverstehen, muss ich ein wenig weiter ausholen. Die Beziehungen des Arztes zum Unfallverletzten sind in manchen Stücken andere, als sie sonst zwischen Arzt und Kranken bestehen. Ein Arbeiter erleidet beispielsweise einen Armbruch, den der Arzt mit grosser Pflichttreue und Sachkenntnis, mit Geschick und Glück aufs Beste zur Heilung bringt. Er hat ein Resultat, auf das er mit Recht stolz sein darf, in verhältnissmässig kurzer Zeit, in sechs Wochen sagen wir, erzielt. Der Patient war durch alle die Zeit aufrichtig dankbar. Da macht er die ersten Arbeitsversuche, hat aber naturgemäss nach anhaltender Arbeit noch etwas Schmerzen. Da kommen die Mitarbeiter, die nur verdrossen das Pensum der Arbeit Entwöhnten zum Theil übernehmen und mahnen ihn, doch ja nicht die Arbeit aufzunehmen, ehe er eine anständige Rente zugesichert erhalten habe. Das sei er seiner Familie schuldig; der und jener habe auch für einen Armbruch eine ansehnliche Rente erhalten. So wird der Verletzte zur Uebertreibung hingedrängt; dem Arzt aber, der sich so viel und so erfolgreich um ihn bemüht, erscheint er nunmehr als ein recht undankbarer Mensch. Nimmt es wunder, wenn er dann in seinem Gutachten etwas voreingenommen ist und die psychologisch zwar erklärliche Uebertreibung für baare Lüge hält?

Diese unerfreuliche Wandlung in den Beziehungen zwischen dem Arzt und dem Patienten ergrimmt jeden Anfänger. Man kommt ohne Missvergnügen erst über sie hinweg, wenn man sie ein Dutzend mal erlebt hat. Ein geschulter Gutachter regt sich über solche Uebertreibung nicht mehr auf, er rechnet mit ihr als mit etwas Selbstverständlichem, Naturgemässem und zieht in Gedanken bei allen Klagen Unfallverletzter je nach dem Gesamteindruck des Betreffenden einen mehr oder weniger grossen Bruchtheils ab. Man muss die Psychologie des Unfallverletzten, des Rentennachsuchers eben berücksichtigen, und sich nicht durch den Unmuth über Täuschungsversuche von dem ohnehin schmalen Pfad streng objektiver Beurtheilung abdrängen lassen. Die Erfahrungen, welche der Arzt mit Unfallversicherten wohlhabender Stände gelegentlich macht, sind keineswegs bessere.

Aber der Wunsch nach Rente nimmt gelegentlich eine ins Krankhafte gesteigerte Intensität an und hier hat die Unfallversicherung in der That eine Riesenzahl von Krankheitsfällen gezeitigt, von Neurosen und Psychosen, die ein ganz besonderes Versenken des Arztes in die Seele des Untersuchten verlangen. Es sind Zustände der Psyche, über die eine Riesenliteratur geschrieben ist, die indess doch noch immer nicht ganz klare, eindeutige Ergebnisse geliefert hat. Beim Zustandekommen solcher hysterischer, neurasthenischer, hypochondrischer Seelenstörungen Unfallverletzter spielt entschieden das Verhalten des erstbehandelnden Arztes oft eine ausschlaggebende Rolle. Der Ausspruch der Diagnose und der Prognose, das Interesse des Arztes an der Behandlung, allzu häufige Untersuchungen haben Einflüsse auf den Zustand des Verletzten, die noch lange nicht exakt erforscht und dargelegt sind. Hier

wird der Lehrer der gerichtlichen Medizin, der besonders im Entmündigungsverfahren die Zustände dicht an der Grenze geistiger Gesundheit kennen zu lernen Gelegenheit hat, eine gute Vorbildung auch den versicherungsrechtlichen Aufgaben entgegenbringen. Er wird seinen Schülern sehr wohl auch ein taktvolles Auftreten gegenüber den Unfallverletzten und Rentennachsuchern lehren, durch Beispiel anerziehen können.

Dem gerichtlichen Mediziner, der gewissermassen unter den Augen der auf Objektivität besonders geschulten Juristen arbeitet, wird nicht leicht ein Fehler passiren, nämlich der, zu meinen, man müsse eine dem jeweiligen Auftraggeber möglichst günstige Wendung in dem vorliegenden Falle herausfinden. Den Versicherungsorganen, wie es die Berufsgenossenschaften, die Landesversicherungsanstalten es sind, ist nicht damit gedient. Sie sind keine Partei, die um jeden Preis möglichst billig abschneiden will, sondern vom Gesetz berufene Behörden, die ohne Sonderinteresse dem humanen Grundzuge der öffentlichen Versicherungsgesetze gern gerecht werden, aber auch die Pflicht haben, übertriebenen Ansprüchen entgegen zu treten. Mit der skrupellosen Zubilligung von Renten ist keineswegs immer den danach Strebenden eine Wohlthat erwiesen. Die Fälle, dass eine unrechtmässiger Weise erlangte Unfallrente dem Betreffenden zum Unsegen wird, sind überaus häufig. Energielose Menschen werden nicht selten dadurch dauernd arbeitsscheu; um ihre Rente nicht zu verlieren, verweigern sie jede Arbeit. Müssiggang und Laster aber wohnen dicht bei einander. Haben wir also als Gutachter an sich kein Recht, auf Kosten Anderer uns wohlthätig zu erweisen, so sollen wir doch auch nicht ver-gessen, wie leicht wir durch Empfehlung einer ungerechtfertigten Rente Jemanden dauernd um den Segen erfrischender Arbeit bringen können.

Der Lehrer der gerichtlichen Medizin wird allen diesen Fragen aus seiner forensischen Praxis mancherlei Erfahrung entgegenbringen; er erscheint daher geeignet, auch die versicherungsrechtliche Sachverständigenthätigkeit den Studirenden lehrend zu vermitteln. Seine Uebung, dem Richter medizinische Kenntnisse in Beziehung auf die Gesetze nutzbringend zur Verfügung zu stellen, befähigt ihn auch zum Lehrer in Fragen des Unfall- und Invalidengesetzes.

Ob dies praktisch durchführbar und ohne Schädigung anderer Disziplinen zum Nutzen der gerichtlichen Medizin geschehen kann, möchte ich zum Schluss noch erörtern.

Hatte die gerichtliche Medizin in den letzten Jahrzehnten sich etwas in den Hintergrund drängen lassen, hat sie auch bislang verabsäumt, das Arbeitsgebiet, das sich nach Einführung des Unfall- und Invalidengesetzes ihr eröffnete, für sich in Anspruch zu nehmen, gerade jetzt ist es an der Zeit, dieses Feld endgiltig den Grenzen der Staatsarzneykunde einzuverleiben. In der Erkenntnis, dass alle Aerzte einer gründlichen Durchbildung für die Sachverständigenthätigkeit bedürfen, hat die preussische Unterrichtsverwaltung die gerichtliche Medizin als Prüfungsgegenstand für das medizinische Staatsexamen in Aussicht genommen. In kleinen Universitäten wird kriminelles Lehrmaterial nicht immer besonders reichlich vorhanden sein, da wird den akademischen Lehrern der gerichtlichen Medizin der Zuwachs aus dem Unfall- und Invaliden-Versicherungsgesetz ein sehr willkommener sein und, wie ich ausgeführt habe, sehr geeignet zur wissenschaftlichen und formalen Schulung der Studirenden. Es ist kein Zweifel, dass die Versicherungsorgane jede Verbesserung, jede Verbreiterung des Unterrichts in diesen Fragen aufs Wärmste unterstützen werden; denn dem Reichsversicherungsamt, bezw. den Landesversicherungsämtern und ihren untergeordneten Behörden kann es ja nur erwünscht sein, wenn auch der Durchschnitt der Aerzte

wissenschaftlich wie formal einwandfreie Zeugnisse und Gutachten in Zukunft liefert. Damit werden ja doch die Rentenstreitverfahren vermindert und vereinfacht, die Arbeit dieser Behörden also verringert. Die eigentliche Unfallheilkunde, die Behandlung und Nachbehandlung der Verletzten wird immer den Kliniken oder den viel bewährten Zweckinstituten für Unfallverletzte verbleiben; ohne jede Schädigung dieser wird sich ein reiches Begutachtungsmaterial den Universitätslehrern der gerichtlichen Medizin zuweisen lassen. Und in letzter Linie wird das die Durchführung der Arbeiterfürsorgegesetze erleichtern und nicht zuletzt am meisten den verletzten oder invaliden Arbeitern zu Gute kommen.

Sollen die Aerzte nach Virchows Wunsch die natürlichen Anwälte der Armen werden in einem idealen Sinne, so müssen sie die Rechte derselben, ihre Ansprüche aus den für sie geschaffenen Fürsorgegesetzen, aber auch die Grenzen dieser Ansprüche schon als Studenten gründlich kennen. Die Aerzte der Zukunft in diese Kenntniss im weitesten Sinne, in diese versicherungsrechtliche Medizin schon auf der Hochschule einzuführen, halte ich also für eine neue, überaus dankbare und ihr naturgemäss zukommende Lehraufgabe der gerichtlichen Medizin!

Ueber larvirte sexuelle Perversität.

Nach einem am 2. Dezember 1902 auf einer gerichtsarztlichen Vereinigung in der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zu Berlin gehaltenen Vortrag.

Von

Dr. G. Puppe-Berlin,
Privatdozent und Gerichtsarzt.

M. H.: Ich habe die Ehre, Ihnen über 2 männliche Individuen zu berichten, welche das Gemeinsame haben, dass sie in Folge einer schweren sexuellen Perversität wiederholt mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen sind und verurtheilt wurden. Ihre Straftaten erschienen zunächst an sich nicht pervers; bei Beiden wurde die Perversität vielmehr erst erkannt, als sie neuerdings wiederum wegen analoger Straftaten zur Verantwortung gezogen werden sollten. Es handelt sich um einen rückfälligen Betrüger und um einen rückfälligen Taschendieb.

Fall I: B., Militärschriftsteller, 26 Jahre alt: wurde im Frühjahr 1898 wegen unerlaubten Auszuges mit einer von ihm begründeten Jugendwehr zu Altona in Polizeistrafe genommen. Nicht lange danach wurde er wegen Betrug zu 15 Monaten Gefängniss und drei Wochen Haft verurtheilt. Er hatte in Hamburg, wo er seine Jugendwehr begründet hatte, nachdem er in finanzielle Schwierigkeiten gerathen war, unter der Maske eines Offiziers auftretend, Schwindeleien gemacht, um Geld zu erlangen. Die Ursache seiner Schwindeleien war die Absicht, die Jugendwehrgründung unter allen Umständen aufrecht zu erhalten. Nach Verbüßung der erwähnten Gefängnisstrafe wurde B. wieder bestraft und zwar vom Landgericht zu Dresden, abermals wegen Betrug. Er hatte in Dresden eine Jugendwehr „Jung-Sachsen“ gegründet, und die Lieferanten für diesen Verein hatte er unter allen möglichen schwindelhaften Vorspiegelungen um ihr Geld betrogen. Die Strafe betrug 1 Jahr und 3 Monate Gefängniss und 3 Jahre Ehrverlust. Neuerdings wurde B. in gerichtliche Untersuchung gezogen. Er hatte seinen Namen abgelegt und führte einen Phantasienamen „Thilo vom Rhein“. Unter diesem Namen hatte er ein Arme- und Marine-Vorbereitungsinstitut für junge Männer von 14—18 Jahren, welche in die Armee oder in die Marine eintreten wollten, geplaut.

Er hatte bereits Anmeldungen entgegengenommen und Eintrittsgelder kassirt. Bei dem Kassiren der Eintrittsgelder aber wurde bekannt, dass der Mann mit dem romantischen Namen „Thilo vom Rhein“ kein Anderer war, als der wegen ähnlicher Vergehen schon vorbestrafte B. So kam die Polizei dahinter, und da sich auch die von ihm genannten Aufsichtsrathsmitglieder seiner Gründung als nicht existierend herausstellten, wurde er unter dem Verdacht eines erneuten Betruges gefänglich eingezogen. Im Verlaufe der geführten Voruntersuchung entstanden Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit, die besonders dadurch hervorgerufen wurden, dass B. ein umfangreiches Geständniss ablegte über die wirklichen Motive, die ihn zu seinen früheren und zu seiner jetzigen Straftat bewogen hätten. B. ist daraufhin ausser Verfolgung gesetzt und als gemeingefährlich der Irren-Anstalt zugeführt worden, nachdem ich mein Gutachten dahin abgegeben hatte, dass der § 51 des St.-G.-B. auf ihn Anwendung finden müsse.

Die von mir angestellte Untersuchung ergab Folgendes: Ziemlich grosser Mensch mit mässiger Muskulatur und geringem Fettpolster. Die Nase ist etwas nach links verbogen. Die linke Gesichtshälfte flieht. B. ist auf dem rechten Auge stark weitsichtig, auf dem linken emmetropisch. Auf dem Kopfe findet sich eine mehrfache Area Celsi. Der Gaumen ist schmal und spitz. Die linke Iris zeigt Pigmentflecke. Der Ohrtrand ist schmal. Hände und Zunge zittern. Die Knie-sehnenreflexe sind vorhanden.

Von früheren Krankheiten sind zu erwähnen: Schwere Rhachitis und steter rechtsseitiger Kopfschmerz, wegen dessen die Schule einmal ein Jahr lang ausgesetzt werden musste. Oefter traten Ohnmachten auf, zumal nach Anstrengung und geschlechtlicher Aufregung.

Hinsichtlich etwaiger Heredität wurde ermittelt, dass zwei Brüder der Mutter Vaganten und zwei andere bereits mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren; der Grossvater mütterlicherseits war ein unruhiger Geist, der als Sprachlehrer im Auslande sein Dasein fristete, eine Schwester des Angeeschuldigten ist früher Schauspielerin gewesen.

B. hat noch nie mit einem Weibe geschlechtlich verkehrt oder Neigung dazu verspürt. Er hat früh onanirt. Nach Abgang von der Schule hat er den Buchhandel zu erlernen versucht, gab dieses Vorhaben aber bald wieder auf und wurde dann Schauspieler. Er onanirte viel; sein Gedächtniss wurde, wie er sagt, schwächer, und seine Schauspielerlaufbahn nahm ein Ende, als B. einmal von der Szene in höchster geschlechtlicher Erregung fortlief, um in seiner Kabine zu onaniren, einfach, weil er nicht anders konnte.

Er versuchte nunmehr, bei Knabenausbildungs-Instituten, Ersatzkommissionen u. s. w. anzukommen, um Gelegenheit zu haben, junge Leute in nacktem Zustande zu sehen. Als er einmal einen schönen jungen Mann gesehen hatte, lief er in ein Gebüsch, zog sich vollkommen nackt aus und onanirte. Es gelang ihm, kurze Zeit bei den Lübbener Jägern eingestellt zu werden; in Folge seiner körperlichen Insuffizienz musste er aber nach wenigen Wochen entlassen werden. Seine Vorliebe für das Militär blieb aber in ihm lebendig. Er gründete nunmehr militärische Unterrichtskurse für Knaben, aus denen die Berliner Jugendwehr wurde. Er liess u. A. die Jungen Vorübungen zum Schwimmen machen, während sie in seiner väterlichen Wohnung in der Badewanne standen, wobei er sie natürlich beaufsichtigte, wie er anführt. Er wurde aber von anderen Leuten, die er für sein Unternehmen interessirt hatte, so behauptet er, aus dem Vorstande herausgedrängt und gründete nun für sich in Berlin eine 2. Jugendwehr, die ein „B“ auf der Achselklappe trug und ihre eigene

Uniform hatte. Hier in Berlin, wo er seinen Vater neben sich hatte, kam er mit dem Strafgesetz damals noch nicht in Konflikt.

Er versuchte nunmehr, in Breslau eine Jugendwehr zu gründen. Er erzählt, wie er hier verzwickte Fragen an seine Jungen richtete, nur, damit sie dieselben nicht beantworteten, sodass er die Jünglinge gehörig prügeln konnte. Das Prügeln war ihm jetzt überhaupt eine Lust, weil er sich dabei geschlechtlich erregte und entweder Samenerguss hatte oder nachher onanirte. Ohne in artistischen Sachen erfahren zu sein, meldete er sich auf ein Inserat, in welchem ein Lehrer für einen jungen angehenden Artisten gesucht wurde. Im Kontrakt machte er sich aus, dass er den Knaben züchtigen könne, so viel er wolle. Er liess den jungen Menschen die unmöglichsten Uebungen machen und züchtigte ihn in der grausamsten Weise, wobei er sich, wie oben angedeutet, geschlechtlich erregte. Aus Hamburg liess er sich einen Bericht schicken, wie die Schiffsjungen gezüchtigt würden; die Lektüre erregte ihn geschlechtlich. Er gab sich auch als Maler aus und that so, als ob er die entkleideten jungen Menschen skizzirte.

Nun kommt die Hamburg-Altonaer Jugendwehrgründung. Dieselbe stürzte ihn bald in Schulden, aber um sich über Wasser zu halten, machte er die Schwindeleien, die zu seiner Bestrafung führten. Die Züchtigungen nahmen jetzt schon eine ganz besonders groteske Gestalt an. Einen Bäckerjungen, der ihm morgens das Brot brachte, bewog er dazu, sich von ihm züchtigen zu lassen, indem er ihm für jeden Hieb 10 Pfg. bewilligte. Einen Matrosen, den er züchtigte, beschenkte er mit einer Mark pro Hieb. Die Züchtigungen seiner Jugendwehrjünglinge waren ihm der Anlass zu ständiger geschlechtlicher Erregung. Er band sie fest, wenn sie sich nicht von ihm in ruhiger Weise züchtigen lassen wollten. Bei leichteren Vergehen liess er sie zwischen verschiedenen Strafen wählen, z. B. entweder Ausschluss aus dem Verein oder Züchtigung, und er war froh, wenn sie die Züchtigung vorzogen. An einem jungen Menschen machte B., der sich als stellvertretender Jugendwehrarzt ausgegeben hatte, eine Bandwurmkur durch, indem er den Betreffenden entkleidet auf einen eigens dazu angeschafften Tisch sich legen liess, ihm dann ein dünnes Rohr in den After einführte und hierauf eine Flüssigkeit hineingoss und ihm mit Nadeln die Hinterbacken blutig ritzte.

Bei der Dresdener Jugendwehrgründung, die ihn ebenfalls mit dem Strafgesetz in Konflikt brachte, und die auf die Hamburg-Altonaer Gründung folgte, konnte er seinen Gelüsten auf Züchtigung nicht so nachgehen, weil die Jugendwehr nicht recht ins Leben trat, immerhin hat er an den entkleideten jungen Menschen Verbandkurse abgehalten, wie er angiebt.

Die Prüfung seines sonstigen Bildungskreises und seiner geistigen Fähigkeiten ergibt eine bemerkenswerthe Oberflächlichkeit; was sein militärisches Wissen anbetrifft, so interessirt er sich nur für das Aeussere, für die Uniformen, für das Formale beim Militär. Er selbst ist ein hervorragender Uniformnarr; während seiner Jugendwehrzeit hatte er sich ungefähr 10 Uniformen machen lassen, eine glänzender wie die andere. Er hat einem Landwehrverein beitreten wollen und ist, um eine Offiziersuniform tragen zu können, gegen einen Beitrag von 30 Mark Ehrenmitglied des Vereins geworden, musste aber wieder austreten, als bekannt wurde, dass er nur 14 Tage gedient hatte.

In meinem Gutachten habe ich die körperlichen Degenerationszeichen, die erbliche Belastung und die früher überstandene englische Krankheit betont. Ich habe auf den früher stark vorhanden gewesenen Kopfschmerz hingewiesen, ferner auf die unstete Lebensführung und das rein formale ober-

flächliche Wissen des B. und habe dargelegt, dass die Homosexualität mit Sadismus, welche bei diesem Menschen in ausgesprochener Weise vorhanden ist, als ein Symptom einer schweren psychischen Degeneration aufzufassen ist, die so erheblich ist, dass der § 51 des St. G. B. Anwendung finden müsse.

Fall II: K., Bautechniker, 26 Jahre alt.

Derselbe ist vorbestraft im Jahre 1891, weil er einer Kellnerin Geld aus ihrer Tasche genommen hatte, und ihr dafür Loose kaufte, mit einem Verweis; im Jahre 1893 wegen zahlreicher Taschendiebstähle in Theatern mit 2 Jahren Gefängniss; im Jahre 1895 wegen eines Taschendiebstahls auf der Pferdebahn mit 1½ Jahren Zuchthaus und 5 Jahren Ehrverlust. Er war im Juli 1901 bei einem Taschendiebstahl im Theater des Westens ertappt und gefänglich eingezogen worden. Bei der Untersuchung hat er, wie der eben besprochene B., ein Geständniss seiner Perversion in umfassender Weise abgelegt und so kam es, dass dieser Taschendieb in gerichtsarztliche Beobachtung genommen wurde. Ich habe damals den Antrag gestellt, ihn gemäss § 81 der St. P. O. einer öffentlichen Irrenanstalt zur Beobachtung seines Geisteszustandes zu überweisen. Er ist darauf in der Kgl. Charité 6 Wochen lang beobachtet worden. Nach dem Ergebniss der Beobachtung ist das Verfahren gegen ihn eingestellt worden und K. als gemeingefährlich einer Irrenanstalt überwiesen.

Der Gesichtsschädel erscheint bei dem mittelgrossen Manne, der übrigens auch wie der vorige eine erhebliche Area Celsi aufweist, etwas nach links verbogen. Das Gesicht zeigt motorische Unruhe. Der rechte Hoden ist etwas grösser als der linke. Der Gesamteindruck, den K. macht, ist der eines unsteten, aufgeregten Menschen.

Der Vater soll nervös und heftig sein, er soll sich im Uebrigen in angesehener Stellung befinden und, wie der Angeschuldigte selbst, gut situirt sein.

Etwa vom 12. Jahre an liess bei dem Angeschuldigten der Schulleiss nach. Er kam deshalb nicht auf das Gymnasium, besuchte aber die Gewerbeschule und bethätigte sich später als Bauleiter.

12 Jahre alt, stürzte er mit dem Zweirade; hierbei rutschte ihm, wie er anführt, der linke Hoden in die Bauchhöhle, erst nach grosser Mühe gelang es ihm, den Hoden wieder herauszuquetschen. In der Folge erwies sich, dass sein Geschlechtstrieb ausserordentlich gross war. Er hatte häufig das Gefühl einer mit Wasser gefüllten Eichel auf seiner Scheitelhöhe. Er empfand auch daselbst ein „glucksendes“ Geräusch. Das Gefühl soll vor 2 Jahren etwa verschwunden sein. Er hatte ferner Schmerzen in der linken Schläfe nach unnatürlicher Befriedigung seines Geschlechtstriebes durch Onanie. Auf Befragen theilte er detailirt mit, wie er beobachtet habe, dass der Hodensack bald länger und bald kürzer wurde.

Durch seine Diebstähle hat er sich, wie er angiebt, geschlechtlich befriedigt. Er suchte Gegenstände zu erlangen, welche sich in der Nähe der Genitalien der von ihm bestohlenen Frauen befanden, oder welche Frauen überhaupt in ihrem Besitz gehabt hatten. Beim Gebrauch dieser Gegenstände regte er sich geschlechtlich auf und hatte beim Zerstören der von ihm gestohlenen Portemonnaies Samenerguss. Bei Entdeckung seines letzten Diebstahls hatte er auch angegeben, dass er Mäntel und Capes von Frauen zerschnitten hätte und dabei Samenerguss gehabt und geschlechtliche Befriedigung verspürt habe; auch wenn er Mäntel und Capes von Frauen an seinen Geschlechtstheil gedrückt hatte, habe er oft geschlechtliche Befriedigung empfunden.

Seine Angehörigen schoben ihn seiner bisherigen Strafthaten wegen, die damals noch als einfache Taschen-Dieb-

stähle angesehen wurden, nach Amerika ab. Er hat aber dort wie er sagt, dasselbe gemacht. Gerichtsärztlich untersucht, sei er als geistig abnorm wieder nach Europa abgeschoben worden.

Bemerkenswerth ist nun, wie der junge Mensch, von seinen Angehörigen abermals aufgenommen, auch in der Familie dieselben Handlungen begeht, wegen deren er mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt gekommen ist; aber er heirathet! und er giebt an, dass ihn diese Heirath von seiner Perversität geheilt habe, so lange er Gelegenheit hatte, mit seiner Frau geschlechtlich zu verkehren! Bis dahin habe er im Ganzen nur ein- oder zweimal geschlechtlich verkehrt, ohne besonderen Genuss dabei zu empfinden. Der geschlechtliche Verkehr mit seiner Frau war aber möglich und zwar, wie mir die Frau gesagt hat, sehr oft. Die Frau wurde in der Folgezeit schwanger, und der Geschlechtsverkehr wurde dadurch schliesslich zur Unmöglichkeit. In diese Periode fallen nun die erneuten Taschen-Diebstähle, bei deren einem K. abgefasst wurde.

Die Ehefrau hat noch angegeben, dass er ihr in der ersten Zeit ihrer Schwangerschaft die gebrauchte Wäsche fortgenommen und zerrissen habe, und er selbst hat dies bestätigt mit dem Bemerkung, dass er mit dieser Wäsche onanirt habe. Die Ehefrau hat weiter angegeben, ihr Ehemann sei beim Beischlaf heftig und gewaltthätig. Er sei ein gelegentlicher Bettnässer, er nachtwandle, ohne am nächsten Tage etwas davon zu wissen und leide an Ohnmachten.

Es handelt sich hier um einen hereditär, wie es scheint, nicht belasteten jungen Menschen. Die Angabe, dass sein Vater ein heftiger Mensch gewesen sei, ist wenigstens zu allgemein gehalten, um hieraus auf eine hereditäre Belastung zu schliessen. Immerhin weiss aber die Gesichtsverbildung, ferner die motorische Unruhe des Gesichts, das Unstete, Unruhige des ganzen Individuums auf eine erhebliche nervöse Störung bei ihm hin. Thatsächlich besteht auch eine Asymmetrie der beiden Hoden, der eine ist grösser als der andere. Er berichtet von einem schweren Unfall, bei dem ihm der linke Hoden in die Bauchhöhle gerutscht sei; dieser Hoden ist jetzt in der That kleiner als der rechte. Bald nach dem Unfall finden sich neben gesteigerter geschlechtlicher Erregbarkeit hypochondrische Selbstbeobachtung und hysterische Sensationen: Glucksen im Schädel, linksseitiger Kopfschmerz; ferner finden wir epileptische Elemente: Ohnmachten, Nachtwandeln, Bett-nässen.

Dieser Fall charakterisirt sich sonach als ein Fall von Fetischismus, und zwar ist diese Perversität als eine Theilerscheinung aufzufassen bei einem Entarteten, bei welchem sich überdies hysterische und epileptische Elemente nachweisen lassen.

Beide Fälle sind für die gerichtsärztliche Praxis von ausserordentlicher Bedeutung. Wie ich eingangs bereits anführte, handelt es sich bei beiden um Individuen, die mit dem Strafgesetz wiederholt in Konflikt gekommen und mit erheblichen Strafen belegt worden sind, bevor ihre Perversion erkannt wurde. Die Perversion war aber die Triebfeder ihrer strafbaren Handlungen gewesen, und sie war es auch wieder bei denjenigen strafbaren Handlungen, die neuerdings zur Einleitung der strafrechtlichen Verfolgung führten. Diese strafbaren Handlungen hatten an sich keineswegs einen perversen Charakter. Sie waren aber nichtsdestoweniger lediglich Handlungen zur Befriedigung des perversen Geschlechtstriebes; die Perversität war aber in beiden Fällen so geschickt larvirt gewesen, dass erst eine eingehende Untersuchung der Ange-schuldigten auf Grund eines offenen und umfangreichen Geständnisses, namentlich auch hinsichtlich der Perversität zur Entdeckung der letzteren führte.

Aus dem mechano-therapeutischen Zander-Institut in Danzig.

Störungen am Zirkulationsapparat nach Unfällen.

Von
Dr. Wolff-Danzig.

Dass nach Ueberanstrengungen und nach Verletzungen des Herzens und seiner Gefässe die verschiedensten Störungen an diesen Organen auftreten können, ist bekannt. Es konnte daher nicht fehlen, dass sie wie so viele andere innere Erkrankungen, die einer Verletzung ihre Entstehung verdanken können, bald in den Gesichtskreis des Unfalls gezogen wurden. Dadurch gewannen sie ein eminent praktisches Interesse.

Es handelt sich jetzt mehr um die materielle Werthschätzung, das rein Wissenschaftliche tritt eigentlich etwas zurück gegenüber der Frage, in welcher Höhe der in genanntem Sinne Affizierte geschädigt ist. Ich spreche natürlich nicht von der rein theoretischen Forschung, sondern von der täglichen praktischen Bethätigung. Während früher unsere Haupterwägung dem Umstande galt, in wie weit der Betreffende durch die Affektion gesundheitlich beeinträchtigt wäre, was er zu thun, was zu lassen hätte, werden wir heut meist vor die Erörterung der Frage gestellt, wie hoch des Verletzten Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu schätzen ist. Das scheint nur dasselbe, ist es jedoch in der Praxis keineswegs, wenigstens nicht immer, wenn es sich auch in der Theorie in den meisten Fällen decken mag. Denn wir sind für die Unfallverletzten meist gar nicht mehr die Berather in ihren Erkrankungen, weil, abgesehen davon, dass ausser in staatlichen Betrieben heut kaum ein Arbeitgeber sich noch auf die Erörterung der Frage einlässt, ob der Arbeiter schwere oder leichte Arbeit verrichten könne, der Letztere selbst unseren Rathschlägen gar keine Bedeutung beimisst, eine um so höhere dagegen unserer Schätzung. Ausserdem decken sich gerade bei einzelnen Herzaffektionen Krankheit und Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ganz und gar nicht. Ich erinnere nur daran, dass Leute mit Mitralinsuffizienz gewiss nicht gesund sind und doch Jahre lang die grössten Strapazen ohne sonderliche Schädigung ertragen können.

Das Verdienst, die Frage nach dem Einfluss von Unfällen auf das Herz als Erster einer eingehenden Würdigung unterzogen zu haben, gebührt Stern.¹⁾ Er betonte gleichzeitig die grossen Schwierigkeiten, mit denen der Gutachter gerade auf diesem Gebiete zu kämpfen hätte und hob die geringe Zahl wirklich einwandfreier Fälle hervor. Seitdem ist eine Anzahl einzelner Beobachtungen und neuerdings eine etwas grössere Serie aus der Königlichen Klinik zu Breslau²⁾ veröffentlicht worden. Die Tendenz dieser Veröffentlichungen geht meist dahin, nachzuweisen, dass sich nach Unfällen, welche für gewöhnlich die Herzgegend berührten, nach mehr oder minder langer Zeit schwere Herzaffektionen ausbildeten. Erst neuerdings wurde ein derartiger Fall von Dr. Bierfreund in Insterburg³⁾ mitgetheilt. Hier entwickelte sich nach einem Sturz auf die linke Körperseite aus einer Höhe von 1,5 m eine mindestens 9 Monate selbst dem allerdings ziemlich indolenten Verletzten nicht wahrnehmbare Herzerkrankung, die nach einigen Jahren seinen Tod herbeiführte. — Nun wird aber Jeder, der häufig Gelegenheit hat, Unfallverletzte zu beobachten oder zu behandeln, die Erfahrung gemacht haben, dass bei ihnen nach einer entsprechenden Verletzung gar nicht selten zahlreiche Störungen der Herzthätigkeit vorkommen, deren objektive Sym-

¹⁾ Stern, Ueber traum. Entstehung innerer Krankheiten 1896.

²⁾ Ercklentz, Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XXIV. S. 5 und 6.

³⁾ Aerztl. S.-V.-Z., No. 20, 1902.

ptome meist undeutlich, wenig ausgeprägt sind, während die subjektiven Beschwerden mehr im Vordergrund stehen, so dass man leicht geneigt ist, diese Erscheinungen als „nervöse“ Herzaffektionen, als „Herzneurosen“ und als Theilerscheinung einer durch den Unfall geweckten Hypochondrie oder Neurasthenie aufzufassen. In dieser Hinsicht werden uns jedoch die erwähnten Beobachtungen vor einer Unterschätzung warnen, und man muss Stern⁴⁾ beipflichten, wenn er betont: „In Fällen, in denen sich nach einer schweren Brustkontusion Störungen der Herzthätigkeit entwickeln, ohne dass jedoch zunächst sichere Zeichen einer organischen Herzkrankheit aufzuweisen sind, sollte man mit der Annahme einer „Herzneurose“ immer vorsichtig sein. Die Grenze zwischen organischen und funktionellen Erkrankungen des Herzens ist keine feste.“

So beherzigenswerth diese Ansicht auch ist, so wenig angebracht wäre es andererseits, nunmehr in das Extrem zu verfallen. Es erscheint durchaus nicht angezeigt, jeden Menschen, der nach einem Unfall, welcher das Herz betroffen hat, gewisse Störungen der Herzthätigkeit zeigt, nun ohne Weiteres als einen Schwerkranken zu bezeichnen, der in kürzerer oder längerer Zeit unbedingt dieser Affektion unterliegen müsste. Denn darauf liefe die Sache doch eigentlich hinaus. Von vornherein würde schon die Geringfügigkeit der objektiven Symptome diesen Standpunkt nicht rechtfertigen. Und der Unfall als solcher vermag auch nicht ohne Weiteres einem an sich leichten Krankheitsbilde den entgegengesetzten Stempel aufzudrücken.

Es leuchtet aber wohl ein, dass wir mit der Zeit selbst gegen unseren Willen zu einer Ueberschätzung gedrängt werden, wenn nur Fälle zur Veröffentlichung gelangen, welche bei leichtestem Beginn die schwersten Ausgänge zeigen. Lediglich durch den Austausch grösserer Erfahrungen kann allmählich auf diesem schwierigen und dunklen Gebiete eine breite und sichere Basis für die Werthschätzung und Würdigung derartiger Affektionen gewonnen werden.

In diesem Sinne habe ich mich bemüht, aus den in dem hiesigen Institut seit 1894 stationär beachteten und behandelten Unfallverletzten, etwa 2000, die einschlägigen auszusuchen und zusammenzustellen. Es sind im Ganzen 11 Fälle. Sie wurden meist wegen anderer Verletzungen behandelt, zuweilen nur wegen ihrer Herzbeschwerden hier beobachtet. Die Auslese, etwas über 0,5 Prozent, könnte vielleicht dürftig erscheinen. Aber es wurde absichtlich bei der Auswahl mit der äussersten Kritik zu Werke gegangen. Von vornherein schieden alle diejenigen aus, bei denen auch nur der Verdacht auf eine frühere Affektion der Gefässe oder des Herzens bestand. Aus diesem Grund wurden Leute von 40 Jahren oder darüber grundsätzlich nicht erwähnt. Wenn dies zu rigoros erscheint, so muss daran erinnert werden, dass die Arteriosklerose im Arbeiterstand bedeutend früher einsetzt als bei der besser situirten Bevölkerung, und wenn für diese der Beginn der Arteriosklerose gemeinhin auf das Alter von 45—50 Jahren verlegt wird, so dürfte für den Arbeiter das 40. Lebensjahr gewiss nicht als äusserste Grenze anzusehen sein. Ausgeschieden wurden ferner Gewohnheitstrinker, nachweislich Syphilitische, Leute, die mit akutem Gelenkrheumatismus behaftet gewesen waren und Nephritiker. Es ist somit klar, dass ich die Frage nach einer etwaigen Verschlimmerung einer Herz- oder Gefässaffektion gar nicht berührte, sondern mich einzig und allein, soweit mir dies möglich war, auf Personen beschränkte, die in der genannten Beziehung vor dem Unfall intakt gewesen waren. Wo sich die Affektion in das Gesamtbild einer allgemeinen psychischen Alteration einfügte, war

stets das Trauma als auslösendes Moment anzuerkennen. Es gelang wenigstens nicht, Symptome zu finden, die auf eine Entwicklung eines dieser Leiden vor dem Unfälle hindeuteten. Trotz ihrer etwas zweifelhaften Zugehörigkeit habe ich diese Fälle aus Gründen, die ich weiter unten erörtern möchte, hier aufgenommen.

Die Beobachtungen, die wir machten, reihe ich in ihrer zeitlichen Aufeinanderfolge an einander und erwähne noch, dass ich der Kürze halber nur den wichtigsten Befund mittheile.

Fall 1. J. N., 37 J., Maurer, 1890, Fall aus grosser Höhe auf Kopf und Rücken. Befund am 13. Februar 1900: Leichter hypochondrischer Zustand. Herzgrenzen unverändert, Töne leise, aber rein, Puls mittelvoll, nicht besonders hart, setzt zuweilen aus, beschleunigt (80—100), Temp. geschlängelt. Subj.: Die linke Seite sei wesentlich schwächer als die rechte, der linke Arm schlafe ihm ein, die linke Hand zittere bei Anstrengungen, Schwindel und Kopfschmerzen.

Fall 2. A. B., 34 J., Schlosser. Am 14. Mai 1891 ging er an der Spitze einer Kolonne, die eine 10 Ztr. schwere Maschine trug, die Anderen liessen plötzlich los, er trug die Last nun allein auf seiner linken Schulter, sank in die Kniee und suchte sich durch Rückwärtsdrehen zu befreien. Hierbei spürte er einen heftigen Schmerz in der Herzgegend.

Befund am 2. Februar 1897: Linke Brusthälfte vorgewölbt, Herzgrenzen nicht verschoben, zweiter Ton an der Spitze dumpf und klirrend, epig. Pulsationen, Pulsiren periph. Gefässe, Puls klein, weich, regelmässig, in der Ruhe 70, bei geringster Erregung 100.

Subj.: Schmerzen in der linken Brust bei raschem Gehen und Treppensteigen, Herzklopfen bei Aufregungen, kann nicht auf der linken Seite schlafen.

Fall 3. H. N., 23 J., Arbeiter. Am 10. Mai 1894 Fall auf ebener Erde mit der linken Brustseite auf eine Holzschwelle.

Befund am 15. September 1894: Linke Brustseite wölbt sich etwas vor, Herzdämpfung normal, Spitzenstoss verbreitert im V. J.-R., erster Ton an der Spitze klirrend, zuweilen unrein, Puls o. B.

Subj.: Schmerzen in der linken Brustseite, Beklemmungen in der Gegend des Herzens.

Fall 4. A. B., 39 J., Schmied. Am 17. Oktober 1894 fällt B. beim Transport einer Brücke auf einen Prahm mit der linken Brustseite auf letzteren, die Brücke von hinten auf ihn, so dass er einige Minuten in dieser Situation eingeklemmt lag.

Befund am 20. Februar 1895: Herzgrenzen nicht verbreitert, Spitzenstoss im VI. J.-R. hebend, verbreitert, Herztöne rein, leise, Puls mittelvoll, weich, regelmässig, aber beschleunigt. Bekommt Anfälle von Stenocardie mit fühl- und sichtbarem Herzklopfen und jagendem Puls, Angstschweiss. Auch während des Anfalls sind die Töne rein. Hypochondrischer Gesamtzustand.

Subj.: Stiche und Beklemmungen in der Herzgegend bis hinten nach dem Rücken, Kurzathmigkeit.

Fall 5. J. P., 38 J., Arbeiter. Am 17. Mai 1895 fielen ihm in gebückter Haltung zwei Ziegelsteine auf den Rücken.

Befund am 30. November 1895: Herzgrenzen nicht verschoben, Herztöne rein, der erste Ton an der Spitze zuweilen durch ein Geräusch ersetzt. Puls hart, mittelvoll, regelmässig, kaum beschleunigt. Bekommt einmal nach einer Anstrengung einen Herzklopfenanfall. Puls dabei 84, nicht verändert, Herztöne rein.

Subj.: Herzklopfen bei Anstrengungen, so dass ihm die Luft benommen und er wirr im Kopfe werde.

Fall 6. J. W., 33 J., Schlosser. Am 14. Januar 1891 geräth er beim Verladen einer Lokomobile zwischen Schwungrad und Pumpe und erleidet eine Quetschung der linken Brustseite.

Befund am 23. August 1896. Fassförmiger Torax, Bronchialkatarrh, Herzgrenze nach rechts hin bis zur Mitte des Sternum verbreitert, Spitzenstoss in der Erregung im V. J.-R. in der Brustwarzenlinie sicht- und fühlbar. Erster Ton an der Spitze dumpf, weiter hin auf wird er an sich rein, ist aber von einem prästol. Geräusch be-

⁴⁾ Stern, s. ob. l. c.

gleitet. Puls klein, ziemlich hart, zuweilen aussetzend, beschleunigt (110).

Subj. Beklemmungen in der Brust.

Fall 7. F. M., 23 J., Schlosser. Am 7. Oktober 1897 ölte er eine im Gange befindliche, mannshohe Riemenscheibe, gerieth in sie hinein und wurde, in ihr liegend, 3—4 mal herumgewälzt und dann platt zur Erde geschleudert. Blutung aus Mund und Nase.

Befund am 7. Januar 1898. Sehr anaemisch, dyspnoisch, Herzdämpfung innerhalb der Norm, beide Töne an der Spitze klirrend, Puls regelmässig, voll, weich, verlangsam (50).

Subj. Schmerzen in der linken Brustseite, bei Anstrengungen Kurzatmigkeit.

Fall 8. F. K., 34 J., Müller. Am 8. Dezember 1897 dirigirt er mit einem Hebebaum einen langen Baumstamm, der an einem Krahn hochgewunden wird. Plötzlich fängt der Stamm an zu schleudern, K. stemmt den Hebebaum nun fest dagegen und lehnt sich mit voller Wucht mit der linken Brustseite an ihn an, weil er fürchtet, dass der Stamm ihm die Beine zerschmettern würde. 10 Minuten lang musste er so die Last auf seiner linken Brust ruhen lassen, bis der Krahn wieder in Ordnung gebracht und er durch die Mitarbeiter befreit wurde. Nach 3 Tagen Blutspeien, das 4 Wochen anhielt.

Befund am 21. April 1898. Leichte Cyanose an Lippen und Händen, Herzdämpfung innerhalb der normalen Grenzen, Spitzenstoss im V.-J. R., etwas einwärts von der M. L. verbreitert. Herztöne dumpf, der erste an der Spitze zuweilen klirrend. Lässt man während der Untersuchung des Herzens athmen, so hört man schabende Geräusche an der Spitze, Puls regelmässig, mittelvoll, weich, 70—80. Die Durchleuchtung lässt Erweiterung des Arterienrohres erkennen.

Subj. Schmerzen in der linken Brustseite, die nach der Schulter und dem linken Arm ausstrahlen, so dass die Finger sich krampfhaft zusammenziehen.

Fall 9. J. M., 27 J., Zimmermann. Am 21. Mai 1899 schleifte er mit anderen Arbeitern einen Balken an einer Kette, glitt aus, fiel hin und stürzte mit der linken Brustseite auf die Balkenkante.

Befund am 29. Septbr. 1900. Die linke VI. und VII. Rippe in der Achsellinie verdickt, pleuritisches Reiben in der nächsten Umgebung. Herzdämpfung normal, Spitzenstoss im V. J. R. verbreitert, Herztöne leise, aber rein, Puls klein, weich, unregelmässig, beschleunigt. Kein Pulsiren peripherer Gefässe, kein Venenpuls.

Subj. Klagen über Herzklopfen.

Fall 11. J. G., 27 J., Arbeiter. Am 15. August 1900 half er mit einem Hebebaum Feldsteine von einem Wagen abladen. Hierbei glitt er aus, ein Stein rollte ihm auf die Brust und quetschte ihn zur Erde. Heftiges Blutbrechen, das sich 3 Tage wiederholte.

Befund am 5. März 1901. Cyanose an Lippen und Händen. Herzgrenzen nicht verschoben. Beide Töne an der Spitze unrein, zuweilen durch deutliche Geräusche ersetzt. Puls klein, weich, unregelmässig, verlangsam (48—50). Stat. hypoch.

Subj. Angstgefühl, Beklemmung in der Brust, Herzklopfen, Luftmangel.

Wir sehen also eine Reihe von Fällen vor uns, die nach den verschiedensten Schädigungen, wie Ueberanstrengung, Quetschung des Thorax, Fall auf die linke Brustseite, auf den Bauch, auf den Kopf, ja, nach Auffallen von wenigen Ziegelsteinen auf den Rücken Störungen am Herzen und an den Gefässen zeigten. Drei davon waren sicher Hypochonder oder Neurastheniker, bei den übrigen ist eine psychische Alteration nicht verzeichnet worden. Ich habe mich nicht gescheut, diese Fälle hier einzugliedern, weil, wie bereits erwähnt, die Hypochondrie nachweislich erst nach dem Unfall auftrat, und weil ich mich des Eindrucks nicht erwehren konnte, dass die quälenden Herzsymptome im Vordergrund standen und erst den Boden für die Entstehung der hypoch. Stimmung abgaben. Es ist ja auch bei Leuten, die keinen Unfall erlitten, eine nicht ungewöhnliche Erscheinung, dass häufig wiederkehrende

quälende Krankheitserscheinungen, zumal wenn sie vom Herzen ausgehen, eine latente Hypochondrie oder Neurasthenie zu wecken im Stande sind. In dieses Bild fügen sich dann, vielleicht durch Zirkulationsstörungen bedingt, jene Erscheinungen von Kopfdruck, Schlaflosigkeit, Angstgefühl etc. Man hätte, wenn man diesen kausalen Zusammenhang gelten liesse, vielleicht eine annehmbare Erklärung für manche sogenannte nervöse Erscheinung, die uns heut durch ihre Räthselhaftigkeit schreckt. Doch das hier nur nebenbei!

Die subjektiven Symptome, die unsere Kranken boten, waren die bei Herzkranken wiederkehrenden, die objektiven ebenfalls geeignet, eine Herzaffektion anzudeuten, ohne jedoch die Möglichkeit zu bieten, einen bestimmtem Krankheitstypus zu konstruieren. Die Symptome wechselten zwischen den leichtesten und schwersten. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit könnte man behaupten, dass ein ausgeprägten Klappenfehler nicht vorlag. Freilich wollen wir hier eine Beobachtung Guttmanns¹⁾ nicht unerwähnt lassen, der auf Grund eines grossen Sektionsmaterials auf 5 klinisch nicht bemerkbare einen deutlich bei Lebzeiten zu diagnostizirenden Klappenfehler rechnet. Die Möglichkeit eines solchen dürfen wir also gewiss nicht ausschliessen. Ein Theil der Fälle liess mit ihrem gestörten Allgemeinbefinden, der Anämie, der Hinfälligkeit, den zuweilen auftretenden Herzgeräuschen den Verdacht auf eine schleichende Endokarditis rege werden. Zuweilen schien das Myokard ergriffen zu sein. Der weiche und kleine Puls deuteten neben einigen anderen Erscheinungen wenigstens darauf hin. In einem Falle war durch die Röntgoskopie neben den übrigen Symptomen der Verdacht auf ein Aneurysma geweckt worden. Schliesslich boten einige das Bild einer mehr oder weniger ausgeprägten Arteriosklerose.

Es ist also gewiss unter unseren Fällen eine Anzahl, die wegen der objektiv nachweisbaren Symptome in prognostischer Beziehung zu grosser Vorsicht mahnten. Und nun sehen wir sie uns, nachdem bereits eine Reihe von Jahren verstrichen ist, von Neuem an. Ich bat mir im Oktober 1902 von den verschiedenen Berufsgenossenschaften die Akten aus, die mir in liebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellt wurden. Bei einzelnen Fällen häuften sich die Gutachten wegen der Berufungen und Rekurse ausserordentlich. Alle sind jedenfalls einer oder mehreren Nachuntersuchungen unterzogen worden. Der heutige Status ist folgender: Alle 11 oben erwähnten Fälle leben noch. Bei keinem einzigen hat sich ein schweres Herzleiden entwickelt, bei keinem überhaupt eine Verschlimmerung des Zustandes eingestellt, im Gegentheil, einige wiesen in objektiver Hinsicht eine nicht unwesentliche Besserung auf. Bis auf die psychisch Alterirten, die gemeinhin als traum. Neurosen aufgefasst wurden, haben alle ihre frühere schwere Arbeit wieder aufgenommen, zwei von jenen arbeiten ebenfalls, aber leichter, so dass die Rente von 100 auf 50 resp. 33 $\frac{1}{3}$ % ohne Widerspruch herabgesetzt werden konnte. Einigen ist die Rente völlig entzogen worden, ohne dass Berufung eingelegt wurde. Zur Beruhigung derjenigen, denen bei der Geringfügigkeit der objektiven Erscheinungen Zweifel an der Richtigkeit der Beobachtung aufsteigen könnten, will ich erwähnen, dass nicht ein einziger von diesen Fällen nur von einer Seite untersucht wurde, sondern dass allenthalben Kontrolluntersuchungen von den verschiedensten Seiten den ersten Befund bestätigten. Nur in einem Falle wurde der Verdacht auf Simulation rege. Und hier stehen sich allerdings die Ansichten schroff gegenüber. Die Rekursentscheidung fiel zu Gunsten des Klägers aus.

Die erwähnten Wahrnehmungen in ihren Einzelheiten,

¹⁾ Real-Encycl. d. ges. Heilk. Bd. IX.

in ihrem Für und Wider genauer zu besprechen, unterlasse ich, weil es mir nicht darauf ankam, sondern nur darauf, durch eine in ihrem Fortgang genau verfolgte Anzahl von Fällen darzuthun, dass die oben erwähnte pessimistische Anschauung nicht immer ihre Berechtigung hat. Ich hoffe, dass diese Veröffentlichung nicht vereinzelt bleiben wird. Vielleicht gelingt es dann, durch sorgfältige Gegenüberstellung die Spreu vom Weizen zu sondern und die ernsteren Fälle von den leichteren zu unterscheiden.

Von den oben skizzirten Folgen nach Verletzungen, die auf das Herz einwirken, sind ohne Zweifel diejenigen von grösstem Interesse, die auf eine Arteriosklerose hindeuten. Sie sind die einzigen, die ein halbwegs fertiges Krankheitsbild erkennen lassen, und gerade sie werden trotzdem meist als „Herzneurosen“ aufgefasst.

Oppenheim¹⁾ war wohl der Erste, der auf das Entstehen einer Arteriosklerose nach Unfällen, u. z. im Verlauf der traumatischen Neurosen, aufmerksam machte. „Es ist mir aufgefallen“, sagt er, „dass in nicht wenigen der von mir beobachteten (an traum. Neurosen) Fälle, welche ich einige Jahre nach dem Unfall wieder zu untersuchen Gelegenheit hatte, die Zeichen der Arteriosklerose hervortraten.“ Hiernach darf man annehmen, dass O. in der Arteriosklerose gewissermassen eine Folgekrankheit der traumatischen Neurose sieht.

Eine Erklärung hierfür oder einen Versuch dazu konnte ich bei ihm nirgends finden.

Gegenüber dieser Beobachtung, die im Grossen und Ganzen auch von anderer Seite, wenn auch nicht in diesem Zusammenhange, bestätigt wird, wäre jedoch für unsere Fälle, wie bereits oben angedeutet, zu betonen, dass diejenigen, bei denen eine Arteriosklerose angenommen wurde, keineswegs stets die Erscheinungen einer der traumatischen Neurosen boten, und dass, wenn beide Affektionen gemeinsam beobachtet wurden, es doch recht zweifelhaft schien, was Anfang, was Ausgang, welches Ursache, welches Folge wäre. Wenn wir erwägen, dass die arteriosklerotischen Veränderungen allenthalben am Körper auftreten und die verschiedensten Beschwerden verursachen können, so ist es doch eigentlich nicht nöthig, wenn Jemand bei dieser Affektion über Schwindelerscheinungen, Kopfdruck, Rückenschmerzen und dergl. mehr klagt, ein neues Krankheitsbild zu substituieren, das immerhin doch recht hypothetischer Natur ist, wenn wir dafür ein Jedermann bekanntes und geläufiges setzen können. Bezüglich der Schätzung hätten wir dann mit substantiellen Veränderungen zu thun, mit denen wir mit einiger Sicherheit rechnen könnten, was bei dem problematischen Gebilde der traumatischen Neurose ja ganz ausgeschlossen ist. Wenn aber Oppenheim erwähnt, bei nicht wenigen Fällen seiner Beobachtung nach Jahren eine ausgebildete Arteriosklerose festgestellt zu haben, so wäre der Schluss vielleicht nicht zu gewagt, dass dies im Anfang der traumatischen Neurose so selten geschieht, weil uns die Anfänge der Arteriosklerose noch recht unbekannt sind und somit leicht unserer Beobachtung entgehen. Wir übersehen eben die Anfänge der Gefässerkrankung und deuten die von gestörter Zirkulation herrührenden Erscheinungen als „nervöse“. Wenn sich die „Befunde bei traumatischen Neurosen“ erst häufen werden, dann dürfte vielleicht der Nachweis erbracht werden, dass wir es in der Hauptsache mit solchen Ernährungsstörungen in Folge unzulänglicher Zirkulationsverhältnisse zu thun haben.

Geben wir aber die Möglichkeit einer Arteriosklerose nach Unfällen, sei es nun mit traumatischer Neurose oder ohne eine solche, zu, so müssen wir auch versuchen, den Weg zu finden,

auf dem wenigstens eine gewisse Möglichkeit für eine Erklärung vorliegt. Denn nur dann haben wir festen Boden unter den Füßen, wenn Praxis und Theorie einander ergänzen. — Die Arteriosklerose ist an sich leider ein wenig bearbeitetes Gebiet und noch in der II. Auflage der Real-Encyclopädie vermisst A. Fränkel eine umfassende Monographie dieser allen geläufigen Affektion. Bezüglich der Pathogenese äussert er sich an eben derselben Stelle folgendermassen:

„Es ist zu bemerken, dass in einer gewissen Reihe von Fällen, ja, man kann sagen, in der Mehrzahl, der Ausbildung der Arterienwand-Erkrankung eine Reihe von Störungen vorausgeht, welche, allgemein ausgedrückt, in einer Steigerung der Herzarbeit, namentlich des linken Ventikels, durch abnorme Widerstände im Aortensystem bestehen.“ Als Folge davon sieht er mit Traube einen endarteritischen Prozess an, der dann weiter zur Verhärtung des Gefässrohres führt.

Dass durch eine Quetschung, eine schwere Kontusion der Brust, speziell des Herzens, solche abnormen Widerstände geschaffen werden können, ist wohl verständlich, ganz abgesehen von den dabei möglichen lokalen Läsionen, die für die Ausbildung eines endart. Prozesses den günstigsten Boden abzugeben vermögen. Für diejenigen Verletzungen jedoch, die ausserhalb der Herzgegend stattfinden und trotzdem das Bild der Art. zu zeitigen vermögen, selbst unter Einschaltung der traum. Neurose, reicht diese Erklärung nicht aus. Es ist jedenfalls von vornherein nicht ersichtlich, wie durch den Fall auf den Kopf oder den Bauch, ja, durch Auffallen von Ziegeln auf den Rücken ein vermehrter Herzdruck zu Stande kommen sollte. Hier müssen wir einen kleinen Umweg machen. Wir wissen, dass durch Reize, die fernab vom Herzen den Vagus, Sympathicus oder das Vasomotorenzentrum in der Oblongata treffen, eine Einwirkung auf das Herz entstehen kann. Wir müssen dann annehmen, dass der Reiz entweder in Folge von lokaler Schmerzhaftigkeit sich häufig genug wiederholt, um eine dauernde Einwirkung auf das Herz zu ermöglichen oder dass z. B. durch eine äussere Läsion jenes Zentrums eine Alteration hervorgerufen war, die nachhaltig das Herz zu beeinflussen im Stande ist.

Auf diesem Wege könnte man sich vielleicht das Zustandekommen einer Arteriosklerose nach den verschiedensten Verletzungen erklären. Und eine solche Arteriosklerose kann sich, wie wir sahen, mit einer der sogenannten traumatischen Neurosen kombinieren.

Es erscheint somit nothwendig, in jedem Falle einer traumatischen Neurose auf Veränderungen des Gefässsystems zu achten. Man darf jedoch im Anfange nicht nach dem Hauptkriterium jener Affektion, dem harten Puls und den geschlängelten Gefässen suchen. Zur Ausbildung solcher Veränderungen bedarf es der Zeit. Ich habe den Eindruck, dass diesem Zustand ein abnorm weicher Puls vorausgeht.

Wenn sich die oben entwickelte Annahme, dass die nervösen Erscheinungen nach Unfällen hauptsächlich Folgen gestörter Zirkulation sind, bestätigt, dann würde auch die Therapie nicht wie bisher gänzlich in der Luft schweben. Die Arteriosklerose eines Unfallverletzten ist keine andere als diejenige eines anderen Menschen, und wir brauchen dort ebensowenig die Hände in den Schoss zu legen, wie wir es hier thun. Wir werden dann jedenfalls versuchen, einer Kategorie von Unfallverletzten handelnd und behandelnd gegenüberzutreten, die wir bisher als ein Noli mi tangere zu betrachten uns gewöhnt hatten.

¹⁾ H. Oppenheim, Die traum. Neurosen II. Aufl. 1892.

Referate.

Sammelbericht.

Bericht über die augenärztliche Literatur in ihrer Beziehung zur Sachverständigen-Thätigkeit für die letzten zwei Semester.

Von Prof. Dr. P. Silex-Berlin.

Die Zahl der in Betracht kommenden Arbeiten ist eine sehr grosse. Es erklärt sich dies daraus, dass über viele Punkte, so besonders über die Frage der Entschädigungen, eine Einigkeit noch nicht erzielt ist, und so das Bestreben vorliegt, durch eine reiche Kasuistik den Bau des Gebäudes zu fördern. Kurze Mittheilungen, denen eine gewisse Pointe fehlt, haben wir ausser Betracht gelassen und machen auch im Uebrigen auf Vollständigkeit keinen Anspruch. Zur leichteren Orientirung haben wir das Zusammengehörige unter Voranstellung der Literatur aneinandergereiht und glauben damit den Lesern einen Dienst erwiesen zu haben.

I.

Sehr interessante Resultate hat die Gutachter-Thätigkeit geliefert, insofern sie die divergirenden Ansichten über die Höhe der Rentenbemessung trotz der vielen im Laufe der Jahre aufgestellten mathematischen Formeln noch deutlich erkennen lässt.

1. **Becker.** Der Entschädigungsanspruch des Arbeiters bei Augenverletzungen. (Die Arbeiter-Versorgung 01. No. 1).

2. **Müller.** Abschätzung der Erwerbsbeschränkung durch Schädigung des Sehorgans bei Unfallverletzten der landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft. (Med. Korr.-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereins. Mai 1902.)

3. **Schmidt-Rimpler.** Ueber Diagnose und Behandlung wichtiger Augenaffectationen mit vorzugsweiser Berücksichtigung der Frage, wann die Hilfe eines Spezialarztes erforderlich wird. Die Deutsche Klinik am Eingang des XX. Jahrhunderts. (Aus: Woch. f. Ther. u. Hyg. d. Auges. No. 10.)

4. **Silex.** Zeitschrift für Augenheilkunde VI. 5.

5. Aus der ophthalm. Sektion der VIII. Pirogoffschen Versammlung. Moskau. Januar 1902. (Ref. in Zeitschr. f. Augenheilkunde. VII. 6.

6. **Ammann.** Einiges zu den Unfallentschädigungen. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte XXXII. Beilage, No. 18.)

Die bekannte Zehendersche Formel zur Berechnung der Erwerbsbeeinträchtigung eines Arbeiters durch eine erlittene Augenverletzung ist jetzt wohl ganz aufgegeben; auch von den in neuerer Zeit aufgestellten Formeln, wie z. B. die von Heddaeus und Groenouw, haben sich, weil allzu komplizirt, nicht einbürgern können. Bei seinem Versuch nun, einen genauen Massstab für die Höhe der erlittenen Schädigung bei den verschiedenen Arten von Augenverletzungen zu gewinnen, geht Becker (1) von der durchaus richtigen Voraussetzung aus, dass es fast immer drei Funktionen des Auges sind, die wechselweise in Mitleidenschaft gezogen werden: zentrale Sehschärfe, die Akkommodation und das indirekte Sehen (Gesichtsfeld). Alle anderen Funktionen, wie z. B. Muskel- oder Farbensinnstörungen, treten praktisch an Häufigkeit und Wichtigkeit hinter diesen dreien weit zurück. Es kommt nun darauf an, den wechselseitigen Werth von zentraler Sehschärfe, Akkommodation und Gesichtsfeld derart zu bestimmen, dass jeder einzelne Fall der Praxis sich leicht danach bewerthen lässt.

Man kann sagen, dass die zentrale Sehschärfe einen Mindestwerth von $\frac{2}{3}$ des Gesamtwertes eines Auges dar-

stellt. Je $\frac{1}{6}$ bleibe dann für Akkommodation und Gesichtsfeld übrig. Setzt man den Gesamtwert der beiden Augen gleich 100, so kommt demnach auf die zentrale Sehschärfe 66, auf Akkommodation und Gesichtsfeld je 17, oder für das einzelne Auge: zentrale Sehschärfe = 33, Akkommodation und Gesichtsfeld je 8.

Bei dieser Berechnung ist angenommen worden, dass beide Augen Schaden genommen haben. Meist aber ist in der Praxis nur ein Auge verletzt, hier hat der alte Zehendersche Vorschlag seine Gültigkeit, den ursprünglichen Werth des besseren Auges zu $\frac{2}{3}$, den des schlechteren nur zu $\frac{1}{3}$ des Gesamtwertes anzusetzen. Es käme dann heraus:

	Besseres Auge	Schlechteres Auge
Zentrale Sehschärfe . . .	44	22
Akkommodation	11	6
Gesichtsfeld	11	6
	66	34

Handelt es sich um ungelernete Arbeiter, so ist das bessere Auge mit $\frac{3}{4}$, das schlechtere mit $\frac{1}{4}$ anzusetzen. Es ergibt sich dann:

	Besseres Auge	Schlechteres Auge
Zentrale Sehschärfe . . .	50	17
Akkommodation	12	4
Gesichtsfeld	12	4
	74	25

ist der zu begutachtende Funktionsausfall ein vollkommener, so ist der Prozentsatz der Schädigung sofort abzulesen. Anders ist es, wenn eine Funktion nur geschädigt ist. Es muss dann erst das noch Vorhandene bewerthet, resp. die Grösse des Ausgefallenen bestimmt werden. Bei Akkommodation und Gesichtsfeld ist dies mit Genauigkeit nicht durchzuführen; man wird dann entweder nur abschätzen oder in schweren Fällen den vollen Werth für den Totalverlust einsetzen. Bei der zentralen Sehschärfe kann das noch vorhandene Sehvermögen genau bewerthet werden. Verf. geht hierbei von der Voraussetzung aus, dass eine wirkliche Einbusse an Erwerbsfähigkeit erst dann anzunehmen ist, wenn das Auge eine zentrale Sehschärfe von weniger als $\frac{1}{2}$ besitzt. Setzt man nun dementsprechend den vollen Werth der gewerblichen Sehschärfe gleich $\frac{1}{2}$ der wissenschaftlichen Sehschärfe, und lässt alsdann diesen Werth, der gebräuchlichen Sehschärfenskala folgend, ungefähr in einfacher arithmetischer Progression abnehmen, so erhält man die folgende Skala:

Der Werth der zentralen Sehschärfe des unverletzten Auges betrage:

44	22	50	17
----	----	----	----

dann ist der wirkliche, in Rechnung zu stellende Nutzwert der zentralen Sehens bei einer Sehschärfe von

weniger als	$\frac{1}{2}-\frac{5}{12}$	38	19	45	15	
"	"	$\frac{5}{12}-\frac{5}{15}$	32	16	39	13
"	"	$\frac{5}{15}-\frac{5}{20}$	26	13	33	11
"	"	$\frac{5}{20}-\frac{5}{30}$	20	10	27	9
"	"	$\frac{5}{30}-\frac{5}{60}$	15	7	11	7
"	"	$\frac{5}{60}-\frac{3}{60}$	10	5	15	5
"	"	$\frac{3}{60}-\frac{1}{60}$	6	3	9	3
"	"	$\frac{1}{60}-\frac{1}{120}$	2	1	3	1
"	"	$\frac{1}{120}-0$	0	0	0	0

Die Berechnung selbst gestaltet sich nun folgendermassen: Es sei

- Sc₁ der Werth der zentralen Sehschärfe des besseren Auges
- A₁ " " der Akkommodation des besseren Auges,
- Sp₁ " " des peripherischen Sehens des besseren Auges,
- Sc₂ " " der zentralen Sehschärfe des schlechteren Auges,

A_2 der Werth der Akkommodation des schlechteren Auges,
 Sp_2 „ „ des peripherischen Sehens d. schlechteren Auges.

W sei der Werth des gesammten Sehvermögens eines Menschen, V sei der durch den Unfall verwirkte Verlust an Sehvermögen, dann ist

$$W = \frac{(Sc_1 + A_1 + Sp_1) + (Sc_2 + A_2 + Sp_2)}{100}$$

$$V = 1 - \frac{(Sc_1 + A_1 + Sp_1) + (Sc_2 + A_2 + Sp_2)}{100}$$

An der Hand mehrerer Fälle aus der Praxis beweist Verfasser die Richtigkeit seiner Formel, die, wie er selbst angeht, nur ein Versuch sein soll, Unfallansprüche genau prozentualisch zu normiren. Er betont selbst, dass es immer Fälle geben wird, die sich in kein Schema einzwängen lassen. Von diesem Gesichtspunkt aus ist der Versuch als ein durchaus gelungener zu bezeichnen, wenn auch der gewissenhafte Sachverständige stets gezwungen sein wird, Unfallfolgen nicht nur nach todtten Zahlen zu beurtheilen, sondern auch Umstände zu berücksichtigen, wie Alter, Intelligenz, Körperzustand des Verletzten etc., Umstände, die sich eben niemals werden in einer einzigen Formel unterbringen lassen.

Müller (2) erläutert die Grundsätze, nach denen in der Tübinger Augenklinik Unfallrenten bei Augenschädigungen von Landarbeitern normirt werden. Seine Ausführungen decken sich im Allgemeinen mit den überall gebräuchlichen Grundsätzen, zumal er auch wiederholt betont, dass sich eine Augenverletzung in Hinsicht auf Erwerbsbeeinträchtigung niemals in ein todttes Schema einzwängen lasse, sondern dass jeder Fall individuell beurtheilt werden müsse. Mit Magnus betrachtet er die normale Erwerbsfähigkeit abhängig von ungeschmälerter Funktion der Körperorgane, von der technischen Fertigkeit, und von der Konkurrenzfähigkeit. Im Wesentlichen ist bei augenverletzten Landarbeitern die Erwerbsbeschränkung gleich der Herabsetzung des erwerblichen Sehvermögens, welches er zusammengesetzt betrachtet aus normaler Sehschärfe, Gesichtsfeld, binokularem Sehen und Muskelthätigkeit.

Verlust eines Auges bei intaktem zweiten bewerthet er mit 25—33 Prozent. Schon Herabsetzung der wissenschaftlichen Sehschärfe unter die Hälfte der Norm bedingt eine Erwerbsbeschränkung. Bestand schon vor dem Unfall ein Augendefekt, so ist die Erwerbsbeschränkung durch das Verhältniss von Erwerbsfähigkeit vor und nach dem Unfall bestimmt.

Pupillenveränderungen und Akkommodationsstörungen bedingen bei Landarbeitern in der Regel keine Erwerbseinschränkung, wohl aber beeinflussen Gesichtsfeldveränderungen die Erwerbsfähigkeit in hohem Masse. Verlust des binokularen Sehens kommt am häufigsten nach einseitiger Staaroperation vor. Er ist mit 10—15 Prozent zu bewerthen. Augenmuskellähmung macht den Patienten zu einem Einäugigen, ist also dementsprechend zu entschädigen.

Die nähere Begründung und Erörterung der angeführten Ausführungen kann nachgesehen werden in des Verf. gleichnamiger Inaugural-Diss. Tübingen 01.

Aus der interessanten Arbeit von Schmidt-Rimpler (3) sei hier nur über die Abschnitte berichtet, die auf den Einfluss von Sehstörungen auf die Erwerbsfähigkeit Bezug haben. Im Allgemeinen wurden früher bei Verlust eines Auges und intaktem zweiten Auge 33 Prozent Rente bewilligt, welche Zahl jetzt auf 25 Prozent normirt worden ist. Der Schaden besteht hauptsächlich in der Einengung des peripherischen Sehens und in dem Verlust des stereoskopischen Sehens. Letzteres bessert sich durch Gewöhnung allmählich, so dass man den Satz von 25 Prozent nur für die erste Zeit zuge-

stehen muss, um dann später für die meisten Berufsarten auf 18—20 Prozent herabgehen zu können.

Ist bei intaktem einem Auge das zweite durch einen Unfall sehschwach geworden bis etwa zur Sehschärfe $\frac{1}{2}$, so liegt überhaupt keine dauernde Erwerbsbeeinträchtigung vor.

Ist bei Verlust eines Auges auch das zweite sehschwach geworden, so muss man von Fall zu Fall urtheilen; Formeln, wie die von Zehender aufgestellten, haben keinen allzu grossen praktischen Werth.

Praktisch wichtig sind die Fälle, in denen eine durch Unfall entstandene Katarakt entfernt wurde, und im Lauf der Zeit gute Sehschärfe des verletzten Auges ($\frac{1}{2}$ —1) erzielt wurde.

Wenn es auch meist hier zu einem binokularem Sehen und zu einer richtigen Distanzschätzung nicht kommen wird, so ist doch in Anbetracht der thatsächlich vorhandenen Sehtüchtigkeit des verletzten Auges nur auf 12—15 Prozent Erwerbsbeeinträchtigung zu erkennen.

Allgemein gültige Regeln lassen sich überhaupt nicht aufstellen, wenn noch andere komplizirende Momente, wie chronische Entzündungen, Gesichtsfelddefekte etc. vorliegen. Auch hier muss jeder Fall wieder genau individualisirt werden.

Sehr häufig sind Uebertreibungen nachweisbar; am leichtesten kommt man in solchen Fällen durch stereoskopische Untersuchungen und Aufnahme des Gesichtsfeldes in verschiedenen Distanzen zum Ziel. Die Diagnose der Uebertreibung kann aber doch recht schwierig sein und in manchen Fällen nur vom geübten Spezialisten auf Grund des Missverhältnisses zwischen subjektiven Angaben und objektivem Befund gestellt werden.

(4) Ein stark hypermetropischer Augenarzt hatte auf seinem linken Auge eine Glassplitterverletzung erlitten, durch die entstandene Narbenbildung in der Hornhaut war die Sehschärfe des früher guten Auges auf $\frac{1}{4}$ gesunken; das rechte Auge zeigte nach Gläserkorrektion $\frac{2}{3}$ Sehschärfe. Er klagte über nervöse Störungen wie Flimmern, Blendung, monokuläre Diplopie, er sei zum Augenarzt nicht mehr brauchbar, und sei, da er beim Arbeiten das verletzte Auge schliessen müsse, als Einäugiger zu betrachten. Er verlangte von seiner Versicherungsgesellschaft 100 Prozent Unfallrente. Diese aber betrachtete das rechte Auge als normal und bewilligte nur 20 Prozent für den Verlust von $\frac{3}{4}$ Sehkraft des linken Auges. Silex (4) war als letzter Gutachter aufgerufen worden und beurtheilte den Fall folgendermassen: Einem Arbeiter mit höchsten optischen Anforderungen — also auch einem Arzt — sind bei Sehschärfe $\frac{2}{3}$ und $\frac{1}{5}$ bei Benutzung von Gläsern (eine Brille wurde auch vor dem Unfall schon getragen) ca. 25 Prozent zu bewilligen. Der vom Patienten angegebene nothwendige Schluss des verletzten Auges bei der Arbeit erhöhte diesen Satz auf 45 Prozent, und zwar für eine Uebergangszeit von ca. $1\frac{1}{2}$ Jahren. Nach Ablauf dieser Zeit wäre wieder auf den Satz von 25 Prozent zurückzugreifen, vorausgesetzt, dass sich die nervösen Beschwerden gelegt hätten. Diese sind auf 5 Prozent Erwerbsbeeinträchtigung zu taxiren, so dass für die erste Zeit $45 + 5 = 50$ Prozent normirt wurden. Würde das Auge bei der Arbeit wieder geöffnet, so sollten 30 Prozent so lange gezahlt werden, als die nervösen Beschwerden sich noch zeigten, und schliesslich nach Fcrtfall derselben, 25 Prozent.

Der Kollege und Patient erklärte sich endlich mit 45 Prozent für die lokale Verletzung einverstanden und verlangt nur noch für die nervösen Störungen statt 5 — 20 Prozent, also im Ganzen 65 Prozent, einigte sich aber schliesslich auf 50.

(5) **Natanson:** Ueber die verminderte Erwerbsfähigkeit der Arbeiter bei Augenverletzungen und deren Bewerthung bei der Entschädigung.

Die Augenverletzungen bilden 4 Prozent von den bei Arbeitern vorkommenden Verletzungen. Eine Unfallversicherung existire in Russland nicht. Redner schlägt vor, den Verlust eines Auges mit 10—15 Prozent zu bewerthen.

Maklakoff: Ueber die verminderte Erwerbsfähigkeit Einäugiger.

Aus der von Maklakoff beigebrachten Kasuistik glaubt er sagen zu dürfen, dass einäugige Arbeiter nur wenig an Erwerbsfähigkeit einbüßen. Trotzdem aber hält er die Bewerthung der verminderten Erwerbsfähigkeit Einäugiger mit 33 Prozent für richtig.

Braunstein: Ueber die Verminderung der Erwerbsfähigkeit bei Augenverletzungen.

Der Einäugige ist zu manchen Berufen überhaupt untauglich. Der in Deutschland übliche Entschädigungssatz ist zu niedrig.

Bellarminoff findet in der Diskussion die von Natanson vorgeschlagene Bewerthung zu niedrig, sondern spricht sich für 50 Prozent aus.

Es wird beschlossen, die Frage der Bewerthung der verminderten Erwerbsfähigkeit bei Verletzungen der Fabrik- und Bergwerksarbeiter als Programmfrage für die IX. Pirogoffische Versammlung aufzustellen.

Ammann (6) greift von den Augenverletzungen die *Cataracta traumatica* und die durch dieselbe bedingte *Aphakie* heraus. An der Hand einer Reihe selbstbeobachteter Fälle von *Aphakie* nach Trauma weist er nach, dass häufig genug eine Erwerbsbeeinträchtigung nicht vorliegt oder dass dieselbe nur äusserst gering ist. Verf. nimmt bei *Aphakia* nach Trauma 5% Erwerbsschädigung an, bei Leuten mit höheren optischen Ansprüchen in den ersten beiden Jahren 10—20%, dann 5%.

Allgemeines.

Ein Beitrag aus der gerichtsarztlichen Praxis.

Von Dr. Anton Kugel-Bodenbach.

(Prager medizinische Wochenschrift No. 46, 1901.)

Ein sechsjähriger Knabe war durch Sturz aus einem Wagen zu Tode gekommen; es handelte sich darum, den Vorgang der Tödtung näher festzustellen, insbesondere zu entscheiden, ob das Kind nach dem Sturz überfahren worden sei oder nicht, wie zwei Zeugen behaupteten. Entgegen den Aussagen der Zeugen vertrat K. auf Grund des Sektionsbefundes die Ansicht, dass der Knabe überfahren worden sein müsse. Die Obduktion hatte in der Hauptsache ergeben: Bruch der Halswirbelsäule, Gehirnerschütterung, Suffusionen in den Organen des Brustkorbes und der Bauchhöhle, Ruptur der Leber. Die beiden erstgenannten Befunde erklären sich zur Genüge aus dem Sturz, die weiteren Erscheinungen sind aber nur darauf zurückzuführen, dass eine starke Quetschung stattgefunden hat. Der Sturz erfolgte aus einer Höhe von noch nicht 1½ m; wenn auch Spuren des Ueberfahrens an dem Kinde äusserlich nicht sichtbar waren, so musste man diesen Vorgang doch annehmen, da ein Sturz aus so geringer Höhe unmöglich eine Leberruptur herbeiführen kann. Dagegen ist es eine bekannte Thatsache, dass selbst bedeutende Quetschungen der inneren Organe erfolgen können, ohne dass Spuren der denselben zu Grunde liegenden Gewalt an den Hautdecken sichtbar wären. Die kindliche Haut zeigt besondere Resistenzfähigkeit, und die Rippen des kindlichen Brustkorbes vermögen in Folge ihrer grossen Elastizität und ihres festen Knochengefüges beträchtlichen Gewalteinwirkungen zu widerstehen.

—y.

Chirurgie.

Ein Fall von Schenkelhalsfraktur mit Verlängerung des Beines.

Von Assistenzarzt Dr. W. Dietzer.

(Aus der chirurg. Abtheilung des Bürgerhospitals zu Köln; Geheimrath Professor Dr. Bardenheuer.)

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

Die Diagnose der Schenkelhalsbrüche bietet im Allgemeinen keine Schwierigkeiten, besonders wenn die typischen Symptome, Auswärtsrotation, Verkürzung des Beines und veränderte Gestalt der Hüfte vorhanden sind. Schwieriger wird das Erkennen des Bruches, wenn eines dieser Anzeichen fehlt, oder sich gar ein ganz ungewohntes Bild dem Untersucher darbietet. So beobachtete D. statt der üblichen Verkürzung des Beines eine Verlängerung desselben.

Ein 50jähriger Arbeiter fiel auf der Strasse und schlug mit der rechten Hüfte auf die Trottoirkante auf. Bei seiner bald darauf erfolgten Aufnahme in das Krankenhaus fand sich erhebliche Schmerzhaftigkeit des Schenkelhalses; ebenso verspürte der Kranke heftige Schmerzen bei Druck auf den grossen Rollhügel und bei Innenrotation des Beines. Dieses war um 2 cm gegenüber dem gesunden verlängert. Es konnte sich hiernach nur um eine *Luxatio obturatoria* oder *Fractura colli femoris* mit eigenthümlichem Symptomenkomplex handeln. Die Entscheidung gab das Röntgenbild, auf welchem sich ein extrakapsulärer eingekeilter Schenkelhalsbruch zeigte, bei dem die periphere Partie des fast senkrecht gestellten Halsfragmentes in die obere Partie des *Trochanter maior* eingekeilt war.

Der Bruch heilte unter Extensionsbehandlung vorzüglich, allerdings mit Verlängerung des Beines um 2 cm; der *Trochanter* stand 2 cm unterhalb der *Roser-Nelaton'schen Linie*.

Niehues-Berlin.

Zur Kasuistik der Hüftgelenkspfannenbrüche.

Von Stabsarzt Dr. Graessner.

Aus der chirurgischen Abtheilung des Bürgerhospitals zu Köln;

Geheimrath Prof. Dr. Bardenheuer.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 64, Heft 4 und 5.)

Verf. fasst den Begriff „Hüftgelenkspfannenbrüche“ so auf, dass er zu denselben nicht nur Absprengung des Pfannenrandes und isolirte Frakturen des Pfannenbodens, sondern auch diejenigen Brüche des Beckens hinzuzählt, bei denen die Pfanne mit frakturirt ist, da die in Folge dieser Komplikation entstehenden Symptome das Krankheitsbild beherrschen. Er konnte in dem Zeitraum von ¾ Jahren neun derartige Fälle beobachten, woraus folgt, dass die Pfannenbrüche bei Weitem nicht so selten sind, als man bisher annahm.

Als Ursache der Brüche, welche Männer im Alter von 14 bis 44 Jahren betrafen, wird siebenmal Fall auf die Hüfte angegeben; einmal findet sich Fall auf das Kreuz verzeichnet. Interessant ist die Entstehungsweise im neunten Fall (Absprengung des oberen Pfannenrandes und *Luxation* des Schenkelkopfes nach oben hinten). Der 17 Jahre alte Kranke sprang beim Treppabwärtsgehen über drei Stufen mit dem linken Fusse mit grosser Gewalt auf, wobei er einen heftigen Schmerz in der Hüfte empfand. Um nicht zu fallen, suchte er das an seiner linken Seite befindliche Treppengeländer zu fassen und machte deshalb eine forcirte Aussendrehung des Rumpfes nach links. Durch das erste Moment erfolgte die Absprengung des Pfannenrandes, unter Hinzutritt des zweiten die *Luxatio iliaca*.

Die Diagnose des Bruches stützte sich in den meisten Fällen auf heftige Schmerzen im Hüftgelenk bei Druck auf

den Trochanter oder Stoss gegen die Ferse, Stand der Trochanter Spitze in der Roser-Nelatonschen Linie, Annäherung des Trochanters an die Mittellinie mit Abflachung der Trochantergegend, beschränkte und schmerzhaftes Innenrotation, Druckempfindlichkeit der Pfannengegend bei tiefem Eindrücken dicht über dem Lig. Pouparti in der Regio hypogastrica, druckempfindliche Vorwölbung in der Pfannengegend bei rektaler Untersuchung. Verkürzung des Beines, Krepitation und Echymsen oberhalb des Poupart'schen Bandes fehlten. In allen Fällen sicherte die Röntgenaufnahme die Diagnose.

Differentialdiagnostisch kommen Kontusionen des Hüftgelenks und eingekeilte Schenkelhalsfrakturen in Betracht. Gegen Verwechslungen mit Kontusion schützt die Abflachung der Trochantergegend, die mediale Annäherung und die Untersuchung vom Mastdarm aus gegen Verwechslung mit eingekeilter Schenkelhalsfraktur der Stand der Trochanter Spitze in der Roser-Nelatonschen Linie und das Fehlen jeglicher Verkürzung. Das Röntgenbild schafft in allen Fällen Klarheit.

Die Behandlung bestand in Längs-Extension des Beines mit 12—15 kg und Querextension des Oberschenkels nach aussen mit 5—7 kg. Um zu verhüten, dass die Kranken zu sehr nach der gesunden Seite auswichen, wurde eine Querextension mit 3—5 kg nach der kranken Seite hinzugefügt. Nihues-Berlin.

Ein Fall von Luxation des Fusses nach hinten.

Aus der orthopädischen Klinik des Dr. Schanz in Dresden.

Von Dr. Schanz.

Sch. fügt den bisher in der Literatur niedergelegten Beobachtungen über Verrenkung des Fusses nach hinten eine eigene hinzu.

Die 45-jährige Kranke war von der Treppe gerutscht und so zu Fall gekommen, dass sie sich auf den untergeschlagenen linken Fuss setzte. Der Fuss wurde nach der Verletzung auf der Volkmann'schen Schiene gelagert. Als sie nach sieben Wochen in die Behandlung des Verf. kam, bestand eine Verrenkung des Fusses nach hinten mit Bruch des äusseren und Absprengung eines Knochenstückes am inneren Knöchel. Der Gang der Kranken liess viel zu wünschen übrig. Da ein in Narkose vorgenommener Repositionsversuch misslang, erhielt die Kranke einen Schienenhülsenapparat, welcher eine bedeutende Funktionsverbesserung herbeiführte.

Nihues-Berlin.

Ueber Pes calcaneus traumaticus.

Von Dr. A. Wittek, orthopäd. Assistent.

Aus der chir. Universitäts-Klinik Graz; Prof. Dr. Nicoladoni.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 64. Heft 5 und 6.)

Das Fersenbein wird in seiner Lage erhalten durch Zug und Gegenzug von Muskeln. Der Zug wird von der Wadenmuskulatur ausgeführt, welche vermittelt der Achillessehne am Processus posterior angreift; den Gegenzug übernehmen die von der Tuberositas calcanei entspringenden, durch die Fusssohle nach vorn verlaufenden Muskeln. Wird der Zug aus irgend einem Grunde aufgehoben, so erlangen die letztgenannten Muskeln das Uebergewicht und ziehen das normal nach hinten gerichtete Fersenbein nach unten und vorn, so dass seine Längsachse mehr in die Verlängerung der Schienbeinachse fällt; es entsteht ein Hackenfuss. Der Bewegung des Calcaneus schliesst sich der mit ihm durch Bandmassen straff verbundene Talus an.

Durch denselben Muskelzug wird auch der Vorderfuss nach unten gezogen, so dass ein hohes Fussgewölbe, dessen Scheitelpunkt in der Höhe des dehnungsfähigen Chopart'schen Gelenkes liegt, resultirt. Sekundär treten Veränderungen im

Sprung- und Fersenbein auf. Die Funktion eines solchen Fusses ist nicht sonderlich gestört, nur das Abwickeln desselben vom Boden ist einigermassen beeinträchtigt.

Unter den Ursachen, welche zu einer Ausschaltung der Wadenmuskulatur führen, stehen die Verletzungen (Durchschneidung der Achillessehne, Abriss derselben vom Fersenbein u. s. w.) obenan. W. berichtet über mehrere derartige Fälle. In dem einen war die Durchschneidung bei paralytischem Spitzfuss zu therapeutischen Zwecken vorgenommen, eine Wiedervereinigung der Sehnenenden jedoch ausgeblieben. Auch nach Bruch des Unterschenkels im unteren Viertel, welcher unter Bildung einer Pseudarthrose mit 2 cm Verkürzung heilte, kam die Entstehung eines Hackenfusses zur Beobachtung.

Bei der Behandlung kommt die Beseitigung des ursächlichen Momentes, die Wiedervereinigung der durchschnittenen Achillessehne u. s. w. in Betracht, wenn man nicht bei der Geringfügigkeit der funktionellen Störungen auf einen Eingriff verzichten will. Nihues-Berlin.

Isolirter Bruch des Dornfortsatzes des dritten Lendenwirbels durch Muskelzug.

Von Oberstabsarzt Dr. Schulte-Jüterbog.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift, Band 31. Heft 9.)

Ein Kanonier gerieth mit seinem Kameraden am frühen Morgen in Streit, im Verlaufe dessen es zu einem Ringen kam, wobei er zu Boden geworfen wurde. Ob er hierbei noch Fusstritte erhalten hat oder mit dem Rücken auf einen harten Gegenstand gefallen ist, konnte nicht festgestellt werden. Er versah, ohne irgendwie über Schmerzen zu klagen, seinen Dienst (Geschütz-exerzieren und Reitunterricht), so dass nicht anzunehmen ist, dass bei dem Ringen eine ernsthafte Verletzung verursacht wurde. Am späten Nachmittage kam er beim Längsspringen über den Bock schlecht auf dem Erdboden an, so dass er sich rücklings überbiegen musste und einen heftigen Schmerz in der Lendengegend empfand.

Bei seiner nach zwei Tagen erfolgten Aufnahme in das Lazareth bestanden Kreuzschmerzen und hohes Fieber, welches sich während des ganzen Verlaufes auf gleicher Höhe hielt. Neben der Lendenwirbelsäule bildete sich nach einigen Tagen ein Abszess, bei dessen operativer Eröffnung der abgebrochene Dornfortsatz des dritten Lendenwirbels entfernt wurde. Der Kranke erlag am achtzehnten Krankheitstage einer allgemeinen Sepsis.

Verfasser macht für die Entstehung des Bruches die Einknickung der Wirbelsäule beim Bockspringen verantwortlich, auf welche auch der Kranke im Beginn seines Leidens die Schmerzen zurückführte und nimmt an, dass die Fraktur durch Muskelzug entstanden sei. Nihues-Berlin.

Wirbelbruch bei einem Haemophilen mit tödtlicher Blutung in den hinteren Mittelfellraum.

Von Hugh Raven.

(The Brit. med. Journal, 19. April 1902.)

Ein 49 Jahre alter Fuhrmann war von seinem Wagen heruntergestürzt und hatte sich dabei anscheinend nur eine Wunde seiner Schädelhaut über dem einen Scheitelbein zugezogen. Die Blutung der Wunde war ausserordentlich schwer zu stillen. Der Verletzte gab an, dass er aus einer Bluterfamilie stamme. Einen Tag nach der Verletzung kam er wieder in Behandlung. Er klagte über Husten, Athemnoth, Blutspeien und über Druckgefühl und ein Gefühl der Engigkeit am Halse. Man konnte in der That eine starke Anschwellung des Halses wahrnehmen, welche von den Ohren bis zu dem Schlüsselbein reichte und welche bei genauer Be-

obachtung im Verlauf von wenigen Stunden beträchtlich zunahm, so dass die Haut über der Schwellung prall gespannt war. Auch die Rachenorgane zeigten ödematöse Anschwellungen. Das Gesicht war blass, der Puls ziemlich schwach. Ein hinzutretendes Glottisödem machte den Kehlkopfschnitt nothwendig. Die Besserung war nur vorübergehend, 2 Tage nach der Verletzung trat der Tod ein. Die Sektion ergab einen Querbruch des fünften Halswirbels ohne Verschiebung der Knochentheile und ohne Verletzung des Rückenmarks. Der Tod war durch Verbluten in Folge des Bruches eingetreten, und zwar hatte die Blutung sich in den hinteren Mediastinalraum ergossen.

Franz Meyer-Berlin.

Psychiatrie und Neurologie.

Klinische Studie über Zwangsvorstellungen und Impulse.

Von Dr. Louise B. Robinowitsch-Paris.

(Journal of Mental Pathology 1901/2 No. 4/5.)

Mittheilung von 5 Fällen, die in einfache Zwangszustände, in solche kompliziert mit Melancholie und Alkoholismus und in solche mit Epilepsie eingetheilt werden.

Fall I. Zehnjähriger, geistig früh entwickelter, nervös belasteter Knabe (Zangengeburt). Reizbarkeit und Ehrgeiz auf der einen Seite, krankhafte (nicht sexuelle) Neigung zu Thieren, Gewaltthätigkeiten gegen Menschen, auch Angehörige. Ueberaus schwankender Gemüthszustand. Besserung bei Anstaltsbehandlung.

Fall II. 27 Jahre alter, neuropathisch-psychopathisch belasteter Mann. Eine Reihe wechselnder Zwangsvorstellungen: Gehstörung in Folge der Vorstellung, angenagelt zu sein, zwangsmässiges Ansehen eines unwichtigen Details bei Bildern bis zur Erschöpfung, starke Geschmacksempfindungen bei Speisen, Furcht vor Geräuschen besonders von Thüren, folie du doute, Sucht Gegenstände zu berühren und drücken etc. Beim Ankämpfen gegen die Vorstellungen Beklemmungsgefühl. Gesichtsassymetrie, melancholische Haltung, leise Stimme. Besserung bei energischer psychischer Behandlung.

Fall III. 29 Jahre alte Köchin. Vater und Grossvater mütterlicherseits Trinker. Seit dem 21. Jahr (nach Influenza) melancholischer Zustand. Dann Mord- und Selbstmordtrieb, Selbstmordversuch wegen des Mordtriebes. Häufiger Stellenwechsel deshalb. Dann Anstaltsbehandlung, dabei Sucht, Nadeln zu schlucken. Nach Entlassung bald alter Zustand. Später dazu noch: Zweifelsucht, Délir du toucher, Kleptomanie, Onomatomanie, Pyromanie, Sucht, auf Vorübergehende siedendes Wasser zu werfen etc. Beherrschung der Impulse nur möglich, wo sie eine Autorität über sich fühlte.

Fall IV. 29jähriger Mann, Barbier, Vater Potator und tyrannisch im Hause. Mutter an Phthise gestorben; während ihrer Krankheit machte sie zwei Suicidversuche. Grossvater väterlicherseits erhängte sich, ein Vatersbruder starb geisteskrank, eine Tante väterlicherseits melancholisch. Mit 15 Jahren machte Pat. einen melancholischen Zustand durch. Häufige Zwangsimpulse, sich mit dem Rasirmesser Schnitte beizubringen. Wiederholt Selbstmordversuche deswegen (mit dem Rasirmesser). Schliesslich Trunksucht und Säuferwahnsinn.

Fall V. 44jähriger Mann. Vater Alkoholiker, Mutter in einem hysterischen Anfall gestorben. Ein Onkel geisteskrank, ein verstorbener Bruder war Idiot. Patient ist Zwillingkind, der Zwillingbruder ist gesund. Als Kind nervös, schlechter Schüler. Mit 9 Jahren Typhus. Dann epileptische Anfälle, die später häufiger wurden. Nach dem Tod seiner Frau 2 Suicidversuche, dann Absynthtrinker. Zwangshandlungen nahmen bestimmte geringwerthige Gegenstände triebartig weg.

biss Kinder in den Arm und Aehnliches), ferner abnorme Handlungen im postepileptischen Dämmerzustand. Später Delirium alcoholicum.

Bei der Behandlung muss nach Verf. zweierlei in Betracht kommen: man muss die Zwangszustände selbst und die eventl. daneben bestehenden Neurosen oder Psychosen behandeln. Sie hält Entfernung aus der Umgebung, Anstalts- und psychische Behandlung für nöthig. Dann bekommen die Kranken mehr Selbstvertrauen und Hoffnung für die Zukunft und sind den Wechselfällen des Lebens entzogen. Daneben sind Kräftigung, Massage, Hydrotherapie (Douchen, Bäder) und bei Erregungen Bettbehandlung zu empfehlen. Diese therapeutischen Massnahmen sind meiner Ansicht nach gewiss zu empfehlen, aber vor grossen Hoffnungen ist zu warnen, man kann sonst sehr enttäuscht werden. Es handelt sich um psychische Degenerationszustände, gegen die es nur ein, allerdings radikales Mittel giebt: man sollte Leute, die selbst neuropathisch sind oder aus solchen Familien stammen, nicht heirathen lassen.

L. Mann-Ulm.

Klinische Studien über Zirkuläres Irrsein.

Von Dr. G. C. Ferrari.

(Journal of Mental Pathology June 1901.)

Verfasser hat 1893/94 und 1898/99 in Reggio Emilia Untersuchungen von Temperatur und Blut bei periodisch Geisteskranken gemacht (spez. sog. zirkuläres Irrsein). Bei 7 Patienten (5 Frauen und 2 Männern) bekam er 1893 und 1898 analoge Resultate. Die Temperatur zeigte bei zirkulärem Irrsein typus inversus und zwar nur in dem mit dem normalen Befinden am meisten kontrastirenden Zustand, während sie in den Intervallen normal war. Bei einfachen periodischen Störungen wechselt die Temperatur den Typus nicht.

Das Blut verändert sich gleichfalls nach dem Typus der Inversion; bei Menschen mit heiterer Veranlagung nimmt die Zahl der Blutkörperchen während der Depression ab und ist während der Exaltation unverändert, bei Menschen mit normaler Veranlagung bleibt sie in der Depression unverändert und steigt während der Exaltation.

Verf. weist zum Schluss auf die Autoren hin, die bei den verschiedenen Formen von Geisteskrankheit dieselben Krankheitsbedingungen annehmen, deren Aeusserungen je nach der Individualität der Person wechseln.

Mann-Ulm.

Beitrag zur Kenntniss des akuten Deliriums. Psychische Störung bei Skorbut. Hämorrhagische Encephalitis (Strümpell).

Von Dr. Benjamin Semidalo w-Moskau.

(Journal of Mental Pathology. Febr. 1902.)

Eine 55jährige Wittve, deren Mutter an Geisteskrankheit starb, war in einem Militärlazareth im Kasanschen Departement als Krankenpflegerin beschäftigt, wo 1898 Skorbut herrschte. Als Offizierswittve hatte sie dort ein in jeder Beziehung angemessenes Leben und konnte viel in frischer Luft sein. Lues oder Alkoholismus nicht vorhanden. Die letzten Monate war sie von den Skorbutkranken getrennt. Trotzdem zeigte sie am 1. Juli 1899 Zeichen von Skorbut (Fieber, Blutunterlaufungen am rechten und linken Knöchel), die am 13. Juli unter Zurückbleiben von Oedem der Füsse verschwunden waren. Seit 10. Juli Zeichen psychischer Störung: Grosse Reizbarkeit, abnorme Strenge gegen Untergebene, Drohungen gegen die Umgebung. Drei Tage nachher ausgesprochene Seelenstörung: Desorientirung (Personen, Ort, Zeit), sie konnte keine Auskunft über sich geben, Gesichts- und Gehörstäuschungen, unzusammenhängendes Sprechen, später Geruchstäuschungen. Nahrungsverweigerung, Unreinlichkeit, Harnverhaltung, Verstopfung,

Schlaffosigkeit. Im weiteren Verlauf Konvulsionen im Gesicht und am linken Arm und erhöhte aktive Muskelthätigkeit, Wortneubildungen rhythmischer Natur. Körperlich: Anämie, schwammiges Zahnfleisch, Zähne fest in ihren Höhlen. Im Mund Blut, starker Speichelfluss und Skorbutgeruch. Pupillen, Kniereflexe, innere Organe ohne Aenderung. Temperatur 37,8, Puls rasch, klein, Herztöne schwach. An den Knien Blutextravasate. Später: Ideenflucht, Nichtreagiren auf Fragen, rhythmische Bewegungen der Arme, die aufhörten, solange man die Hand hielt, dann aber gleich wieder begannen. Geschlossenhalten der Augen (ob Ptosis, ist nicht angegeben Ref.), Schluckbeschwerden, Artikulationsstörung. Am 21. Juli zeigten sich unter Temperatursteigerung zahlreiche hämorrhagische Flecken an Brust und Händen von etwa 10 Centimesstückgrösse bei Fortdauer der übrigen Erscheinungen. In den folgenden Tagen: Gesteigerte allgemeine Unruhe, ebenso des Zitterns im Gesicht und der Muskulatur und der Konvulsionen. Neigung des Körpers nach rechts, ebenso Augenstellung, Körpergewichtsabnahme 22 kg. Vom 26. Juli bis 3. August Abnahme der motorischen Unruhe, dagegen intensiver Kopfschmerz und paretischer Gang bei bestehender Verwirrtheit mit Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. Vom 25. August an allgemeine Besserung mit ausgesprochener Gedächtnisstörung, die sich unter Beibehaltung weniger Wahnvorstellungen besserte. Im September völlige Besserung, auch der Gehstörung.

Diagnostisch kann der Fall nicht der Amentia zugerechnet werden, Alles weist auf entzündliche Erkrankung der Hirnrinde hin, andererseits wieder Herdsymptome. Verf. nimmt eine Uebergangsform zwischen Encephalitis mit akutem Delirium und Encephalitis vom Typus Strümpell an. Auf die Ähnlichkeit des Falls mit dem Typus Wernicke wird nicht hingewiesen. Aetiologisch wird sicher mit Recht ein Zusammenhang mit der Skorbutinfektion angenommen.

Mit dem wiederholt zitierten Oppenheimer ist wohl Oppenheim gemeint. L. Mann-Ulm.

Ueber Schultermessung bei normalen Personen und über den diagnostischen Werth derselben bei Lähmungen resp. Neurosen der Schulter.

Von J. Caspari, A. van der Minne und H. Zeehuison-Utrecht.
(Centr.-Bl. f. inn. Med. 1902. No. 21, 22 u. 30.)

Die Verfasser fördern das früher von Braune und Fischer, Mollier, Steinhausen u. A. begonnene Studium des Mechanismus der Schulterbewegungen, indem sie auf Grund der Mollierschen Messungen weiter arbeiten.

I. An den Schultern von 25 jungen Männern bezeichneten sie 5 feste Punkte nach Mollier:

1. O P: Schulter-Schlüsselbein-Gelenk.
2. M P: Uebergang der Schultergräte in den medialen Rand des Schulterblatts.
3. U P: Innerer Schulterblattwinkel.
4. S Pr: Mitte des oberen Randes des Brustbein-Handgriffs.
5. Sp P: an der Dornenlinie der Wirbelsäule in derselben Höhe wie S Pr.

Die Lage dieser Punkte zur Frontal-, Horizontal- und Sagittalebene und zu einander, wurde mit Wasserwaage, Bandmass und Tasterzirkel festgestellt bei Ruhestellung, sagittal-horizontaler und frontal-horizontaler Armstellung und bei höchster Armhebung. Aus den erhaltenen Massen wurden die verschiedenen Winkelgrößen der Exkursionen berechnet. Auf die unentbehrlichen graphischen Darstellungen und stereometrischen Zeichnungen und Berechnungen vermag das Referat nur zu verweisen.

Bei der Schulterblattbewegung ergab sich:

1. bezügl. der Drehung, dass der Winkel (α), welchen der mediale Schulterblattrand mit der Wirbelsäule bildet, von $4^{\circ} 54'$ (Ruhestellung) bis zu $57^{\circ} 24'$ (Vertikalstellung) schwankt. In vielen Fällen erfolgt bei beginnender Abhebung des Armes erst eine leichte medialwärts gerichtete Drehung des hinteren Randes. Lateralwärts nimmt sie erst ihren Anfang bei 39° Frontalerhebung, ist bei 60° noch gering, erreicht bei 90° fast $\frac{1}{2}$ des grössten Betrages, erst etwas vor der senkrechten Armhebung den höchsten Grad.

2. bezügl. der Verschiebung auf dem Brustkorb, dass der Schwerpunkt der drei Schulterblattpunkte bei sagittal-horizontaler Armstellung die grösste Horizontalentfernung von der Wirbelsäule und die geringste Vertikalentfernung von der Bodenfläche, bei frontal-horizontaler Armstellung die geringste Horizontalentfernung von der Wirbelsäule, in Ruhestellung die grösste Vertikalentfernung von der Bodenfläche hat. Der Schwerpunkt geht also aus der Ruhestellung am wenigsten nach unten bei der frontalen, mehr bei der vertikalen, noch etwas mehr bei der sagittalen Armstellung.

Die Bewegungen des Schlüsselbeins zeigten folgendes: die grösste Hebung des akromialen Gelenks (oberen Punktes) findet sich bei der frontal-horizontalen Armstellung; sie wird wieder etwas geringer bei maximaler Armhebung. Nach hinten wird der obere Punkt am meisten verlagert bei vertikaler Armhebung, welche eben durch möglichste Rückwärtsbewegung dieses Hemmnisses erst ermöglicht wird. Die äusserste Drehung des Schlüsselbeins im Brustbein-Gelenk beträgt normal $22-25^{\circ}$, unter pathologischen Verhältnissen mitunter sehr viel mehr.

Die vertikale Erhebung des Armes bis zu 180° ist allein durch die seitliche Verschiebung und maximale Drehung des Schulterblatts möglich, ohne Mitwirkung der Wirbelsäule. Letztere tritt erst ein, wenn eine Behinderung des Armes irgendwie vorliegt. Das sternale Gelenk wird vorwiegend für frontale, das akromiale für sagittale Bewegungen benutzt.

II. Diese Feststellung der normalen Schultermasse wird nun an drei Fällen von Schulterlähmung geprüft.

Fall 1. Durch Neuritis nach Schulterluxation entstandene linksseitige Serratus-Trapezius-Lähmung mit Neurose des Schultergürtels. Arm nicht zur Vertikalen zu erheben, in der Frontalen nur mit Biegung der Wirbelsäule; Schulterblatt vom Rumpf abstehend; Sensibilität des linken Schultergürtels, aber auch der linken Seite des Bauches, des Halses und des linken Armes herabgesetzt.

Auffallend war der negative Werth des Winkels α selbst bei frontal-horizontaler Armstellung. Und der Winkel α blieb negativ auch bei sagittal-horizontaler Armstellung; hier war der obere Punkt sogar nach vorn gerückt. Dagegen war die Hebung des oberen Punktes an der kranken Seite viel zu gross (Exkursion der Clavicula im Sternalgelenk 66° , statt normal $22-25^{\circ}$). Die Verschiebung des Schwerpunktes der drei Schulterpunkte geschah im entgegengesetzten Sinne der Norm: seine Lage war in Ruhestellung zu niedrig, bei Horizontalhebung zu hoch, bei höchster Erhebung zu nahe der Wirbelsäule. Geringe Abweichungen zeigte auch der rechte Arm, aber innerhalb der Grenzen zur Norm.

Fall 2, ähnlich dem vorigen: partielle Serratuslähmung und Neurose des Schultergürtels. Erst nach der frontal-horizontalen Armstellung nahmen die Bewegungen des Schulterblattes ihren Anfang, erreichten dann aber noch einen sehr hohen Grad. Bei frontal-horizontaler und vertikaler Erhebung war die horizontale Entfernung von der Wirbelsäule zu gering. Der obere Punkt stieg erheblich bei frontal-horizontaler (8 cm), noch mehr bei vertikaler Erhebung (10 cm). Die Exkursion des sternalen Gelenkes betrug $59^{\circ} 26'$ und ermöglichte ausserordentlich starke Bewegung des oberen Punktes nach hinten.

Fall 3: Juvenile rechtsseitige Muskelatrophie des Armes und der Schulter, am unteren Trapezius und am Serratus verschlimmert durch Neuritis nach Typhus, mit leichten Sensibilitäts-

störungen der Körperhälften. Winkel α war viel grösser als an der gesunden Seite und eine Steigerung bei maximaler Armhebung sehr unbedeutend. Die Schwerpunktsbewegung war besonders hoch bei vertikaler Armhebung, Beweis für die Schwäche der Rückenmuskeln gegen die normal gebliebenen Heber des Schulterblattes.

Die Verf. rühmen die Schultermessung als ein Hilfsmittel besonders zur Differentialdiagnose zwischen partieller und totaler Lähmung des oberen Serratus, schätzbar an solchen Fällen, wo, wie in ihren drei, dieser Muskel der elektrischen Untersuchung nicht zugänglich ist.

In III. wird die nach Molliers Massen nicht mögliche Feststellung der Raumexkursionen des akromialen Punktes durchgeführt, welche bestehen aus der im Ganzen geschehenden Versetzung nach oben hinten und innen und aus der eigentlichen Exkursion des acromio-clavicularen Gelenks. Die Letztere ist ziemlich gering: sie beträgt für die sagittale Armhebung nur etwas über 6° , für die frontale $4-5^\circ$. Wenn dazu die $22-25^\circ$ Exkursion des sternalen Gelenks hinzugezählt werden, so ergibt das für die Gesamtleistung der beiden Hilfs gelenke des Schultergürtels etwa 30 bis 35° . Da thatsächlich aber die Drehungsgrösse des Schulterblattes $52\frac{1}{2}^\circ$ beträgt, so muss diese erreicht werden durch einen dritten Faktor: die Verschiebung des akromialen Punktes im Ganzen. Eine Tabelle stellt die zugehörigen an 2 Männern vorgenommenen Messungen zusammen.

Es folgen Erörterung und Masse eines neuen pathologischen Falles und von zwei der früheren. In keinem wichen die Exkursionen des akromialen Gelenks von der Norm ab.

Die eigentliche Gelenksexkursion desselben hat für den Zweck der Armhebung und der Schulterblattdrehung nur eine untergeordnete Bedeutung.

In IV wird an der Hand graphischer Darstellung und mittelst Berechnung die Richtung der Schulterblattebene festgestellt. Sie ist bei frontaler Armstellung genau vertikal; bei Ruhe- und Sagittalstellung neigt sie nach oben, bei Vertikalstellung nach unten hinüber; sie steht ferner bei Ruhe wie Frontalstellung des Armes der Frontalebene etwas näher, bei Sagittalstellung der Sagittalebene. Um für den Praktiker die umständliche Rechnung entbehrlich zu machen, wird die Konstruktion eines die direkte Messung ermöglichenden Apparates in Aussicht gestellt.

Aus Vereinen und Versammlungen.

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

Von Kreisarzt Dr. E. Schäffer-Bingen.

(Schluss).

II. Sitzungstag. 23. September 1902.

Ehrenvorsitzender: Prof. Dr. Kratter-Graz. — Vorsitzender: Prof. Dr. Bayer-Prag.

1. Kreisarzt Dr. Schäffer-Bingen: Zur pathologischen Anatomie der posttraumatischen Rückenmarkserkrankungen.

Im Gegensatz zu den in unmittelbarem Anschluss an ein lokales Trauma entstehenden traumatischen Rückenmarkserkrankungen (Haematomyelie etc.) bezeichnet man als posttraumatische Rückenmarkserkrankungen solche, bei welchen unmittelbar nach dem Trauma keine oder nur geringe Erscheinungen seitens des R. M. vorliegen und erst nach einem mehr oder weniger langen freien Intervall schwere Spinalsymptome auftreten oder auch solche, in welchen die unmittelbaren Symptome sich wieder in kurzer Zeit bessern, um nach einiger Zeit in

gesteigertem Mass wieder zum Vorschein zu kommen. In der Regel handelt es sich um die Einwirkung erschütternder Gewalten, welche entweder die Wirbelsäule allein oder den ganzen Körper betreffen: als anatomische Diagnosen finden sich in den von Lohrisch-Nauwerk aus der Literatur zusammengestellten 11 Fällen Strangdegenerationen, multiple fleckweise Degenerationen, Sklerosen, Höhlenbildung, Gliose. Diese pathologischen Befunde stellen Spätstadien der primären traumatischen Nekrose oder Nekrobiose im Sinn von Obersteiner-Schmaus dar.

Vortragender hat einen $4\frac{1}{2}$ Monate nach dem Unfall letal endenden Fall genauer anatomisch untersucht.

22 jähr., bis dahin gesunder Mann, wurde bei einem Raufhandel zu Boden geworfen, durch Fusstritte maltraitirt. Kurze Bewusstlosigkeit. In den ersten Tagen keine Beschwerden. Am vierten Tag ziehende Schmerzen im Kreuz und Unterleib, die bei dem völlig negativen Untersuchungsbefund vom behandelnden Arzt als Rheumatismus gedeutet worden. Am zehnten Tag Urinbeschwerden, Katheterismus, Schwäche in den Beinen; ging trotzdem noch am vierzehnten Tag nach der Verletzung unter Benutzung eines Stockes nach einem 20 Minuten entfernten Ort zur Kirchweih. Am folgenden Tag bettlägerig. Stetige Zunahme der Lähmungserscheinungen an den Beinen, komplette Blasen-Mastdarmlähmung, beginnender Decubitus. Bei der Aufnahme in das Kreis Krankenhaus Alzey konstatierte Direktor Dr. Weyprecht ferner Verlust der elektrischen Erregbarkeit an den unteren Extremitäten, Verlust der Sehnenreflexe, totale Unempfindlichkeit vom zehnten Brustwirbel nach abwärts, an der Wirbelsäule keine Veränderung, durch Lumbalpunktion wurden ganz erhebliche Mengen von Liquor spin. entleert, wasserhell, wenig Eiweiss, hoher Druck, noch mehrere Tage Nachsickern aus der Punktionstelle; keine Aenderung im Befund nach der Punktion. Tod $4\frac{1}{2}$ Monate nach der Misshandlung an jauchiger Pyelocystitis. Gerichtliche Sektion: Wirbelsäule vollständig unversehrt, es fehlen vollständig irgend welche Veränderungen an den Wirbelkörpern bzw. an den Bandscheiben, die innere Auskleidung der Wirbelsäule ist nirgends verdickt, eben so wenig bestehen dorsal oder ventral irgend welche Verwachsungen.

Härtung des R. M. in Formol-Müller, Färbung nach Weigert, Pal, Gieson, Marchi, Kaplan u. A.

Demonstration der mikroskopischen Präparate (3. Sakral-, 5., 4., 2. Lumbal-, 9. 6. 4. und 1. Dorsalsegment, 3. Cervicalsegment):

Erweichungshöhle im Sakralmark, unteres Lendenmark normal konfiguriert, im mittleren Lendenmark beginnende Erweichung, die im oberen Lendenmark wieder den ganzen Querschnitt einnimmt, mehrfache spaltförmige Erweichungsherde über das ganze Dorsalmark vertheilt, im unteren Dorsalmark mit totaler Querschnittszerstörung, primäre, systemlose, fleckigstreifige Degenerationen und Nekroseherde am Rand, in den Vorderseitensträngen, ferner im oberen Dorsalmark, Oedemspalten, sekundäre Gliose im ventralen Hinterstrangfeld, sekundäre Degeneration der Goll'schen Stränge im Cervicalmark, keine Spuren weder frischer noch älterer Blutungen.

Die Degenerationsherde sind reine ischämische Erweichungen, auch die sekundäre Gliose lässt nirgends, weder an den Rand noch an den zentralen Partien auch nur Spuren einer stattgehabten Blutung erkennen.

Nach dem Ergebniss der anatomischen Untersuchung müssen bei der Erklärung des Falles ausgeschlossen werden, was Vortragender eingehend begründet:

1. Blutung im Rückenmark.
2. Quetschung in Folge Wirbeldistorsion.

3. Wurzelläsion.

Per exclusionem bleibt nur Erweichung in Folge direkter traumatischer Nekrose (Schmaus) durch die Erschütterung übrig. Vortragender bespricht den derzeitigen Stand der Lehre von der commotio spinalis u. A. mit Hinweis auf die Arbeiten von Schmaus, Kirchgässer, Obersteiner und die von Bruns, Westphal, Bickeles, Strümpell und Erb beschriebenen Fälle. Gussenbauer nimmt Fortleitung der Erschütterung durch die Cerebrospinalflüssigkeit an, auch nach Schmaus spielt der liquor spinalis eine erhebliche Rolle. Votr. hat in Präparaten aus dem 5. Lumbalsegment einen Erweichungsspalt nachgewiesen, welcher bis unmittelbar an den obliterirten, von zahlreichen Nestern versprengter Ependymzellen umgebenen Zentralkanal heranreicht, so dass für seinen Fall die Annahme einer Zerreissung des Zentralkanals genügend gestützt ist.

In den leichteren Fällen von commotio spinalis erholen sich die Nervenlemente von den Erschütterungseffekten wieder, in schwereren Fällen kommt es zu multiplen, umfangreicheren Nekroseherden und deren Endstadien. Die sekundäre Gliose ist ein rein reparatorischer Vorgang („Raum ausfüllende Thätigkeit der Glia“ nach Weigert).

Indem Vortragender zum Schluss unter Hinweis auf die Edingersche Ersatztheorie noch die Möglichkeit ins Auge fasst, dass auch das unzweckmässige Verhalten derartiger Kranker, die in dem freien Intervall den Ernst des Zustandes verkennen, in der ersten Zeit nach der Verletzung an der weiteren Ausbildung des Prozesses Schuld tragen kann, ohne natürlich hiermit behaupten zu wollen, dass in dem von ihm mitgetheilten Fall der Verlauf günstiger geworden, wenn der Mann Körperbewegungen, Spazierengehen etc. gemieden hätte, betont er die grosse praktische Wichtigkeit derartiger Fälle, bei deren Begutachtung man sich nicht durch das anscheinend freie Intervall in der ersten Zeit nach der Verletzung an der Annahme eines Kausalzusammenhanges irre machen lassen darf.

2. Dr. **Pregel-Graz**: Demonstration zweier Apparate zur Extraktion von Alkaloiden aus wässerigen Lösungen und zwar für spezifisch leichte (Aether) und spezifisch schwere Extraktionsmittel (Chloroform).

Prof. **Kratter-Graz**, der in seinem Laboratorium schon seit längerer Zeit mit diesen Apparaten arbeitet, bestätigt deren grosse Leistungsfähigkeit und empfiehlt deren Benutzung bei bezüglichen forensisch chemischen Untersuchungen. (Zu beziehen durch die Firma Eger-Graz.)

3. Dr. **Holzknrecht-Wien**: Die forensische Beurtheilung der Schädigungen durch Röntgenstrahlen.

Vortragender erläutert an Fällen aus der französischen Literatur die herrschende Unsicherheit in der Beurtheilung der Röntgenverbrennungen. Hinsichtlich der Sachverständigen macht sich eine grosse Misère geltend, insofern nicht blos Aerzte als Sachverständige fungiren, die überhaupt nie sich praktisch mit Röntgenaufnahmen beschäftigt haben, sondern auch unter den Fachleuten selbst noch divergirende Meinungen bestehen, indem die einen der Ansicht sind, dass die Röntgenstrahlen selbst derartige Läsionen bedingen, während nach der Auffassung der anderen die Röntgenstrahlen an sich keine deletäre Wirkung auf die Haut ausüben und eventuelle Schädigungen lediglich durch unglückliche Zufälle, elektrische Entladungen etc. zu erklären sind. Nach den Untersuchungen von **Kienböck** verhalten sich die verschiedenen Menschen gegen die Röntgenstrahlen in der Hauptsache vollständig gleich, kleinere Schwankungen mögen immerhin möglich sein, aber doch nur so unbedeutend, dass sie forensisch nicht in Betracht kommen. Im weiteren Verlauf seiner Ausführungen giebt Vortragender einen Ueberblick über die Röntgenverände-

rungen in der Haut. Nur an der Oberfläche der Haut wird in grossen Mengen absorbiert. Es kann zu einer chemischen Schädigung der Zellen kommen (**Scholz-Königsberg**), die protoplasmareichen Zellen degeneriren, und zwar steigt die Degeneration vom Moment der Bestrahlung an. Die entzündliche Röthung in der Umgebung ist eine reaktive Erscheinung auf diese Zelldegeneration. Bis diese Reaktion äusserlich wahrnehmbar wird, verstreicht eine auffallend lange Latenz, während welcher die Zelldegeneration immer weiter um sich greift. Möglicher Weise sind bei dem Zustande der reaktiven Röthung auch toxische Zerfallsprodukte im Spiel. Die Intensität der Röntgenschädigungen schwankt von den leichtesten Graden, leicht blassrothe Färbung der Haut bis zu tief blauer Schwellung, brandiger Zerstörung des Unterhautzellgewebes; es kommen Uebergänge vor, ähnlich wie bei der Verbrennung. Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen giebt es nach Ansicht von **Holzknrecht** nicht. Es handelt sich in solchen Fällen stets um Ueberdosierungen. Idiosynkrasie ist mehr ein Schutz, den sich die Aerzte gesucht haben, als eine begründete Behauptung. **Holzknrecht** beschreibt einen von ihm konstruirten Apparat (Chromoradiometer), der zahlenmässige Angaben über die einzelnen Dosen ermöglichen soll, er hofft, dass man auf diese Weise die nöthigen Unterlagen zur Aufstellung einer Maximaldosis gewinnen kann. Demonstrirt wurde der Apparat leider nicht.

Liniger-Bonn führt eine Reihe von Fällen aus seiner Beobachtung an, welche für ihn die Annahme einer Idiosynkrasie bestätigen.

Ger.-Referendar Dr. Friedländer-Stolp leitet aus den Worten von **Holzknrecht** als praktische Konsequenz für den Richter die Nothwendigkeit ab, jede Röntgenverbrennung als Fahrlässigkeit zu betrachten, nachdem von **Holzknrecht** Idiosynkrasie in Abrede gestellt werde und andererseits bei Benutzung des Chromoradiometers Röntgenverbrennungen vermieden werden können.

Holzknrecht will geringe Schädigungen doch nicht immer als fahrlässig entstanden aufgefasst wissen, Verbrennungen 1. Grades sind „erlaubt“, nur jene Schädigungen, welche mit Narbenbildung ausheilen, müssen auf Fahrlässigkeit zurückgeführt werden. **Liniger-Bonn** gegenüber bemerkt **Holzknrecht**, dass auch bei vollkommen gleichen Bedingungen (Entfernung, Aussehen der Röhre, Ampèrezahl) noch nicht immer die gleichen Mengen Röntgenlicht eingewirkt haben müssen, die Mengen ändern sich innerhalb weniger Minuten, hinsichtlich der Lichtmengen ändern sie sich besonders stark.

Liniger-Bonn hat nicht die Ueberzeugung aus dem Vortrag von **Holzknrecht** gewinnen können, dass Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen nicht vorkomme.

Schäffer-Bingen hat bei einem Unfallverletzten (subkutaner Bizepsriss mit Ulnarisneuritis) schon nach 2 Minuten dauernder Bestrahlung eine ausgedehnte Verbrennung an dem betreffenden Oberarm entstehen sehen. Unmittelbar vor und nachher wurde je eine Aufnahme bei 2 anderen Personen gemacht ohne jede Störung, bei erheblich längerer Expositionszeit. Ehe man bestimmte Grundsätze aufstellt, nach denen die Röntgenschädigungen forensisch zu beurtheilen sind, ist nach Ansicht des Berichterstatters erst das bis jetzt vorliegende Material zu sammeln. Eingehende Mittheilung aller Fälle von Röntgenschädigungen ist nothwendig; wie Berichterstatter hat wohl auch die grosse Mehrzahl der in der Versammlung Anwesenden den Eindruck bekommen, dass die Frage der forensischen Beurtheilung der Röntgenschädigungen noch nach verschiedener Richtung hin weiterer und eingehender Klärung bedarf.

4. Dr. **Beckert-Prag** demonstrirt instruktive Präparate aus der Sammlung des forensischen Instituts in Prag (Prof.

Dittrich): Tödliche Schussverletzungen (Flobert) des Schädels, penetrirende Brustschüsse (Körper des Brustbeins, Herz, grosse Gefässe), sowie unter Hinweis auf die Arbeit von Kramer-Bonn einen spitzkugelförmigen Meconiumpfropf des Neugeborenen.

Nach Erledigung der Tagesordnung wird die Versammlung von dem Vorsitzenden, Prof. Dr. Bayer-Prag, geschlossen.

Protokoll der Jahres-Versammlung des Vereins der Bahnärzte des Direktionsbezirkes Halle a. S.

am Sonnabend, den 5. Juli 1902, nachmittags 3 Uhr zu Berlin, Zoologischer Garten.

Anwesend, als Vertreter der Direktion Herr Regierungsassessor Ruge, ferner die Herren Boehr-Lübben, Bosch-Brena, Böttger-Halle, Clemens-Halle, Fischer-Taucha, Guth-Lübbenau, Herzfeld I-Berlin, Herzfeld II-Halle, Hossenfelder-Kottbus, Köhler-Leipzig, Kohl-Leipzig, Jänichen-Mühlberg, Klomp-Senftenberg, Pescheck-Pegau, Porth-Knautkleeberg, Schirokauer-Kottbus, Schulze-Elsterwerda, Waldau-Ruhland, Zeitz-Jessnitz, als Gast Herr Professor Thiem-Kottbus.

Der Vorsitzende Herzfeld-Berlin eröffnet um 3¼ Uhr die Sitzung mit einer begrüssenden Ansprache. Da die Stelle eines zweiten Schriftführers durch den Austritt des Kollegen Kröger vakant geworden, ist das Amt eines zweiten Schriftführers statutengemäss durch Herrn Dr. Pescheck besetzt, die Wahl wird genehmigt. Es folgt der Kassenbericht; es befinden sich in der Kasse 723,06 M., der Kassenzustand wird geprüft und dem Kassirer Decharge ertheilt. Der Verein besteht nach Aufnahme von den Herren Jung-Berlin, Bosch-Brena, Ramdohr-Lübben, Kindler-Ritschau, Schreiber-Wittenberg, Rocko-Halle, Glatschke-Falkenberg, Jakobi-Wendisch-Buchholz, Liebe-Rosslau, Schichhold-Spremburg, Kuliga-Weissenfels, Graff-Frankfurt, und nach Austritt des Kollegen Müller in Elster und Schädler-Berlin, Kröger-Brehna aus 85 Mitgliedern.

Am 17. September findet in München die V. Versammlung der deutschen Bahnärzte statt. Es wird beschlossen, ausser den von der Direktion bewilligten Freifahrtsscheinen drei Beiträge in Höhe von 75 M. zu bewilligen, mit folgender Massgabe: dass ein Vorstandsmitglied und zwei durch das Loos zu bestimmende Herren, welche gewillt sind, die Versammlung zu besuchen, von der bewilligten Summe Gebrauch machen. Punkt 2 der Tagesordnung: Berathung über das Einheitsformular, rief eine längere Debatte hervor; von einer Seite wurde die Nothwendigkeit der Einführung eines Einheitsformulars überhaupt verneint, doch wurde durch Majoritätsbeschluss die Nützlichkeit der Einführung anerkannt. In der speziellen Debatte wurden folgende Aenderungen beschlossen: Bei Punkt 4 sollen die Fragen nach den lebenden Geschwistern fortfallen, Punkt 5 soll ganz fortfallen. Punkt 6 soll der zweite Absatz insbesondere bis Ohrenleiden fortfallen. Punkt 8 soll fortfallen. Punkt 9 soll hinzugesetzt werden, entstellende Hautleiden. Punkt 12 und 13 sollen vereinigt werden und soll die Frage lauten: Sind Herz und Lunge gesund, Brustumfang etc.? Punkt 16 wird hinzugesetzt, wird ein passendes Bruchband getragen? Nachdem diese Veränderungen durch Mehrheitsbeschluss angenommen, wird das ganze Einheitsformular genehmigt.

Darauf hält Herr Professor Thiem-Kottbus seinen Vortrag über Kontusionen und Distorsionen der Gelenke. (Der Vortrag ist abgedruckt in No. 23 der Sachverständigen-Ztg.)

Nachdem der Vortragende noch einzelne an ihn gestellte Fragen beantwortete und der Vorsitzende ihm den Dank des

Vereins für seinen lehrreichen und interessanten Vortrag ausgesprochen, giebt der Vorsitzende den Vorsitz an Dr. Köhler ab und nimmt das Wort zu Punkt 3: Alkoholfrage. Derselbe führt Folgendes aus:

Meine Herren!

Herr Eisenbahndirektor de Terra in Guben hat Ihnen wohl Allen einen Prospekt zugeschickt, in welchem er zur Gründung eines Vereins abstinenter Eisenbahner auffordert. Der Vorstand hat in seiner Sitzung beschlossen, den Gegenstand auf die heutige Tagesordnung zu setzen, und gestatten Sie mir, einige einleitende Worte zu diesem Thema zu sprechen. Meine Herren, wir sind wohl Alle darin einig, dass dem Alkoholmissbrauch mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln gesteuert werden muss, aber wie bei allen Sachen die Uebertreibung die grösste Feindin guter Bestrebungen ist, so muss man auch hier sagen, dass die in weiten Kreisen eingeleiteten Abstinenzbestrebungen weit über das gesteckte Ziel hinausschiessen. Ueber den Werth und Unwerth des Alkohols zu sprechen, lohnt sich wohl kaum der Mühe, jedoch müssen wir daran festhalten, dass der Alkohol unter Umständen die Herzthätigkeit anregt, die Kraft belebt und durch diese seine Wirkung den Körper momentan zu einer erhöhten Leistungsfähigkeit befähigt. Justus v. Liebig sagt ganz richtig: „Der Branntwein, durch seine Wirkung auf die Nerven, gestattet dem Arbeiter, die fehlende Kraft auf Kosten seines Körpers zu ergänzen, diejenige Kraftmenge heute zu verwenden, welche naturgemäss erst den Tag darauf zur Verwendung hätte kommen dürfen. Es ist ein Wechsel, ausgestellt auf die Gesundheit, welcher immer prolongirt werden muss, weil er aus Mangel an Mitteln nicht eingelöst werden kann, der Arbeiter verzehrt das Kapital anstatt der Zinsen, daher dann der unvermeidliche Bankerott seines Körpers.“ Meine Herren, so wahr diese Worte auch sind, so wahr kommt es doch im sozialen Leben vor, dass missliche Verhältnisse, auch ohne Zuthun der Menschen, sie in die Lage bringen können, Schulden zu machen. Und so auch mit der Alkoholfrage: Wenn wir uns die Thätigkeit unserer Eisenbahner näher betrachten, so läuft dieselbe in der Hauptsache auf die Ausnützung der physischen Kräfte aus, und es können sehr leicht Verhältnisse eintreten, in denen diese physische Kraft während des Dienstes versagt, ein augenblicklicher Ersatz unmöglich und der Bedienteste sich bestreben muss, selbst unter Aufopferung seiner Gesundheit den Dienst weiter fortzusetzen. Wer wollte es in solchen Fällen dem Dienstthuenden verargen, wenn er zur Belebung der versagenden Kraft dem Alkoholgenuss sich hingiebt. Nun verlangt hier de Terra, dass die Eisenbahner sich ehrenwörtlich verpflichten sollen, jedem Alkoholgenuss, sei es in Form von Schnaps, Wein oder Bier, zu entsagen. Meine Herren, scheint es mir schon etwas viel verlangt, den Eisenbahnbedientesten den hohen Begriff des Ehrenwortes so klar zu machen, dass dieselben den Werth eines solchen begreifen, so liegt doch in der Einführung dieser Verpflichtung noch eine andere grosse moralische Gefahr; es wird nicht ausbleiben, dass Dieser oder Jener unter den oben angeführten Verhältnissen dennoch mal ein Alkohol enthaltendes Getränk zu sich nimmt, und dann ist dem Denunziantenthum Thür und Thor geöffnet. Geradezu zum Heuchlerthum werden aber die Eisenbahner erzogen, wenn es im § 4 der Satzungen heisst, dass Ausnahmen nur statthaft sind auf Grund confessioneller oder ärztlicher Vorschrift auf kürzere Zeit. Meine Herren, will der Eisenbahner seine eingegangenen Verpflichtungen umgehen, so wird er stets uns Bahnärzte als Deckung für sein Vergehen gebrauchen, und schon dieserhalb dürfen wir nicht die Bestrebung auf Einführung der Abstinenz zu der unserigen machen. Meine Herren, es wäre noch Vieles für und wider den neuen Verein zu sagen, ich beschränke mich

auf die angeführten Gründe, und möchte mir erlauben, Ihnen folgende Grundsätze zur Annahme zu empfehlen: „Die Bahnärzte fühlen sich verpflichtet, dem Alkohol-Missbrauch mit allen ihnen zu Gebote stehenden Kräften zu steuern, können aber in der absoluten Abstinenz des Alkohol nicht dasjenige Heilmittel gegen die Trunksucht erkennen, zu welchem es die krassen Abstinenzler erheben wollen.

* * *

Der Verein stimmt den Ausführungen zu und giebt seiner Meinung dahin Ausdruck, dass es nicht Sache der Bahnärzte, sondern der einzelnen Eisenbahn-Direktion sei, ihr Augenmerk auf den Alkoholgenuss der Beamten zu richten.

* * *

Zu Nr. 5 der Tagesordnung führt der Vorsitzende Folgendes aus:

Vor zwei Jahren, gelegentlich der Diskussion über die Tuberkulose-Frage, hatte ich den Gedanken angeregt, in welcher Weise wohl die Sicherstellung der Frühdiagnose der Tuberkulose bei den Eisenbahn-Bediensteten erreicht werden könnte. Sie gaben mir damals den ehrenvollen Auftrag, diese Frage in einem Referat näher zu erörtern, und erlaube ich mir, Ihnen meine Anschauungen über diese Angelegenheiten zu unterbreiten.

Ueber die Wichtigkeit der Frühdiagnose hier nähere Ausführungen zu machen, darf ich wohl unterlassen, da dieselben Ihnen ja hinreichend bekannt. Nur das Eine möchte ich hervorheben, dass mit der Stellung der Frühdiagnose die Daseinsberechtigung der Lungenheilstätte steht und fällt. Wenn wir in Betracht ziehen, dass die Lungen-Heilstätte nicht auf Grund der den Krankenhäusern zur Basis dienenden Prinzipien aufgebaut ist, sondern zu dem Zwecke geschaffen, den einzelnen sozialen Einrichtungen, den Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Invaliden-Renten-Versicherungen, dadurch Ersparnisse zu schaffen, dass die eben noch erwerbsfähig herzustellenden Fälle ihnen überwiesen werden, so ist es klar, dass die Resultate der Lungen-Heilstätte um so bedeutender sein werden, je früher, bzw. je intakter ein an der Lunge Erkrankter in die Anstalt hineingeschickt wird. Dieses Bestreben werden wir auch bei der Beschickung der von dem Königlichen Eisenbahn-Ministerium zu errichtenden Lungen-Heilstätten einhalten müssen, und so wird es, da uns das Wohl der Eisenbahn-Bediensteten anvertraut ist, unsere Aufgabe sein, diese Frühdiagnose rechtzeitig zu ermitteln. Wie schwer es selbst dem praktischen Arzte, dem Hausarzte, fällt, bei leichten Katarrhen selbst in der besseren Praxis Massnahmen der Therapie durchzusetzen, ist Ihnen bekannt. Und so dürfen wir uns nicht wundern, wenn die uns anvertrauten Eisenbahnbediensteten leichtere Fälle von Katarrhen und Lungen-Erkrankungen zu verheimlichen suchen, bzw. mit Nichtachtung so lange behandeln, bis schwerere Krankheitserscheinungen sie zum Aufsuchen der Arztes nöthigen. Wir sehen also, dass hier ein Konflikt zwischen Aufgabe des sorgenden Arztes und der Lebensauffassung der Erkrankenden besteht. Diesen Gegensatz zu überbrücken, müssen wir auf alle Weise versuchen. Welche Wege dazu stehen uns offen? Wir sehen, die Bestrebungen, durch Aufklärung, Belehrung, Vorträge populär-wissenschaftlichen Inhalts, die vor Krankenkassen-Mitgliedern und dem grossen Publikum gehalten werden, sind heute noch von wenig Erfolg gekrönt. Wir haben in dieser Beziehung mehrere populär-wissenschaftliche Schriften, ich erinnere an die preisgekrönte von Dr. Knopf, ich erinnere an die Rathschläge für Lungen-Erkrankte, welche von der Betriebskrankenkasse zu Halle den Kassenmitgliedern eingehändigt sind. Immerhin müssen wir sagen, dass wir einen wirklichen Einfluss von dieser Art der Belehrung noch nicht

verspürt haben. Neuerdings ist auch vom Minister der öffentlichen Arbeiten ein neuer Weg gewiesen worden, nämlich der: von Bahnärzten Vorträge hygienischen Inhalts den Bahnbediensteten zu theil werden zu lassen, und man kann erwarten, dass das lebendige Wort einen tieferen Eindruck macht, als das doch mit wenig Verständniss aufgenommene Lesen von Broschüren, um so eher, als man ja an diese Vorträge eine Diskussion knüpfen kann, welche unverstandene Sätze näher erläutert und so dem Zuhörenden das Verständniss für die vorgetragenen Sachen erläutern und eröffnen. Hier entsteht nun die Frage: Ist das uns anvertraute Publikum wirklich schon so weit vorgebildet, dass es unsere Vorträge besuchen und denselben ihr Interesse schenken wird? Ich wage das vorläufig noch zu bezweifeln, und wir werden immerhin einen gewissen Zwang auf unsere Zuhörer ausüben lassen müssen, um dieselben zu bewegen, unsere Vorträge anzuhören. Hiermit komme ich schon zu dem zweiten uns offenstehenden Wege, uns die Stellung der Frühdiagnose zu erleichtern. Müssen wir an der Freiwilligkeit der Gestellung leicht erkrankter Lungenleidender zweifeln, so bleibt uns eben nur der Weg offen, sie auf Anordnung der vorgesetzten Behörde zu uns geschickt zu sehen. Auch hier wäre noch der Weg der Ueberredung gangbar, wenn die unteren Vorgesetzten die Macht und das Verständniss hätten, leichter Erkrankte zu veranlassen, den Arzt aufzusuchen; aber auch hier werden wir auf einen ziemlich passiven Widerstand stossen, und so muss ich, so wie die Sachen heute liegen, wieder auf meinen früheren Vorschlag zurückkommen, gerade so wie jetzt in grösseren Zwischenräumen Prüfung auf Hör- und Sehvermögen stattfinden, auch für die Eisenbahnbediensteten periodisch zu wiederholende Lungenuntersuchungen einzuführen; ich verhehle mir nicht, dass dieser Zwangszuführung grosse Hindernisse im Wege stehen. Es entsteht die Frage, wer soll der massgebend Entscheidende sein, die Untersuchung anzuordnen? Es entsteht die Frage, in welchen Zwischenräumen soll die Untersuchung stattzufinden haben? Es entsteht die Frage, wird bei dem herausgefundenen Material Platz und Raum genug sein, um Alle in Lungen-Heilstätten unterzubringen? Ueber diese Fragen möchte ich mich so lange noch nicht verbreiten, als nicht der praktische Versuch gemacht worden ist, aus dem wir unsere Erfahrungen gewinnen können. Nur das Eine meine ich, dass wir Bahnärzte uns einer Aufgabe nicht entziehen dürfen, weil solche so wesentlich zur Gesunderhaltung der Eisenbahnbediensteten beizutragen im Stande ist. Dass eine königliche Behörde, wenn sie den greifbaren Nutzen dieser Einrichtung kennen lernt, nicht umhin können wird, die uns vermehrt auferlegte Arbeit auch entsprechend zu honoriren, halte ich für selbstverständlich.

Meine Herren, ich stelle Ihnen also als Resumé meiner Ausführungen die Thesen zur Diskussion:

1. Die Bahnärzte übernehmen die Aufgabe, im Anschluss an die zur Ausbildung in der ersten Hilfeleistung bei Unfällen abzuhaltenden Kurse die Eisenbahnbediensteten über die Gefahr der Lungenerkrankungen, sei es durch Broschüren, sei es durch Vorträge, aufzuklären.
2. Dass von Zeit zu Zeit (in zwei- bis dreijährigen Zwischenräumen) die Beamten auf die Gesundheit ihrer Athmungsorgane untersucht werden sollen.

* * *

Es erhebt sich lebhafter Widerspruch und greifen in die Diskussion: Herzfeld-Halle, der gegen die Massenuntersuchungen spricht, desgl. Köhler, ferner Boehr, welcher sich gegen die von Zeit zu Zeit vorzunehmenden Untersuchun-

gen, dagegen für eine tief gründliche Untersuchung bei der Anstellung ausspricht, Guth-Lübben und Köhler-Leipzig, welche auf die Belehrung durch zu ertheilende Schriften an Beamte und Arbeiter hinweisen, ein. Der Vortragende zieht seine Thesen zurück.

Im Auftrage der Direktion zeigt Dr. Clemens-Halle eine subkutane Injektionsspritze herum, über deren Brauchbarkeit sich der Verein aussprechen soll. Die praktische Verwendbarkeit derselben wird anerkannt.

Es wird beschlossen, die nächste Jahresversammlung wieder in Berlin abzuhalten.

Mit einigen Worten des Dankes für das den Gegenständen gewidmete Interesse schliesst der Vorsitzende die Versammlung um 6¹/₂ Uhr. Ein Theil der Mitglieder bleibt noch im Garten bei einem solennen Mittagmahl vereinigt, zu welchem auch Dr. Jung-Berlin erschienen war. Herzfeld.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Verletzung der grossen Zehe. Bewerthung der Unfallfolgen.

Entscheidung vom 22. Mai 1901.

Dem Möbelpacker B. wurde am 30. Dezember 1899 beim Möbeltransport der linke Fuss überfahren, wobei die drei ersten Zehen eine Quetschung erlitten. Auf Grund eines von dem Spezialarzt für Chirurgie Dr. med. K. am 12. Mai 1900 ausgestellten Gutachtens lehnte der Vorstand der Berufsgenossenschaft die Gewährung einer Unfallentschädigung ab, weil der Unfall nennenswerthe, erwerbsbeschränkende Folgen nach Ablauf der 13. Woche nicht hinterlassen habe. Gegen diesen Bescheid hat B. Berufung eingelegt und um Gewährung einer Rente, eventuell um eine erneute Untersuchung gebeten. Nachdem das Schiedsgericht noch ein Gutachten des Königl. Kreisphysikus Dr. S. eingeholt hatte, wurde die Berufsgenossenschaft verurtheilt, eine Rente zu zahlen, indem ausgeführt wurde: Auf Grund des eingehenden und einwandfreien Gutachtens des Kgl. Kreisphysikus Dr. S. ist das Schiedsgericht zu der Ueberzeugung gekommen, dass B. durch die Folgen der Verletzung der grossen Zehe in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist. Namentlich für den Beruf des Klägers als Möbelpacker musste eine Erwerbsbeschränkung als vorliegend angenommen werden, weil beim Heben und Tragen von Lasten Schmerzen entstehen. Das Schiedsgericht ist aus diesem Grunde auch der Schätzung des letztgenannten ärztlichen Sachverständigen gefolgt und hat eine Erwerbsbeschränkung von 10 Prozent angenommen. Diese Entscheidung focht nicht nur B., sondern auch die Berufsgenossenschaft durch Rekurs an. Das Reichs-Versicherungsamt erachtete nur den Rekurs der Berufsgenossenschaft für gerechtfertigt und machte u. A. geltend: Nach dem Gutachten des Spezialarztes für Chirurgie und Orthopädie Dr. K. vom 12. Mai 1900, wie nach dem des Kreisphysikus Dr. S. vom 29. Oktober 1900, besteht als Folge des Unfalles lediglich eine abnorme Bildung des Nagels der linken grossen Zehe. Statt eines glatten beweglichen Nagels liegt eine unregelmässige wulstige Hornmasse auf dem Nagelbett fest an; am Ende dieser Masse — der Kuppe der Zehe — befindet sich in der Haut eine kleine Narbe. Die fehlerhafte Lagerung der zweiten Zehe ist keine Unfallfolge. Während Dr. K. der Ansicht ist dass der Kläger durch die Folgen des Unfalles in seiner Erwerbsfähigkeit überhaupt nicht beeinträchtigt ist, schätzt Dr. S. mit Rücksicht auf die Angaben des Verletzten, wonach bei angestrengtem längeren Gehen und beim Heben und Tragen von Lasten sich Schmerzen in der verletzten Zehe einstellen, den Grad der Erwerbsunfähigkeit des Klägers auf 10 Prozent. Das Rekursgericht hat sich der Ansicht des Dr. K. ange-

geschlossen. Die verletzte Zehe ist nicht steif, alle Gelenke des Fusses sind frei beweglich; die durch die fehlerhafte Nagelbildung der Zehe verursachten Beschwerden können nicht als so erhebliche angesehen werden, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers in nennenswerthem Masse darunter leidet. Auch Dr. S. hat sich zuerst dahin geäussert, dass B. nur in einem geringen Grade in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt sei. Nach alledem rechtfertigt sich die Auffassung, dass die bei dem Kläger etwa bestehende — auf den Unfall zurückzuführende — Schmälerung seiner Erwerbsfähigkeit nicht als ein messbarer Schaden im wirthschaftlichen Leben in Betracht kommen kann. M.

Minderung der Erwerbsfähigkeit bei Verlust der grossen Zehe; im vorliegenden Falle bejaht.

(Rek.-Entsch. vom 10. Februar 1902.)

Der Bergmann Oskar W. erlitt am 17. April 1900 auf Zeche E. eine Zerquetschung der rechten grossen Zehe mit theilweiser Zerreiessung der Weichtheile über dem Mittelfussknochen. Der Verletzte bezog bis zum 20. August die Vollrente, vom 21. August ab eine Rente von 66²/₃, vom 1. November 1900 ab eine solche von 33¹/₃ % und vom 1. März 1901 ab 15 %. Mit Ende Juni 1901 wurde die Rente eingestellt, weil nach ärztlichem Gutachten Folgen der Verletzung die Erwerbsfähigkeit nicht mehr beschränkten. Die Berufung gegen den Einstellungsbescheid wurde verworfen, weil die Unfallfolgen den W. nach Ansicht des Schiedsgerichts nicht hinderten, die frühere Thätigkeit wieder aufzunehmen. Gegen diese Entscheidung legte W. Rekurs ein. Er führte aus, dass es sich bei ihm um den Verlust, nicht nur um eine Zerquetschung der grossen Zehe des rechten Fusses handle, verbunden mit theilweiser Zerreiessung der Weichtheile über dem Mittelfussknochen. Das Fehlen der grossen Zehe beeinträchtigt ihn aber in der Erwerbsfähigkeit, worüber er den Professor Dr. von B. in B. zu hören bitte. In Folge des Verlustes der grossen Zehe sei er auch nicht mehr im Stande, die schwere Arbeit eines Schleppers zu verrichten; auch verdiene er jetzt nur 3,10 M. für die Schicht, während er vor dem Unfälle 3,60 M. bis 4,20 M. für die Schicht verdient habe, wie seine Lohnbücher erwiesen. Dem Rekurs wurde stattgegeben und die Berufsgenossenschaft unter Zuerkennung von 24 M. Kosten für den Kläger zur Weiterzahlung der Rente von 15 % verurtheilt und zwar mit folgender Begründung:

Das R.-V.-A. hat zwar mehrfach angenommen, dass durch den glatten Verlust der grossen Zehe nach eingetretener Gewöhnung eine nennenswerthe Beeinträchtigung in der Erwerbsfähigkeit nicht mehr bedingt werde. In allen diesen Fällen handelt es sich jedoch um den glatten Verlust der grossen Zehe. Im vorliegenden Fall aber hat der Augenschein ergeben, dass in Folge der Weichtheilzerreiessungen auch ausgedehnte Narben vorhanden sind, und dass der Fuss an der Amputationsnarbe oben anscheinend etwas abgeflacht, unten aber jedenfalls verdickt ist. Unter diesen Umständen und in Anbetracht, dass für einen Bergmann zur Arbeit unter Tage die Unversehrtheit der Füsse besonders wichtig ist, hat das R.-V.-A. nicht die Ueberzeugung gewinnen können, dass der Kläger in seiner Erwerbsfähigkeit nicht mehr in einer für das wirthschaftliche Leben in Betracht kommenden Weise beeinträchtigt ist, zumal auch nicht einleuchtend ist, weshalb sich der Kläger, wenn er zur Arbeit unter Tage in vollem Masse fähig wäre, mit dem geringeren Lohne eines Abnehmers oder Bremsers begnügen sollte.

Da sonach der Eintritt einer wesentlichen Besserung nicht für nachgewiesen zu erachten ist, war die Beklagte zur Weitergewährung der Rente von 15 % zu verurtheilen.

(Kompass.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Prof. Dr. Haug, Hygiene des Ohres im gesunden und kranken Zustande. Verlag von E. Moritz, Stuttgart. 1902.

In diesem in der „Bibliothek für Gesundheitspflege“ erschienenen Bändchen weist der Verf. nach einer kurzen Schilderung des anatomischen Baues und der Physiologie des Gehörorgans auf die Bedeutung hin, die dasselbe für den heranwachsenden Menschen hat. Erst durch das Gehör erlernt der Mensch die Sprache! Diese Thatsache lässt klar erkennen, von welcher Wichtigkeit es ist, das kindliche Gehörorgan vor Erkrankung zu schützen; und hier ist es der sog. Ohrenfluss, der im Kindesalter grosse Zerstörungen anrichtet, weil er von den Eltern gering geachtet wird. Die Wege, auf denen Krankheitserreger ins Ohr gelangen, sind der Mund und der Nasenrachenraum, deshalb ist die gewissenhafte Pflege derselben angezeigt. Verf. giebt dafür verschiedene Rathschläge aus dem Schatze seiner reichen Erfahrung; so ist bei jedem Schnupfen das häufige Schnauben und starkes Schnutzen nur gefahrbringend. Die Folgen der Hypertrophie der Rachenmandel, der Gaumenmandeln werden beleuchtet, wie auch die Anwendungsweise und die Nachtheile der Nasendouche. Aber auch von der Ohrmuschel und dem Gehörgang aus können Ohrerkrankungen entstehen; durch Erfrieren der Muschel z. B., durch Ohrringetragen, durch Ohrenschmalzanhäufung, durch unnöthiges Watteeinlegen, durch Verletzungen, Fremdkörper, zu herzhaften Küsse und endlich durch Eindringen von Wasser beim Baden. Verf. schildert die Folgen dieser Affektionen und ihre Behandlungsweise in populärer Form. Um anderen Schädigungen des Gehörorgans, wie sie in Folge zu starker Schalleinwirkungen bei Artilleristen, Schmieden, Telephonisten u. dergl. eintreten, vorzubeugen, empfiehlt Verf. das zeitweise Tragen von Watte u. A. Daran schliessen sich die Ohrerkrankungen bei Tauchern, Luftschiffern; bei Personen, die in grosser Hitze arbeiten oder sich mit Blei und Quecksilber viel beschäftigen müssen. Nach einem kurzen Hinweis auf Vorsicht bei Wahl des Berufes, sowie auf einige Arzneimittel, wie Chinin, Salicylsäure, welche Ohraffektionen hervorrufen, giebt Verf. praktische Rathschläge zur Behandlung des kranken Ohres. Er warnt vor dem Einflüssen zu kalter Flüssigkeit; schildert die Anwendung der beliebten Ohrenspritze und die Behandlung der Eiterungen mit Einlegen von Gazestreifen u. s. w. Bei den Hörverbesserungsapparaten für Schwerhörige ist Vorsicht am Platze; Verf. tritt gegen die Metallapparate auf, da sie zu starke Resonanz erzeugen. Als künstliches Trommelfell (nur bei durchlöcherter Trommelfell zu benutzen) ist ein Wattekügelchen am empfehlenswertheiten. Einige Ausführungen über die sog. Sklerose, ihre Vererbbarkeit; über das Radfahren von Ohrkranken, über die Bedingungen, unter welchen Ohrenkranke in die Lebensversicherung aufgenommen werden und endlich über die Taubstummheit, ihre Entstehung, Verbreitung und Behandlung schliessen das in jeder Hinsicht empfehlenswerthe Büchlein.

Weiss.

Becker, Th. Einführung in die Psychiatrie. Mit spezieller Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. Dritte vermehrte und veränderte Auflage. Leipzig, Georg Thieme. 1902.

Dass das Buch innerhalb 6 Jahren in 3. Auflage erscheint, ist immerhin ein erfreuliches Zeichen; es beweist das zunehmende Interesse an der Psychiatrie. Andererseits wäre es bedauerlich, wenn sich das Interesse auf das Studium so kleiner Arbeiten wie der vorliegenden beschränken würde. Das ist auch nicht die Absicht des Verf.; er nennt sein Buch

eine Einführung, die dem Studenten ein Vorbereitungsmittel zum erfolgreichen Besuch der psychiatrischen Klinik sein soll und die bei den Praktikern die Erinnerung an das aus den grossen Lehrbüchern Gelernte auffrischen soll.

Der Zweck ist dem Verf. gelungen. Er giebt eine kurze und anschauliche Darstellung der wichtigsten Punkte aus der allgemeinen und speziellen Psychiatrie, so weit das auf so wenig Seiten und bei einem so kleinen Format möglich ist. Im Grossen und Ganzen wird man den Ausführungen des Verf. beipflichten können.

In zwei Punkten muss aber Ref. dem Verf. widersprechen. Dieser empfiehlt (S. 45) als Bekleidung bei den in Zellen isolirten Kranken einen Anzug aus unzerreissbarem Zeug zur Verhütung des Selbstmordes. Dem gegenüber muss betont werden, dass ein Kranker, bei dem man mit der Gefahr des Selbstmordes rechnen muss, für gewöhnlich überhaupt nicht isolirt werden darf, wie der V. auch an anderer Stelle (S. 85) selber andeutet. Sodann wird sein Rath, dem Potatoren wegen der drohenden Gefahr des Ausbruchs eines Deliriums mässige Alkoholgaben zu geben, kaum von der Mehrzahl der Irrenärzte als zutreffend anerkannt werden. Ernst Schultze.

Handbuch der Arbeiterwohlthätigkeit. Herausgegeben von Dr. Otto Dammer. Zwei Bände. Mit zahlreichen Textfiguren. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1902.

Das Sammelwerk, von dem die beiden ersten Lieferungen vorliegen, bezweckt eine Darstellung aller die Wohlfahrt der arbeitenden Bevölkerung fördernden Einrichtungen, unter Berücksichtigung der sozial-politischen Gesetze, soweit sie sich auf die Arbeiterbevölkerung beziehen und der von Arbeitgebern zur Förderung der Arbeiter in gesundheitlicher, geistiger und wirtschaftlicher Beziehung ins Leben gerufenen Einrichtungen.

Das Handbuch wird folgende Kapitel enthalten: Arbeiterwohnungen von Architekt Friedrich Wagner in Rostock, Schlafstellenwesen von Dr. Ascher in Königsberg, Desinfektion der Wohnungen von Stabsarzt Dr. Dieudonné in Würzburg, Ernährung von Dr. Hirschfeld in Berlin, Kleidung von Dr. F. Leppmann in Berlin, Fabrik von Professor Büsing in Berlin, Beschädigungen der Arbeiter bei der Arbeit und die Hilfe bei Unfällen von Dr. Ascher, spezielle Gewerbehygiene und Unfallverhütung von Gewerbeinspektor Dr. Fischer in Berlin, Hausindustrie, Arbeiterschutz von Dr. Ascher, staatliche Gewerbeaufsicht von Gewerbeinspektor Dr. Schröder in Magdeburg, Arbeiterrechtsschutz von Amtsgerichtsrath Laubhardt in Berlin, Arbeitervertretungen von Dr. Mombert in Karlsruhe, Arbeitsnachweis von Gewerbeinspektionsassistent Dr. Glühmann in Berlin, Unfall- und Krankenversicherung von Professor Dr. Lass, Invalidenversicherung von Regierungsrath Klehmet in Berlin und Arbeitsvertrag und Wohlfahrts-einrichtungen von Gewerbeinspektionsassistent Dr. Möller in Altona.

In den beiden ersten Lieferungen sind Arbeiterwohnungen, Schlafstellenwesen, Desinfektion der Wohnungen, Ernährung, Kleidung und Fabrik (letztere noch nicht beendet) abgehandelt. Ohne auf Einzelheiten einzugehen, fällt bei einer Durchsicht auf, dass in dem Abschnitt „die Fabrik“ die wirtschaftlichen Vortheile der Bassinbäder, der sog. Waschkannen der Bergarbeiter gegenüber den gesundheitlichen Nachtheilen wohl etwas zu stark betont sind. Im Uebrigen geben die einzelnen Abhandlungen zusammenfassende und erschöpfende Darstellungen des gegenwärtigen Standes des betreffenden Gegenstandes. Besonders eingehend, ist der Bedeutung des Gegenstandes entsprechend, die Arbeiterwohnungsfrage abgehandelt, wobei auch die Verhältnisse des Auslandes gebührende Berücksichtigung erfahren haben. Nach den bisher vorliegenden

Lieferungen darf dem Fortschreiten des Handbuchs mit Interesse entgegesehen werden.

Roth (Potsdam).

Grotjahn, A. und Kriegel, F., Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiet der sozialen Hygiene und Demographie. Bd. 1. Bericht über die Jahre 1900 und 1901. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1902.

In dem vorliegenden Jahresbericht von Grotjahn und Kriegel begrüßen wir eine ebenso zeitgemässe wie glücklich durchgeführte Errungenschaft auf dem Gebiet der sozialen Hygiene, zu der sich ärztliche und nationalökonomische Gelehrte zu gemeinsamer Arbeit in dankenswerther Weise zusammengefunden haben.

Die Herausgeber sind von dem Grundsatz ausgegangen, dass sowohl Alles aus dem Gebiet der Medizin und Hygiene, was für den Volkswirth und umgekehrt aus dem Gebiet der Nationalökonomie und der Sozialhygiene Alles, was für den Arzt von Interesse sein könnte, registriert zu werden verdiene. Es werden demnach die Fortschritte und Leistungen auf den Grenzgebieten zwischen Hygiene und Volkswirthschaft zum Ausdruck gebracht, während die Gesundheitstechnik, die chemische und bakteriologische, wie die Verwaltungshygiene im engeren Sinne unberücksichtigt geblieben sind, wengleich es bei den fließenden Uebergängen nicht immer leicht war, die gezogenen Grenzen inne zu halten.

Der erste Theil giebt unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse des Praktikers eine Chronik der sozialen Hygiene. Darauf folgt eine ausführliche Gesetzestafel, welche die in Betracht kommenden gesetzgeberischen Arbeiten aller Kulturstaaen aufzählt. Die folgenden Abschnitte bringen Referate über: 1. Geschichte und Methode der sozialen Hygiene. 2. Bevölkerungsstatistik und Mortalität. 3. Morbidität, Prophylaxe und Krankenfürsorge. 4. Soziale Hygiene der Arbeit. 5. Soziale Hygiene der Ernährung. 6. Soziale Hygiene der Wohnung. 7. Soziale Hygiene der Kinder und jugendlichen Personen. 8. Oeffentliche Gesundheitspflege. 9. Entartungstheorie, Konstitutionspathologie und Rassenhygiene. 10. Vermischtes. Es folgt eine Bibliographie der sozialen Hygiene und Demographie und zum Schluss ein Namensverzeichniss.

Wie aus dem Inhaltsverzeichniss sich ergibt, kann die Anlage des Werkes als eine durchaus zweckentsprechende bezeichnet werden. Die einzelnen Referate sind bei aller gebotenen Kürze ausreichend erschöpfend, klar und sachgemäss. Der jährlichen Wiederkehr des Berichts werden alle sozialen Praktiker auf medizinischer wie national-ökonomischer Seite mit besonderem Interesse entgegesehen.

Roth (Potsdam).

Dr. Eugen Seel, Privatdozent an der K. technischen Hochschule Stuttgart. Gewinnung und Darstellung der wichtigsten Nahrungs- und Genussmittel. Ein Lehr- und Nachschlagebuch für Chemiker, Apotheker, Aerzte und Juristen. Verlag von Ferdinand Enke. 1902.

Das in erster Linie für jüngere Chemiker und Apotheker, die sich für die Hauptprüfung als Nahrungsmittelchemiker vorbereiten wollen, bestimmte Lehrbuch kann auch Aerzten und Juristen als Nachschlagebuch empfohlen werden, um sich die für die Beurtheilung der Nahrungs- und Genussmittel nöthige Kenntniss ihrer Gewinnungs- und Fabrikationsmethoden zu verschaffen, ohne sich in chemische oder technische Details vertiefen zu müssen. Das Werk behandelt für diese Zwecke in genügender Ausführlichkeit die Chemie, Herstellung, Konservierung und Verfälschung der animalischen und vegetabilischen Nahrungs- und Genussmittel und der daraus hergestell-

ten Präparate, desgleichen der Getränke, und führt bei jedem Abschnitt die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen an. Eine gewisse Breite der Darstellung führt mehrfach zu Wiederholungen und theilweisen Widersprüchen. Mit einzelnen Behauptungen des Verfassers wird man nicht unbedingt einverstanden sein; z. B. werden die Liebhaber von Pökelfleisch nicht zustimmen, wenn er sagt, dass das Rindfleisch beim Einpökeln so hart und trocken wird, dass es nur ungerne genossen wird. Auch den Satz (S. 54): „Durch das übliche Pökelfahren kann schwachfäulnisches und schwachtrichinöses Fleisch noch unschädlich gemacht werden“ könnte man nicht ganz unbeanstandet lassen, wenn er nicht später (S. 92) die Einschränkung „durch ausgiebiges Pökeln“ erföhre. Dass als charakteristische Eigenschaft verdorbener Würste angegeben wird, an der Aussenfläche gemachte Fingereindrücke gleichen sich nicht wieder aus, erscheint nicht recht einleuchtend. Die Gegenüberstellung (S. 117) von Wiederkäuern (Ochsen, Kühe, Kälber etc.) einerseits und Hammeln und Schafen andererseits berührt etwas eigenthümlich.

Bei einer etwaigen Neuauflage dürften jedenfalls Druckfehler wie Cryptoriden, weichgelb, Schwand, und stilistische Entgleisungen wie S. 364 vermieden werden.

Von diesen kleinen Ausstellungen abgesehen, können wir das Buch unseren Lesern durchaus empfehlen.

Grabert-Berlin.

Ideales und Reales in der Bienenzucht. Zugleich ein Beitrag zur Bekämpfung der Honigfälschung und des Kunsthonigs. Vortrag von **Adolf Wilhelm Keim**.

Die Broschüre ist in einer so laienhaften Weise geschrieben, dass sie sich, ganz abgesehen von den zahlreichen Interpunktionsfehlern und stilistischen Verstössen, für eine eingehende Besprechung nicht eignet.

Grabert-Berlin.

Tagesgeschichte.

Staatliche Unfallversicherung in Schweden.

Durch ein bereits im Parlament angenommenes und vom König unterzeichnetes, aber noch nicht in Kraft getretenes Gesetz schliesst sich nunmehr auch Schweden denjenigen Staaten an, welche die Unfallversicherung der Arbeiter durchführen. Der Begriff des versicherungspflichtigen Unfalls ist enger gefasst als in Deutschland, da diejenigen Unfälle ausgeschlossen sind, welche durch grobe Fahrlässigkeit des Verletzten oder durch die vorsätzliche Thätigkeit eines Dritten herbeigeföhrt worden, der in dem fraglichen Betriebe keine höhere überwachende oder ausübende Pflicht zu erfüllen hatte. In dieser Beschränkung liegt zweifellos der Keim zahlloser künftiger Rentenstreitigkeiten.

Die Versicherung erstreckt sich ungefähr auf die gesamten industriellen Betriebe, ferner auf Forstarbeit, Bergbau, Steinbrüche, Torfstechereien, Baugewerbe, Eisen- und Strassenbahnen.

Die Kosten tragen die Arbeitgeber, die Entschädigungspflicht beginnt 60 Tage nach der Verletzung. Von diesem Tage ab wird zunächst bei fortdauernder Erwerbsunfähigkeit gleichmässig jedem Verletzten eine Krone täglich gezahlt (1,12 M.) Sobald der Verletzte wieder hergestellt ist oder sobald eine dauernde Erwerbsminderung festgestellt ist, fällt diese Entschädigung weg — sie wird also, um mit dem Wortlaut des deutschen Unfallgesetzes zu reden, nur während der Dauer des Heilverfahrens gezahlt. Für die spätere Zeit beträgt die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit 300 Kronen jährlich, für theilweise entsprechend weniger.

Ausführendes Organ ist eine zu begründende Königliche

Versicherungsanstalt, bei welcher sich andererseits auch die versicherungspflichtigen Betriebe gegen Unfälle ihrer Arbeiter versichern können.

Zur Frage der Bekanntgabe ärztlicher Gutachten an Unfallverletzte.

In einer Rentenstreitigkeit aus dem Bezirke der Sektion II der Knappschafts-Berufsgenossenschaft in Bochum beschwerte sich der Unfallverletzte Anton O. beim Reichs-Versicherungsamte darüber, dass der Sektionsvorstand seinen Gesuchen um Uebersendung von Abschriften der ärztlichen Gutachten über seinen Gesundheitszustand nicht entsprochen habe. Das R.-V.-A. stellte dem Sektionsvorstande zur Erwägung anheim, ob es nicht angebracht sein möchte, dem Beschwerdeführer die Ertheilung der gewünschten Gutachtenabschriften gegen Erstattung der Schreibgebühr anzubieten. Der Sektionsvorstand lehnte es jedoch durch nachstehenden Bericht ab, der Anregung Folge zu geben:

Auch hinsichtlich der Ertheilung der vom Verletzten gewünschten Gutachtenabschriften glaubt der Sektionsvorstand auch nach erneuter Prüfung der Angelegenheit seine ablehnende Haltung aufrecht halten zu müssen. Er geht davon aus, dass die angeregte Frage nur allgemein entschieden werden kann, da die Zulassung einer abweichenden Praxis für Ausnahmefälle bei der grossen Zahl der hiesigen Rentenempfänger und dem unter ihnen stattfindenden regen Verkehrsaustausch über Fragen der Arbeiterversicherung zu bedenklichen Misshelligkeiten führen würde. Einer allgemeinen Bekanntgabe der ärztlichen Gutachten an die Verletzten, auch wenn sie nur auf Antrag erfolgen sollte, stehen aber schwerwiegende Bedenken gegenüber, die auch bei den Berathungen über das Gewerbe-Unfall-Versicherungs-Gesetz von einem Regierungsvertreter zum Ausdruck gebracht sind. Die Bedenken stützen sich namentlich auf die wissenschaftliche Erfahrung, dass die genaue Kenntniss des eigenen körperlichen Zustandes für viele Verletzte nicht rathsam und sogar häufig direkt schädlich erscheint, und auf das Bestreben, die medizinischen Sachverständigen in der freien und vollständigen Beurtheilung des Materials nicht zu behindern. Eine Scheidung der Verletzten aber nach der Richtung vorzunehmen, ob die Mittheilung der ärztlichen Gutachten ihren Zustand voraussichtlich ungünstig beeinflussen würde, oder nicht, muss als praktisch undurchführbar angesehen werden und scheitert schon an der Unübersehbarkeit dieser Wirkungen.

Da der Rekurs des O. wegen verspäteter Rechtsmitteleinlegung ohne mündliche Verhandlung vom Reichs-Versicherungsamt zurückgewiesen wurde, nahm das letztere keine Veranlassung, sich zu der in Rede stehenden Frage zu äussern.

(Kompass.)

Die Wurmkrankheit.

Der Verwaltungsbericht des Allgemeinen Knappschaftsvereins in Bochum enthält Mittheilungen über das Zunehmen der Ankylostomum-Krankheit in den westdeutschen Bergwerken, die geradezu beunruhigend erscheinen. Im Bereiche des Vereins wurden im Jahre 1900 286, im Jahre 1901 dagegen 1029 Fälle der Wurmkrankheit mit fünf Todesfällen verzeichnet. Die Zunahme wird erklärt durch die Einführung der Grubenberieselung, die aus anderen Gründen als segensreich erachtet wurde: Die Arbeiter verrichten ihre Nothdurft auf die Erde, die Wurmeier und Larven gehen mit ab und werden durch das Rieselwasser weiter verschwemmt. Sie sind im Grubenschlamm ärztlicherseits festgestellt worden.

Die Aussichten, der Krankheit Herr zu werden, sind bis jetzt nicht eben günstig. Chlorkalk, schweflige Säure, Schwefelsäure dem

Rieselwasser zuzusetzen, verbietet sich durch die dadurch bedingten anderen gesundheitlichen Gefahren für die Grubenleute und aus technischen Rücksichten. Aus Kalkmilch schlägt sich leicht kohlensaurer Kalk nieder, der die Leitungen verstopft. Kalkbrühe und Kalkwasser helfen nichts. Die Versuche mit Kalkpräparaten werden fortgeführt. Als ultimum refugium würde Kupfervitriollösung verwerthbar sein, deren Anwendung aber bei dem riesigen Umfang der zu entkeimenden Strecken sehr theuer wäre.

Das allereinfachste Mittel, um wenigstens die immer neue Verschleppung von Krankheitskeimen zu verhüten, scheidet am passiven Widerstand der Arbeiter. Trotz schärfster Massnahmen sind die Leute nicht dazu zu bringen, dass sie ausschliesslich die aufgestellten Abortkübel benützen, und die Kontrolle darüber ist der Natur der Sache nach äusserst unvollkommen.

Versuche an Gesunden über die Wirkung des Borax als Fleischkonservierungsmittel

werden angeblich zur Zeit in Amerika angestellt. Das Bureau Laffan berichtet darüber: „Der erste Chemiker des Ackerbaudepartements der Vereinigten Staaten, Mr. Wiley, begann am Montag mit einer Reihe von Experimenten an Menschen, um die deutschen Einwendungen gegen die mit Borax zubereiteten amerikanischen Fleischkonserven auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen. Sechs Angestellte des Ackerbaudepartements erhalten reine Nahrung und zwar Fleisch ohne Boraxzusatz, sowie Gemüse. Sechs andere Beamte bekommen mit Borax zubereitetes Fleisch. Nach Ablauf von 14 Tagen werden die Ergebnisse verglichen. Die Beamten wechseln dann die Diät, und die Versuche, die ein Jahr dauern sollen, nehmen ihren Fortgang. Die Beamten haben sich freiwillig für diese Versuche zur Verfügung gestellt und sich verpflichtet, sich jeder anderen Nahrung als der ihnen vom Ackerbaudepartement gelieferten zu enthalten.“

Desinfektion bei ansteckenden Krankheiten.

Das Berliner Polizei-Präsidium weist auf Grund wiederholt vorgekommener Verstösse gegen die Polizeiverordnung vom 3. Juli 1893 nochmals eindringlich auf die Paragraphen 1 und 2 der betreffenden Verordnung hin.

Nach § 1 der angezogenen Polizeiverordnung hat bei Krankheits- wie Sterbefällen von asiatischer Cholera, Pocken, Fleck- und Rückfalltyphus sowie Diphtherie unbedingt,

von Darmtyphus, Kopfgenickekampf (Meningitis cerebrospinalis), bösartigem Scharlachfieber, bösartigen Masern und bösartiger Ruhr auf besondere Anordnung des Königlichen Polizei-Präsidiums

Desinfektion der von den Kranken benutzten Effekten und Räume, sowie der in diesen befindlichen Gegenstände gleichzeitig, und zwar lediglich durch die Städtische Desinfektionsanstalt und deren Beamte stattzufinden hat.

Nach § 2 ist die Desinfektion durch die dazu verpflichteten Haushaltungsvorstände innerhalb 24 Stunden nach der Genesung des Kranken, bezw. nachdem dieser oder seine Leiche aus der Wohnung entfernt worden ist, bei dem zuständigen Polizei-Revier zu beantragen. Zuwiderhandlungen ziehen gemäss § 4 Geldstrafen bis zu 30 Mark nach sich, wenn nicht nach § 327 des Strafgesetzbuches eine höhere Strafe verwirkt ist; ausserdem wird die nach § 1 erforderliche Desinfektion auf Kosten der Verpflichteten durch das Polizei-Präsidium veranlasst werden.