

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

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

Redaktion:

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

Dr. F. Leppmann - Berlin.
Verantwortlicher Redakteur.

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

VIII. Jahrgang 1902.

№ 5.

Ausgegeben am 1. März.

Inhalt:

Originalien: Eulenburg, Zweites Gutachten über einen schweren und eigenartigen Fall elektrischer Verunglückung. S. 85.
Roth, Die Mitwirkung des Kreisarztes auf dem Gebiete der Gewerbehygiene. (Schluss.) S. 89.
Schwarze, Ueber Varicen als Unfallsfolgen. S. 92.
Knotz, Bericht über Bauchwandbrüche nach Ochsenhornstoss, zugleich ein Beitrag zur Volksmedizin in Bosnien. S. 94.
Referate: Chirurgie. Klaussner, Luxatio sternalis duplex congenita. S. 96.
Körte und Herzfeld, Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgezustände. S. 96.
Seliger, Ueber den Shok, namentlich nach Kontusionen des Bauches. S. 97.
Neurologie und Psychiatrie. Goodall, Bemerkungen über die anthropologische Untersuchung von Irrenanstaltsinsassen, nebst einem Schema dafür. S. 97.
Brie, Tabo-Paralyse und Unfall. S. 98.
Kellner, Ueber transitorische postepileptische Geistesstörungen. S. 98.
Vergiftungen. Rubin, Ueber einen Fall von Gastritis toxica und Verengerung des Pylorus in Folge von Salpetersäure-Vergiftung. Gastroenterostomie. Heilung. S. 98.

Langer, Schwere Verätzung durch Schmierseife bei einem 18 Monate alten Kinde. S. 98.
Kirch, Akute Strychninvergiftung. S. 99.
Weber, Ein Fall von schwerer Morphinvergiftung, geheilt durch subkutane Einspritzungen von hypermangansaurem Kali. S. 99.
Aus Vereinen und Versammlungen. Kasuistisches über Verletzungen und Verletzungsfolgen. S. 99.
Gerichtliche Entscheidungen: Aus dem Reichsgericht: Blutvergiftung in Folge ungeeigneter Behandlung einer Verletzung etc. S. 100.
Bücherbesprechungen: Wick, Ueber Simulation von Blindheit und Schwachsichtigkeit und deren Entlarvung. — Krockner und Friedheim, Deutscher militärärztlicher Kalender. S. 100.
Gebührenwesen. Wittkowsky, Von wem kann nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches der von einer Ehefrau angenommene Arzt Bezahlung einer Honorarforderung verlangen? S. 102.
Tagesgeschichte: Die Geisteskrankheiten in der Armee. — Rundschreiben des Reichsversicherungsamts. — Ausführungsbestimmungen zum Fleischschau-gesetz. — Kaffeestuben und -Karren des Berliner Vereins für Volkshygiene. — Fortbildungskursus für Aerzte. — Neue Ministerialerlasse. S. 102.

Zweites Gutachten über einen schweren und eigenartigen Fall elektrischer Verunglückung.

Von

Professor A. Eulenburg-Berlin.
Geh. Medizinal-Rath.

Von dem königlichen Landgericht X. bin ich laut Beweisbeschluss vom 14. Januar aufgefordert worden, den Kläger H. persönlich in L., in seiner Wohnung, unter Zuziehung des Oberstabsarztes Dr. H. und des praktischen Arztes Dr. K., Beide zu L., zu untersuchen und alsdann ein definitives schriftliches Gutachten dem Beweisbeschluss vom 6. September 1900 gemäss zu erstatten.

Zufolge dieser Aufforderung habe ich mich am 3. d. M. nach L. begeben und am Vormittag des 4. April, gemeinschaftlich mit den beiden oben genannten Aerzten, den Kläger einer eingehenden mehrstündigen Untersuchung unterzogen.

Indem ich über die Befundnahme und deren Ergebnisse im Folgenden berichte, muss ich die Bemerkung vorausschicken, dass es sich dabei nur um eine Ergänzung und Vollständigkeit meines früheren Gutachtens vom 6. Dezember

1900¹⁾ in dem Sinne handeln kann, dass, während jenes frühere Gutachten lediglich auf Grund der Akten erstattet werden musste, mir nunmehr ein aus eigener Anschauung geschöpftes Urtheil über den Krankheitszustand des Klägers ermöglicht und damit für die Beantwortung der Fragen des Beweisbeschlusses vom 18. September 1900 eine festere Unterlage gewonnen wurde.

Immerhin bleiben dabei sowohl die Darstellung der Vorgeschichte, wie auch die Erwägungen allgemeiner Natur in Betreff der Auffassung elektrischer Verunglückungen unverändert in Geltung, weshalb ich zur Vermeidung von Wiederholungen auf die betreffenden Abschnitte des früheren Gutachtens zurückweise.

Krankheitsbefund am 4. April 1901.

Beim Besuch des Klägers, des jetzt im 51. Lebensjahre stehenden früheren Rittergutspächters Wilhelm H., in seiner Wohnung in L., traf ich diesen, am Vormittag um 1/2 10 Uhr, angekleidet in einem Lehnstuhl sitzend, in etwas nach vorn geneigter Haltung des Oberkörpers und Kopfes, welcher letztere zugleich nach der linken Seite gewandt und der

¹⁾ Vgl. 1901, No. 3.

linken Schulter angenähert war. Er hatte einen kalten Umschlag über dem Kopf, der ihm der oft äusserst heftigen Kopfschmerzen wegen angenehm sein soll; der früher angeblich sehr reichliche Haarwuchs erschien zu beiden Seiten des Kopfes sowie auch in einem Theile der Hinterhauptgegend in grosser Ausdehnung geschwunden, der noch ziemlich reiche Vollbart stark ergraut. Auch das noch vorhandene Haupthaar zeigte eine überwiegend hellbraungraue Färbung. H. benutzte den angezogenen und gekrümmten linken Arm, in dem er ein Tuch hielt, von Zeit zu Zeit zu Bewegungen, während der rechte Arm schlaff und willenlos, Hand und Finger in leichter Beugstellung, herabhing und von Zeit zu Zeit auch ohne besonderen Anlass von krampfartigen Stössen heimgesucht und in anhaltende schüttelnde Bewegung versetzt wurde. Auch an der Muskulatur der rechten Halsseite liessen sich zuweilen zitternde, oszillirende Bewegungen wahrnehmen. Die Muskulatur beider Arme liess keine auffälligen Unterschiede und auf beiden Seiten keine beträchtliche Abmagerung erkennen. Auch Muskelspannungen oder Kontrakturen waren nicht vorhanden. Wie eine genauere Einzelprüfung demnächst herausstellte, war die willkürliche Beweglichkeit auch des linken Armes sehr eingeschränkt, der Händedruck äusserst schwach; nur mit grosser Anstrengung und unter wiederholten ruckweisen Stössen vermochte H. den Arm bei gebeugtem Ellbogen bis zur Schulterhöhe und etwas darüber hinaus zu erheben. Kopf und Hals erschienen in nicht wesentlich eingeschränkter Weise beweglich. Das Gleiche konnte, soweit sich zu Wahrnehmungen darüber Anlass bot, von den äusseren Gesichtsmuskeln und den Kaumuskeln gelten, während dagegen die Beweglichkeit der Zunge offenbar in sehr hohem Grade gelitten hatte; ein Hinausstrecken derselben aus der Mundhöhle war nicht zu erreichen, die Zunge konnte nur, auf dem Boden der Mundhöhle liegend, mit ersichtlicher Anstrengung etwas gegen die untere Zahnreihe gepresst werden, wobei ihre Spitze zugleich eine deutlich ausgesprochene Abweichung nach links zeigte.

Bei Ankunft der Aerzte sowohl, wie auch späterhin, sass H. in der geschilderten Weise apathisch und völlig in sich versunken da. Bei der nachgewiesenen fast vollständigen Erblindung und Ertaubung, der Beeinträchtigung auch der übrigen Sinnesorgane mussten die Kommunikationen mit der Aussenwelt freilich auf das denkbar engste Mass reduziert sein. Nur auf sehr starkes Anrufen schien H. zu sich zu kommen, zuckte erst mit dem Zeichen heftigsten Erschreckens zusammen und gerieth dann in ein minutenlanges ausgebreitetes Schütteln des ganzen Körpers, nach dessen Aufhören er allmählich sich etwas mehr zu besinnen und auf die an ihn gerichteten Fragen mit wenigen unzusammenhängenden, stossweise und undeutlich hervorgemurmelten Worten eine Art von Erwiderung zu ertheilen vermochte. Es ergab sich dabei freilich, dass er den Sinn der Frage in der Regel nicht deutlich erfasste und dass es sich bei seinen Antworten überhaupt meist um einzelne zur Gewohnheit gewordene, stereotype Redewendungen und Wortverbindungen handelte. Seine beiden behandelnden Aerzte erkannte er nach dem Anrufen nicht, erst nachdem sie sich ihm direkt genannt hatten — wechselte sie auch nachmals miteinander und hatte ihre Anwesenheit binnen Kurzem augenscheinlich vergessen. Meine Anwesenheit ist ihm wohl — trotz wiederholter Versuche, sie ihm begreiflich zu machen —, überhaupt nicht zum Bewusstsein gedrungen. Auf die an ihn gerichtete Aufforderung, die Stelle des Kopfes zu zeigen, wo der abgerissene Draht ihn getroffen habe, gerieth er nach dem ersten schreckhaften Zusammenfahren in wüthende Erregung, in der er einzelne abgerissene Worte hervorstiess: „Die will ich verklagen“ —

„ich will gehen“ — „sie haben mich“ — „du Frau“ — „hier ist es wo“ —; alsdann fuchtelte er mit dem nun auch in sehr heftiges krampfartiges Schütteln versetzten linken Arm unsicher herum, bis es ihm mit fremder Unterstützung zuletzt möglich wurde, die betreffende (der äusseren vorderen Partie des linken Seitenwandbeines entsprechende) Kopfgegend mit der Hand zu erreichen.

Nach Abnahme einer über den Unterkörper gebreiteten Decke zeigte sich auch in der Haltung der unteren Gliedmassen ein ähnlicher Unterschied wie bei den oberen. In der Sitzstellung zeigte sich das linke Bein im Knie fast rechtwinklig gebeugt und mehr angezogen als das rechte, das schlaff ausgestreckt dalag. Wenn man bei dem in geschilderter Lage auf dem Boden aufgestemmt linken Bein die Kniesehne mit dem Perkussionshammer nur ganz leicht beklopfte, so erfolgte sogleich ein äusserst heftiges Zucken der Oberschenkelmuskulatur, wodurch der Unterschenkel gestreckt fortgeschleudert wurde, mit wiederholtem krampfartigen Nachzucken; auch selbst beim Beklopfen der Kniesehne am völlig gestreckten Bein erfolgten starke und wiederholte stossweise Zuckungen; ebenso beim Beklopfen der Schienbeinkante (hier in Form von Beugung des Unterschenkels und von Fusschütteln). In etwas schwächerem Grade war die Verstärkung der Kniesehnenreflexe auch rechterseits ausgesprochen, in Form einmaliger ausgebreiteter Zuckung der Oberschenkelmuskulatur, während Schienbeinreflexe sich am rechten Unterschenkel nicht nachweisen liessen.

Bevor in diesen Prüfungen fortgefahren wurde, wozu eine Entblössung der Beine erforderlich war, schien es uns, um eine unnütze Belästigung durch doppeltes Aus- und Wiederanziehen zu vermeiden, zweckmässig, uns zunächst durch Ausführung einiger Steh- und Gehversuche von dem Verhalten bei grösseren koordinirten Muskelaktionen zu überzeugen. Das Aufrichten und der Uebergang aus der sitzenden in aufrecht stehende Haltung war mit ausserordentlichen Schwierigkeiten verbunden. H. verfiel bei dem Versuche dazu in ausgebreiteten heftigen Schüttelkrampf und vermochte nur mit Unterstützung zweier Personen diesen allmählich zu überwinden und sich in die Höhe zu arbeiten, dem Einnehmen der aufrechten Stellung gingen wieder minutenlang andauernde Schleuderbewegungen des Rumpfes und Kopfes voraus, wobei namentlich Letzterer unter krampfhafter Bethätigung der Nackenmuskeln schleudernd hintenübergeworfen und endlich fixirt wurde. Jede Ortsbewegung, wie besonders das Gehen, musste natürlich, abgesehen von den Störungen der Bewegungsorgane, durch die fast totale Erblindung des Klägers im erheblichen Masse beeinträchtigt werden. Zu den ersten ganz langsamen Schritten bedurfte H. wiederum der kräftigen Führung und Unterstützung durch zwei Personen, während er nachher, von seiner Frau an der rechten Hand gefasst und mit einem Stock in der linken Hand sich in dem wohlbekannten Zimmer Schritt für Schritt vorwärts schob. Eine zu überschreitende Thürschwelle bildete, durch das Eintreten neuer Krampfbewegungen, ein fast unübersteigliches Hinderniss. Der Gang selbst erfolgte unter Aufstützen auf das linke Bein, Nachziehen des rechten, das mit der Spitze zuerst aufgesetzt und langsam abgewickelt wurde, wobei ein intensives Zittern sich vom Fusse bis zur Hüfte hinauf fortpflanzte. In dieser Weise wurden einige zwanzig Schritte durch zwei anstossende Zimmer unter den grössten Schwierigkeiten und stets drohendem Hinstürzen vollführt. Das Wiederhinsetzen bereitete ebenso grosse Schwierigkeit; schliesslich liess H. den bei den Schultern gehaltenen und unterstützten Rumpf ohne koordinatorische Eigenthätigkeit auf die Unterlage passiv herabfallen.

Es wurde nun nach Entblössung von Unterschenkel und Fuss in der begonnenen Untersuchung fortgefahren. Der Fusssohlenreflex, sowohl beim Streichen wie beim Stechen, zeigte sich auf der rechten Seite ziemlich stark, und in Beugung (Plantarflexion) des Fusses und der Zehen bestehend. Auf der linken Seite war dieser Reflex noch mehr verstärkt und erfolgte hier in der Form einer krampfhaft verlängerten Streckung (Dorsalflexion), wobei namentlich die grosse Zehe gehoben und der innere Rand des Fusses durch spastische Zusammenziehung aufwärts gewölbt wurde, mit nachfolgenden zitternden Oszillationen. Der Achillessehnenreflex war auf beiden Seiten deutlich vorhanden. Links liessen sich auch am Fussrücken von der Mittelfussgegend aus Reflexe in Form von Streckung (Dorsalflexion) des Fusses auslösen; dazwischen erfolgten zuweilen spontane Zitter- und Schüttelbewegungen des Fusses, oder Zuckungen einzelner Zehen. Ein Fusschütteln bei passiver Streckung der Zehen (sog. „Fussklonus“) war in leichter Andeutung bemerkbar. Auf Nadelstiche trat linkerseits sehr starke, rechts dagegen gar keine wahrnehmbare Reaktion ein. Der gleiche Unterschied im Verhalten der Hautempfindlichkeit zeigte sich auch an den Armen und überhaupt an der ganzen Körperoberfläche bis zum Halse hinauf, wo sich das Verhältniss umkehrte, so dass an Hals und Kopf auf der rechten Seite die Hautempfindlichkeit (Schmerzempfindlichkeit) deutlich ausgesprochen war, linkerseits dagegen, ziemlich scharf in der Mittellinie abschneidend, allem Anschein nach fast vollständig fehlte.

Es schien, aus differenzial-diagnostischen Gründen, von Wichtigkeit, sich von der Reaktion der grösseren Nervenzweige und Muskeln bei elektrischer Reizung soweit wie möglich zu überzeugen. Bei der mit einem Induktionsapparat vorgenommenen Prüfung der „faradischen“ Nerven- und Muskelreizbarkeit zeigte sich an Nerven und Muskeln des linken Armes und Beines ein der Norm entsprechendes Verhalten; jedenfalls war hier keine deutliche Abschwächung der Erregbarkeit zu konstatiren. Auf der rechten Seite war die Reizung ebenfalls wirksam, dabei kam jedoch, sowohl am Arm wie am Bein, schon bei Anwendung der schwächsten überhaupt erfolgreichen Ströme ein heftiges, anhaltendes und ausgebreitetes Vibriren und Schütteln der gesamten Muskulatur des betreffenden Gliedes zur Erscheinung, das die genauere Beobachtung des örtlichen Reizeffektes in hohem Masse erschwerte. Den Versuch einer Prüfung mit dem konstanten Strome mussten wir, wegen unzulänglicher Beschaffenheit des verfügbaren Apparates, als unmöglich aufgeben.

Die besonders wichtige Aufnahme des Augenbefundes wurde unter spezieller Mitwirkung des Augenarztes Herrn Dr. K. vorgenommen. Die Pupillen waren beiderseits gleichmässig verengt und liessen auf Beschattung noch eine ganz geringfügige Erweiterung wahrnehmen. Die Lidspalten waren eng, die linke durch stärkeres Herabhängen des oberen Lides meist etwas enger als die rechte. Eine genaue funktionelle Prüfung des Sehorgans war bei dem Zustande des Patienten nicht auszuführen; doch liess sich bestimmt feststellen, dass H. selbst grosse ihm vorgehaltene Gegenstände in keinem Theile des Gesichtsfeldes überhaupt wahrzunehmen, geschweige denn deutlich zu unterscheiden im Stande war. Ueber die äusseren Augenbewegungen liess sich unter diesen Umständen nichts Sicheres ermitteln, da H. weder den vorgehaltenen Fingern noch der Lichtflamme mit den Blicken folgte. Augenzittern (Nystagmus) war nicht zu bemerken. Die Augenspiegeluntersuchung ergab beiderseits vollständig klare Medien des Auges; links zeigte sich die Sehnervenscheibe in beginnender grauer Verfärbung — rechts gelang es nicht, dieselbe ins Gesichtsfeld zu bekommen, weil der Augapfel zu stark nach aussen

gedreht war und der Patient die ihm vorgeschriebenen Veränderungen der Blickrichtung nicht ausführte.

Hinsichtlich der übrigen Sinnesorgane liess sich nur feststellen, dass das Gehör offenbar auf dem linken Ohr für Sprache und sonstige Geräusche vollständig fehlte, während auf dem rechten noch eine sehr verringerte Hörschärfe bestand, und dass auch der Geruch gänzlich zu mangeln schien, wenigstens eine Wahrnehmung vorgehaltener Riechobjekte nicht nachzuweisen waren. Hinsichtlich des Geschmackes liessen sich Prüfungen schon wegen der Schwerbeweglichkeit der Zunge nicht mit Sicherheit ausführen.

In Betreff der vegetativen Funktionen der Ernährung, Absonderung u. s. w. liess sich natürlich bei der kurzen Beobachtungsdauer unmittelbar wenig ermitteln. Die Herzthätigkeit zeigte keine auffälligen krankhaften Veränderungen, namentlich auch nicht solche im Sinne vorgeschrittener Verhärtung oder Verkalkung der grösseren arteriellen Gefässstämme; der ziemlich kleine und weiche Radialpuls zeigte in der Ruhe normale Häufigkeit (66 in der Minute). Im Gesicht war öfters Schweissausbruch erkennbar. Das Hinabschlucken von Flüssigkeit (Wasser) erfolgte ohne Störung. Beim Kauen festerer Speisen soll sich H. leicht auf die Zunge beissen; er soll daher auch fast nur Flüssigkeiten (Milch, Brühe), höchstens etwas kleingeschnittenes Fleisch in der Regel geniessen. Nach Angabe seiner Frau, sowie des Herrn Dr. H. soll H. ferner an grosser Trägheit der Darmfunktion, die zum regelmässigen Gebrauche von Abführmitteln nöthigt, und an vermehrtem Harndrang (namentlich Nachts) leiden. Der Urin soll, nach der von Herrn Dr. H. vorgenommenen Prüfung, keine abnormen Bestandtheile (Eiweiss, Zucker) enthalten.

Als eine Art von Stichprobe für das körperliche und geistige Verhalten des Klägers diene die nachfolgende kleine, wortgetreu wiedergegebene Szene, wie sie sich nach der Ankunft und Selbstvorstellung des Augenarztes Dr. K. zwischen diesem und H. abspielte:

K. Kennen Sie mich?

H. Ja, ja, Herr Oberstabsarzt (dabei in grosser Aufregung).

K. Wollen Sie heute spazieren gehen?

H. Ich war mal gefahren —

K. Haben Sie denn noch einen Wagen?

H. Fahren wir heute — (nach einer Pause) meine Frau — Herr Doktor — ich — ich — kenne Ihnen schon sehr lange —

K. Wie ist es mit den Augen?

H. Es wird — wird — helle werden —

K. Sehen Sie mich?

H. Ja — ja —

K. (mit vorgehaltener Uhr): Was ist das hier? —

H. (fuchelt mit dem linken Arm in der oben beschriebenen Weise herum, vermag aber nichts zu erfassen, versinkt dann wieder in Apathie).

Gutachten.

Es kann nach der voraufgegangenen Befunderhebung nicht dem geringsten Zweifel unterliegen, dass wir es bei dem Kläger mit einer ausserordentlich schweren, organischen, chronisch-degenerativen Gehirnerkrankung zu thun haben.

Die an das Gehirn als Zentralorgan des Nervensystems gebundenen Funktionen der Empfindung und Sinneswahrnehmung, der willkürlichen Bewegung und der höheren Seelenthätigkeiten sind bei H. sämmtlich in grossem Umfange und in denkbar schwerster Weise geschädigt. Das Hautgefühl ist in einem grossen Theile der linken und in einem

kleineren Theile der rechten Körperhälfte vollständig oder doch nahezu vollständig aufgehoben. Geruch und Geschmack scheinen fast gänzlich zu mangeln; das Gehör fehlt auf dem linken Ohr vollständig, während rechts nur eine sehr herabgesetzte Hörschärfe besteht. Was das Sehvermögen betrifft, so kann zur Zeit höchstens noch von einer quantitativen Lichtempfindung (Unterscheidung von hell und dunkel) allenfalls die Rede sein, da selbst grössere Gegenstände in geringem Abstände vom Auge nicht mehr wahrgenommen werden. Es hat sich das Sehvermögen offenbar fortschreitend verschlechtert, da nach Aussage des Herrn Dr. K. bei den ersten Untersuchungen wenigstens im äusseren Theile des rechten Gesichtsfeldes noch Gegenstände erkannt und selbst grössere Schriftproben gelesen werden konnten; auch lässt die im Augenspiegel wahrnehmbare graue Verfärbung der Sehnervenscheibe auf beginnenden Schwund (Atrophie) der Sehnervenfaser schliessen.

Die willkürliche Bewegung ist am rechten Arm fast ganz aufgehoben, am rechten Bein stark vermindert, während sie auf der linken Körperhälfte in geringerem Grade ebenfalls herabgesetzt ist. Die Zunge ist vorzugsweise linksseitig gelähmt. Zu diesen unvollkommenen Lähmungszuständen gesellen sich aber noch schwerste Bewegungsstörungen krampfhafter Natur in Form von spontan auftretendem Zittern, der Intensität nach wechselnd bis zu heftigstem Schüttelkrampf, und allgemeine krampfartige Störungen des Zusammenwirkens der Muskeln bei den ein solches erfordernden („koordinirten“) Bewegungen — namentlich bei den Ortsbewegungen, beim Hinsetzen und Aufrichten, beim Stehen und Gehen — sowie endlich auch bei äusserem Reiz (Anrufen), seelischer Erregung u. s. w. eintretende Krampferscheinungen. Der Ausgangspunkt aller dieser Störungen kann nur im Zentralorgan, im Gehirn, in den der Empfindung, der Sinneswahrnehmung, willkürlichen Bewegung und Koordination dienenden Rindenabschnitten (namentlich der Grosshirnrinde) gesucht werden. Für einen solchen zentralen Sitz der Erkrankung spricht überdies die geschilderte enorme Steigerung der Reflexe, die bei Gehirnleiden durch Wegfall der vom Gehirn auf die Reflexcentren des Rückenmarks normalerweise geübten Hemmungen zu Stande kommt; nicht minder der Charakter der Lähmungen, das Ausbleiben von Muskelschwund (Atrophie) selbst nach längerem Bestehen der Lähmung und das Erhaltenbleiben der elektrischen Reaktion in den von der Lähmung befallenen Nervenstämmen und Muskeln.

Ganz unzweideutig endlich wird das Vorhandensein einer schweren degenerativen Gehirnkrankung, mit besonders ausgebreiteter Betheiligung der Grosshirnrinde, erwiesen durch den allmählich gesteigerten seelischen Verfall des Kranken, durch die bis zu hochgradiger Verblödung fortschreitende intellektuelle Abstumpfung. Es ist dieser Vorgang psychologisch als eine nothwendige und unausbleibliche Folge der ausgebreiteten Sinnesstörungen zu betrachten, wodurch gewissermassen die sämtlichen in die Aussenwelt hineingestreckten seelischen Fühlfäden jäh abgerissen, ihres Zusammenhanges beraubt und so die Aufnahme seelischer Anregung in Form von Empfindungen und Sinneseindrücken und deren Umbildung zu Vorstellungen unmöglich gemacht wurden.

Anatomisch und physiologisch ist der Verlauf in der Weise zu verstehen, dass zuerst grösstentheils die sogenannten Sinnesfelder der Grosshirnrinde in ziemlich rapider Weise zerstört, funktionsunfähig wurden und weiterhin auch die Verbindungssysteme zwischen diesen und den in unmittelbarer Nachbarschaft, zwischen ihnen belegenen sogenannten Assoziationsfeldern fortschreitend degenerirten.

Von einem nicht durch schwere materielle Veränderungen

bedingten (sogenannten „funktionellen“) Nervenleiden — Schreckneurose, traumatische Neurose, Neurasthenie, Hysterie — kann nach dem ganzen Verlaufe, nach der überaus grossen Schwere und Andauer der Symptome, dem Augenbefunde u. s. w. unter keinen Umständen die Rede sein; noch weniger natürlich von einem Verdachte auf Simulation, der sich durch den ganzen Habitus des zur körperlichen und geistigen Ruine gewordenen Patienten ohne Weiteres erledigt.

Wenn nun also auch unbestreitbar ist, dass Kläger an einer schweren organischen, chronisch-degenerativen Gehirnkrankung leidet und durch diese unbedingt als gänzlich und andauernd erwerbsunfähig gelten muss — so könnten doch Zweifel darüber auftauchen, ob die vorhandene Gehirnkrankung als ausschliessliche, unmittelbare Folge des am 14. August 1898 erlittenen Unfalls anzusehen sei, oder ob sie vielleicht anderen, nicht traumatischen (inneren) Ursachen ihre Entstehung verdanke, oder derartige ursächliche Momente wenigstens mitwirkend konkurriren.

In dieser Beziehung ist zunächst das akut stürmische Einsetzen der Hauptscheinungen im unmittelbaren zeitlichen Anschluss an den Unfall nachdrücklich zu betonen. H. war, abgesehen von einer schweren Influenza und darnach für kurze Zeit zurückbleibender nervöser Verstimmlung (im Winter 1895—1896) vor dem Unfall körperlich gesund gewesen, soll nur eine bei besonderen Anlässen sich dokumentirende nervöse Erregung auch späterhin gezeigt haben. Es erscheint ja gewiss nicht ausgeschlossen, dass diese fortbestehende nervöse Disposition etwas dazu beigetragen haben kann, die unmittelbaren Unfallfolgen namentlich nach der Seite ihrer seelischen Rückwirkung hin stärker und ungemehmter hervortreten zu lassen; die mit so elementarer Gewalt einbrechenden initialen Erscheinungen der gegenwärtigen Erkrankung konnten aber dadurch unmöglich hervorgerufen, höchstens unwesentlich modifiziert werden. Man erinnere sich, dass H. den Zeugenaussagen zufolge bei dem Unfälle bewusstlos hinstürzte und sofort über heftige Schmerzen im Kopf klagte; dass bereits wenige Stunden darauf unter schweren Krampferscheinungen sich die Lähmung der rechten Körperseite entwickelte, auch die Störungen des Geruchs und Geschmacks, der Sehverlust auf dem linken, die Einschränkung des Gesichtsfeldes auf dem rechten Auge bei negativem Augenspiegelbefunde — sichere Zeichen zentralen Befallenseins der Sehsphären — zur Ausbildung gelangten; dass in den nächsten Tagen unter öfterem Schwanken der Symptome und periodenweise eintretenden Zuckungen und Schmerzen auch die Gefühlstörungen, die unvollkommene Lähmung der linken Körperhälfte u. w. in ausgesprochener Weise hervortraten. Ein so blitzartig sich vollziehendes Auftreten der schwersten, ausgebreitetsten zentralen Reizungs- und Lähmungserscheinungen bei einem bis dahin relativ gesunden, jedenfalls keine Momente organischer Erkrankung darbietenden Manne und in unmittelbarem zeitlichen und örtlichen Anschluss an eine den Kopf direkt treffende Verletzung kann doch wohl vernünftiger Weise nur mit eben dieser Verletzung, mit dem elektrischen Trauma als solchem, in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden. — Es kommt dazu, dass das Krankheitsbild, auch abgesehen von der Art seines Einsetzens, in seiner späteren Gestaltung ein solches ist, wie es eigentlich keiner bestimmten Form typisch organischer, nicht traumatischer Hirnkrankung entspricht; es zeigt wohl gewisse Aehnlichkeiten und Berührungspunkte mit den Symptombildern, wie sie sich bei chronischen Hirnkrankungen auf infektiöser oder intoxikatorischer (syphilitischer, alkoholischer) Basis, bei disseminirter Herdsklerose, paralytischer Demenz, sekundärer Demeuz noch Herdaffektionen u. s. w. entwickeln können

— ist aber von jedem einzelnen dieser Krankheitsbilder doch wieder grundverschieden, und durchaus eigenartig gestaltet. Am meisten ähnelt es noch dem Bild der sogenannten multiplen (disseminierten) Herdsklerose — und diese Ähnlichkeit ist nicht zu verwundern, weil wir es auch hier augenscheinlich mit einer an mehrfachen, räumlich getrennten Hirnstellen einsetzenden, also „multiplen“ Invasion zu thun haben; aber das hier vorliegende Krankheitsbild lässt doch einerseits manche besonders charakteristische und sozusagen pathognomonische Zeichen der Herdsklerose (wie Augenzittern, Augenmuskellähmungen, eigentliches Intentionszittern u. s. w.) vermissen — andererseits ist es wieder durch das hochgradige und diffuse Befallenwerden der sämtlichen zentralen Sinnessphären und die überaus schwere seelische Mitbetheiligung von dem gewöhnlichen Bilde der Herdsklerose erheblich verschieden.

Dem Einwande, dass die stattgehabte Verletzung nach ihrer Beschaffenheit und Schwere nicht derartig gewesen sein könne, um so intensive und extensive Folgewirkungen zu erzielen — diesem mit den Verhältnissen der Stromstärke, der Stromspannung und der Widerstände im getroffenen Organismus rechnenden Einwande bin ich schon in meinem früheren Gutachten ausführlich begegnet. Ich will an dieser Stelle nur noch hinzufügen, dass, wie es den Anschein hat, im vorliegenden Falle sich die Verhältnisse für eine bedeutende Herabsetzung der Leitungswiderstände und somit für ein beträchtliches Anwachsen der Stromstärke (und Stromdichte) im Körper des Getroffenen verhältnissmässig günstig gestalteten, so dass die ausnahmsweise verderbliche Wirkung des Stromes bei der im Allgemeinen noch nicht als schwergefährlich geltenden Spannung von 500 Volt dadurch dem Verständnisse näher gerückt wird. Wenn nämlich — wie angenommen werden darf — der herabfallende und mit Wucht aufschlagende Leitungsdraht dem H. den Hut (den man ja später auf der Erde fand) vom Kopf schleuderte und also mit dem Schädel direkt in Berührung gelangte, so musste unter dieser Berührung des stromzuleitenden Drahtes mit der (noch dazu vielleicht stark schwitzenden) Kopfhaut sehr bald ein ganz ausserordentliches Herabgehen des Körperwiderstandes und dem entsprechend ein rapides Anwachsen der Stromstärke im Körper erfolgen. Wir sehen, dass unter anderen Verhältnissen schon bei Strömen (Batterieströmen) von höchstens 100 Volt Spannung der Körperwiderstand bis auf 300, ja selbst bis auf 180 Ohm herabsinken kann, während die absolute Stromstärke zwischen 300 und 500 Milliampère beträgt — so bei der (besonders zu gynäkologischen Zwecken geübten) Anwendung der Elektrolyse. Während so der Widerstand der Kopfbedeckung unter obiger Voraussetzung ganz eliminiert wird, kann auch der Widerstand der Fussbekleidung und des Bodens nicht unbedingt als so hoch geschätzt werden, dass dadurch ein gefahrdrohendes Anwachsen der Stromstärke im durchflossenen Körper unmöglich gemacht würde. Ueber die an dem Unfallstage von H. getragene Fussbekleidung war leider ausser der Angabe der Frau, dass ihr Mann Zwirnstrümpfe zu tragen pflegte, etwas Bestimmtes nicht mehr zu ermitteln; doch mögen wir wohl mit der Vermuthung nicht fehlgehen, dass er an dem als heiss geschilderten Augusttage nur leichtes Schuhwerk angelegt hatte und dass dieses sowie die Strümpfe von Schweiss durchfeuchtet sein konnte, woraus eine erhebliche Herabsetzung des Widerstandes resultiren müsste. Was die Bodenverhältnisse anbetrifft, so ist der Ring in L., woselbst der Unfall passirte — wie ich mich bei Gelegenheit meines Besuches überzeugte — mit Steinen gepflastert. Ein solches Pflaster ist aber als verhältnissmässig gut leitend zu betrachten, weil wegen der niedrigen Eigenwärme der Steine sich die Feuchtig-

keit darauf niederschlägt, und auch der zwischen den Steinen befindliche Sand in feuchtem Zustande den Strom gut fortleitet, so dass man diesen bei unipolarer Berührung noch in einer mehrere Meter betragenden Entfernung von den Geleisen zuweilen deutlich empfindet. Es dürfte übrigens nach theoretischen Erwägungen wie auf Grund experimenteller Analogieen mit Sicherheit anzunehmen sein, dass die grösste und wesentliche Schädigung des eingeschalteten Körpers nicht sowohl während des Stromschlusses, sondern vielmehr erst im Augenblick der Stromöffnung — d. h. beim Aufhören der Berührung des herabgefallenen Leitungsdrahtes, zu welcher Zeit der Körperwiderstand schon auf sein Minimum herabgesetzt war — blitzartig plötzlich erfolgte.

Uebrigens fehlt es auch nicht gänzlich an kasuistischen Beobachtungen ähnlicher Art; vgl. z. B. den im Zentralblatt für Augenheilkunde (September 1900) referirten Fall des Dr. Ulbrich, wobei nach Einwirkung des elektrischen Stromes sich in den nächsten Tagen eine Atrophie der Sehnerven und Lähmung der Bewegungsnerven des Auges entwickelte. Mir selbst ist ein dem vorbeschriebenen in mancher Beziehung verwandter Fall, der in der Eyselen'schen Anstalt zu Blankenburg a. H. von Dr. Matthes und Grosch beobachtet wurde, kürzlich mitgetheilt worden.

Immerhin befinden wir uns beim Eingehen auf die Einzelheiten des Entstehungshergangs, wie zugegeben werden muss, vielfach auf schwankendem Boden und müssen das vorhandene unzureichende und lückenhafte Material an manchen Stellen durch mehr oder minder beweiskräftige Vermuthung ergänzen. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass wir in dem Hauptpunkte unserer Sache gewiss sein dürfen — dass nämlich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem jetzigen schweren, die Erwerbsunfähigkeit bedingenden Krankheitszustande und dem Unfalle, der elektrischen Verletzung, unverkennbar und unzweifelhaft obwaltet.

Mein endgiltiges Gutachten auf die Fragen des Beweisbeschlusses vom 18. September 1900 gebe ich demgemäss dahin ab, „dass Kläger zur Zeit dauernd erwerbsunfähig ist und dass diese Erwerbsunfähigkeit nur die Folge des am 14. August 1900 erlittenen Unfalles ist.“

Die Mitwirkung des Kreisarztes auf dem Gebiet der Gewerbehygiene.

Von

Regierungs- und Geh. Medizinalrath
Dr. E. Roth-Potsdam.

(Schluss.)

Um bei solchen Anlagen, welche mit besonderen Gesundheitsschädigungen für die Arbeiter einhergehen, sich einen Einblick in die Art der Einwirkung des Betriebes speziell auf die Arbeiter auch weiterhin zu sichern, empfiehlt es sich, schon im Genehmigungsverfahren die Bedingung zu stellen, dass der Unternehmer in bestimmten Zwischenräumen eine Uebersicht der stattgehabten Erkrankungs- und Todesfälle unter der Arbeiterschaft nach einem zwischen Kreisarzt und Gewerbeinspektor zu vereinbarendem Schema Ersterem einreicht. Da es sich hierbei nicht um Statistiken zu wirthschaftlichen Zwecken handelt, mithin der § 139 b der Gew.-O. nicht in Frage kommt, andererseits den Beschlussbehörden bei der Festsetzung der Genehmigungsbedingungen, soweit sie im Interesse der Sicherheit des Betriebes oder der Arbeiter geboten sind, durchaus selbständig sind, werden der Aufnahme einer solchen Bedingung prinzipielle

Bedenken dann nicht entgegen stehen, wenn die Genehmigung unter Vorbehalt erteilt wurde; andernfalls empfiehlt es sich, um etwaigen späteren Einsprüchen und Beschwerden zu begegnen, wie dies bezüglich der Konzessionsbedingungen im Allgemeinen vor Aufstellung derselben seitens der Beschlussbehörden vielfach geschieht, die vorherige Einverständniserklärung des Unternehmers auch bezüglich dieser Bedingung herbeizuführen. Die Beschaffung einer solchen Statistik wird dann keinen Schwierigkeiten begegnen, wenn für die betreffende gewerbliche Anlage eine besondere Betriebskrankenkasse eingerichtet und der Unternehmer in der Lage ist, sich die erforderlichen Unterlagen durch Vermittelung des Vorstandes der Betriebskrankenkasse zu verschaffen. Anders liegt die Sache, wenn es sich um gewerbliche Anlagen handelt, deren Arbeiter nicht in einer besonderen Betriebskrankenkasse zusammengefasst sind, sondern einer allgemeinen Ortskrankenkasse angehören, deren Vorstände und Aerzte unter Umständen einem solchen Verlangen sich weniger geneigt zeigen werden. Je mehr es dem Kreisarzt gelingt, gegenüber den Aerzten des Kreises eine Vertrauensstellung sich zu sichern, um so eher werden die hieraus unter Umständen entstehenden Schwierigkeiten sich überwinden lassen. Für diese statistischen Unterlagen, die auf die wichtigsten Daten beschränkt bleiben müssen, würden im Allgemeinen folgende Fragen für ausreichend zu erachten sein.

- A. Durchschnittliche Zahl der Arbeiter — der Arbeiterinnen — der jugendlichen Arbeiter.
- B. Zahl der Erkrankungen und Krankheitstage
 - a) für Arbeiter,
 - b) für Arbeiterinnen,
 - c) für jugendliche Arbeiter.
- C. Von den Erkrankten waren beschäftigt:
 - a) bis zu 3 Monaten,
 - b) von 3 bis zu 6 Monaten.
 - c) von 6 bis zu 12 Monaten,
 - d) von 1 bis 2 Jahr u. s. w.;
- D. Krankheits- und Todesursachen, unterschieden
 - a) als spezifische Berufskrankheiten (Anilismus, Blei-, Quecksilber- u. s. w. Vergiftung, Staubinhalationskrankheiten, spezifische Hautkrankheiten, Milzbrand u. s. w.),
 - b) als Krankheiten, bezüglich deren der unmittelbare Zusammenhang mit dem Gewerbebetrieb nicht nachweislich ist, und zwar: 1. Erkrankungen der Athmungsorgane (ausschliesslich der Lungentuberkulose), 2. Erkrankungen der Verdauungsorgane, 3. Lungentuberkulose. 4. Sonstige Infektionskrankheiten. 5. Krankheiten des Nervensystems. 6. Krankheiten der Haut. 7. Sonstige Krankheiten. 8. Verletzungen.

Die Festsetzung der im Einzelfall aufzunehmenden spezifischen Berufskrankheiten richtet sich nach der Art des Gewerbebetriebes. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Grenzen zwischen den spezifischen Berufskrankheiten und denjenigen, bezüglich deren der Zusammenhang nur ein mittelbarer ist, wie beispielsweise in einer grossen Zahl der Fälle von Lungentuberkulose, keine festen sind, und dass jede solche Statistik nur einen ungefähren, durch eigene Beobachtung zu ergänzenden Anhalt bietet.

Nach dem Vorgang der auf Grund der §§ 120e und 139a erlassenen Bekanntmachungen des Bundesraths empfiehlt es sich, die wichtigsten Massnahmen des persönlichen Schutzes der Arbeiter in die Arbeitsordnung aufnehmen (§§ 134a Abs. 1 und b, Abs. 3) oder, falls eine Arbeitsordnung nicht erlassen wird, durch besondere Vorschrift den Arbeitern zur

Pflicht machen zu lassen, ausserdem aber die Arbeiter in kurzgefassten Belehrungen auf die hauptsächlichsten ihnen drohenden Gefahren und deren Vermeidung hinzuweisen. Eine entsprechende Bestimmung ist gleichfalls in die Genehmigung aufzunehmen.

Für eine Reihe gesundheitsschädlicher Betriebe ist schon jetzt eine in regelmässigen Zwischenräumen zu wiederholende ärztliche Untersuchung der Arbeiter vorgeschrieben. Eine solche periodische Untersuchung ist angeordnet für die Arbeiter in Phosphorzündholzfabriken, in Quecksilber-Spiegelbelegen, in Anlagen zur Herstellung elektrischer Akkumulatoren aus Blei oder Bleiverbindungen, in Anlagen zur Herstellung von Alkalichromaten, für die Arbeiter in Zinkhütten und für die in Bleifarben- und Bleizuckerfabriken beschäftigten Arbeiter. Die Zwischenräume, innerhalb deren diese Untersuchungen auszuführen sind, schwanken in den einzelnen Betrieben zwischen einer Woche und drei Monaten. In den vorgenannten Anlagen und ausserdem in Anlagen, in denen Thomasschlacke gemahlen oder Thomaschlackenmehl gelagert wird, sind die Arbeitgeber ausserdem verpflichtet, ein Kontrol-(Kranken-)Buch nach vorgeschriebenem Schema zu führen oder unter ihrer Verantwortung führen zu lassen, das dem Gewerbeaufsichtsbeamten jederzeit zur Einsicht vorzulegen ist. Dieses Krankbuch ist nach der Bekanntmachung vom 8. Juli 1893, betr. Einrichtung und Betrieb von Bleifarben- und Bleizuckerfabriken auf Verlangen auch dem Medizinalbeamten vorzulegen, und das Gleiche schreibt der Min.-Erlass vom 8. Mai 1889, betr. Vorschriften über Einrichtung und Betrieb von Quecksilber-Spiegelbelegen vor. Es ergibt sich hieraus, dass den Medizinalbeamten schon jetzt bezüglich der genannten gewerblichen Betriebe eine Mitwirkung bei der Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter eingeräumt war, wenn auch von dieser Befugnis, soweit bekannt geworden, wohl nur ganz ausnahmsweise bei gelegentlich in Gemeinschaft mit dem Gewerbeinspektor ausgeführten Besichtigungen derartiger Anlagen Gebrauch gemacht worden ist. Für die Zukunft wird es Sache des Kreisarztes sein, bei den in Gemeinschaft mit dem Gewerbeinspektor auszuführenden Besichtigungen sich diese Kranken-(Kontrol-)Bücher in jedem Falle vorlegen zu lassen, um bei dieser Gelegenheit von den vorgekommenen Erkrankungen Kenntniss zu nehmen und etwaige ungenaue Eintragungen richtig zu stellen. Zur Durchführung der im § 92 der Dienstanweisung gestellten Forderungen erscheint weiterhin ein Zusammenarbeiten der Kreisärzte mit den Kassenärzten, speziell solcher Kassen, in denen Arbeiter gesundheitsschädlicher Betriebe versichert sind, unentbehrlich. So lange eine Anzeigepflicht für die gewerblichen Krankheiten im engeren Sinne nicht eingeführt ist, wird der Kreisarzt hinsichtlich der Beurtheilung der Gesundheitsschädlichkeit namentlich solcher Betriebe, für welche die Führung eines Kontrolbuches nicht vorgeschrieben ist, im Wesentlichen auf die durch Vermittlung der Aerzte an Orts- und Betriebskrankenkassen ihm zugehenden statistischen Unterlagen angewiesen bleiben. Auch für diese statistischen Daten wird ein einheitliches Schema zu vereinbaren sein.

Dass der Kreisarzt zur amtlichen Besichtigung gewerblicher Anlagen ohne besondern Auftrag nicht befugt ist, sondern zu diesem Zweck die Mitwirkung der zuständigen Organe, in erster Linie des Gewerbeaufsichtsbeamten, in Anspruch zu nehmen hat, unterliegt nach den Bestimmungen der Gewerbeordnung (§ 139b) keinem Zweifel und hat auch im § 92 der Dienstanweisung für die Kreisärzte entsprechenden Ausdruck gefunden. Die in Gemeinschaft mit dem Gewerbeinspektor vorgesehenen Besichtigungen solcher

Anlagen, von denen Gesundheitsschädigungen zu befürchten sind, bieten ein weiteres Mittel zur Gewinnung sicherer Unterlagen für die Beurtheilung der Gesundheitsschädlichkeit der einzelnen Betriebe. Wie schon seit lange betont, muss das Ziel einer geordneten Fabrikaufsicht ein geregeltes Zusammenwirken der Gewerbeaufsichtsbeamten mit den Gesundheitsbeamten des Kreises sein; denn die Forderungen, welche die Bestimmungen der Gewerbeordnung nach der gesundheitspolizeilichen Seite stellen, haben zu ihrer Durchführung eine sachverständige ärztliche Mitwirkung zur Voraussetzung. Diese Mitwirkung ist besonders nothwendig in solchen Betrieben, wo durch giftige oder staubentwickelnde Materialien, schädliche Gase und Dämpfe, körperliche Ueberanstrengung, hohe Hitzegrade oder gezwungene Körperhaltung die Arbeiter und in besonderem Masse die weniger widerstandsfähigen, namentlich die jugendlichen Arbeiter und die Arbeiterinnen besonders gefährdet sind, und sie ist nicht minder geboten in Bezug auf die Schädigungen der Anwohner und des Publikums und die durch die Fabrikabwässer verursachten Verunreinigungen des Untergrundes und der Wasserläufe.

Neben dem Gewerbeinspektor kommen als Aufsichtsorgane für die unter den § 16 Gew.-O. fallenden gewerblichen Anlagen nach § 139 b Gew.-O. in zweiter Linie die Ortspolizeibehörden in Frage. Zwar besitzen auch die Aufsichtsbeamten bei der Ausübung ihrer Aufsicht alle amtlichen Befugnisse der Ortspolizeibehörden, insbesondere das Recht jederzeitiger Revision der Anlagen, aber ein direktes polizeiliches Eingreifen steht ihnen unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht zu, vielmehr sind Anordnungen zur Durchführung der in den §§ 120 a—c enthaltenen Vorschriften für einzelne Anlagen auf Grund des § 120 d von der Polizeibehörde, für bestimmte Arten von Anlagen gemäss § 120 e vom Bundesrath, den Landeszentralbehörden oder von den Polizeibehörden zu treffen. Polizeiliche Verfügungen, um deren Erlass die Ortspolizeibehörde von dem zuständigen Gewerbeaufsichtsbeamten ersucht wird, sind von dieser binnen zwei Wochen zu erlassen, sofern sie nicht binnen dieser Frist Bedenken dagegen erhebt. In diesem letztern Fall hat der Gewerbeaufsichtsbeamte, falls er die erhobenen Bedenken für unbegründet erachtet, die Entscheidung der höheren Verwaltungsbehörde einzuholen. Nach der Preussischen Ausführungsanweisung vom 26. Februar 1892 (Min.-Bl. f. d. i. Verw., S. 89) ist Voraussetzung für die auf Grund des § 120 d Gew.-O. seitens der Polizeibehörde zu erlassende Verfügung, dass die Massregel, welche angeordnet werden soll, zur Durchführung eines der in den §§ 120 a—c Gew.-O. enthaltenen Grundsätze erforderlich, und dass sie bei der Beschaffenheit der einzelnen Anlage überhaupt ausführbar ist. Bei polizeilichen Verfügungen, die nicht auf Ersuchen des Gewerbeinspektors erlassen werden, hat die Polizeibehörde vor Erlass derselben die gutachtliche Aeusserung des zuständigen Gewerbeaufsichtsbeamten einzuholen. Spricht sich dieser gegen den Erlass der Verfügung aus, so hat die Polizeibehörde den Erlass der Verfügung so lange auszusetzen, bis sie die Zustimmung der höheren Verwaltungsbehörde erwirkt hat. Nur wenn eine dringende, das Leben oder die Gesundheit bedrohende Gefahr zu beseitigen ist, hat die Polizeibehörde ohne Aufschub die erforderlichen Verfügungen zu erlassen und zur Ausführung zu bringen. Hiernach kann die Initiative zu derartigen Verfügungen sowohl von der Ortspolizeibehörde wie von dem Gewerbeaufsichtsbeamten ausgehen, doch ist, abgesehen von dringender Gefahr, das vorherige Einvernehmen beider Organe Voraussetzung, während bei Meinungsverschiedenheiten die höhere Verwaltungsbehörde anzurufen ist. Der formale Erlass und die Durchführung der Verfügung bleibt der Ortspolizeibehörde überlassen.

Ebenso wie der Gewerbeinspektor ist selbstverständlich auch die Polizeibehörde befugt, die Mitwirkung des Kreisarztes in geeigneten Fällen in Anspruch zu nehmen. Abgesehen von der Mitaufsicht, die der Polizeibehörde gegenüber den genehmigungspflichtigen Anlagen zusteht, hat sie der Errichtung von Anlagen, die mit Gesundheitsgefahr für das Publikum verbunden sind, die durch polizeiliche Verbote entgegenzutreten, wie sie auch das auf öffentlichen Strassen, Wegen, Plätzen verkehrende Publikum vor Nachtheilen und Gefahren, wie sie schädliche Dünste, starker Rauch und ungewöhnliche Geräusche mit sich bringen, durch polizeiliche Massnahmen sicher zu stellen hat, Befugnisse, die sich aus den eigentlichen Aufgaben der Polizei auf Grund des § 10, Th. II, Tit. 17 des Allgemeinen Landrechts und des Polizeiverwaltungsgesetzes vom 11. März 1850, bzw. in den neuen Provinzen der Verordnung vom 20. September 1867 ergeben. In gleicher Weise ist die Polizeibehörde befugt, über den § 27 der Gew.-O. hinausgehend durch Spezialverordnungen für alle mit Erregung ungewöhnlichen Geräusches verbundenen Betriebsanlagen vorzuschreiben, dass ihre Einrichtung an Stellen, wo ihr Betrieb Gefahren für die Gesundheit oder Verkehrsbelästigungen mit sich bringt, nicht zulässig ist. (Vergl. Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Bd. IX, S. 373; Bd. XV, S. 433; Bd. XIV, S. 319; Bd. XXV, S. 393; Bd. XXIII, S. 254). In diesen Fällen wie desgleichen in allen denjenigen Fällen, wo es sich um Luftverunreinigungen durch Rauch, Russ, durch widerliche Ausdünstungen u. s. w. handelt, die Gesundheitsgefahren für das Publikum überhaupt oder für bestimmte Bevölkerungskreise herbeizuführen geeignet sind, wird die Polizeibehörde sich der Mitwirkung des Kreisarztes zu versichern haben, der sein Gutachten auf Grund örtlicher Untersuchung und unter Berücksichtigung der in Frage kommenden Personenkreise abzugeben hat, wobei die Kenntniss der einschlägigen Entscheidungen, namentlich des Oberverwaltungsgerichts unerlässlich ist. (Vergl. ausser den oben angeführten Entsch. Bd. XIV., S. 326 u. f.; Bd. XVIII, S. 302; Bd. XXIII, S. 349, 351; Bd. XXXIV, S. 394 und Rechtsgrundsätze des Oberverwaltungsgerichts von Kuntze und Kautz, 1898, Bd. 2, S. 316 u. f.)

Dass die der Polizei durch den § 6 des Polizeiverwaltungsgesetzes vom 11. März 1850 gegebenen Befugnisse über die im § 10 Th. II, Tit. 17 des Landrechts gegebenen nicht hinausgehen, dass insbesondere blosser Belästigungen der Nachbarschaft ein Einschreiten der Polizeibehörden nicht rechtfertigen, sondern nur dann, wenn dadurch die Ordnung, Sicherheit und Leichtigkeit des Verkehrs auf öffentlichen Strassen u. s. w. beeinträchtigt wird, und dass das Zwangs- und Ordnungsrecht der Polizei auf den Schutz des Publikums vor Gefahren sich beschränkt, während es auf dem Gebiet der Wohlfahrtspolizei versagt, darüber lassen die vorliegenden zahlreichen Erkenntnisse des Oberverwaltungsgerichts keinen Zweifel (vgl. Entsch. Bd. IX S. 373 und Bd. XXXV S. 382, s. auch Sammlung gerichtlicher Entscheidungen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes Beilage III, S. 44 u. f.)

Eine Mitwirkung des Kreisarztes bei der Errichtung nicht genehmigungspflichtiger Anlagen kommt nicht in Frage. In Gemässheit des Erlasses des Ministers für Handel und Gewerbe vom 20. Februar 1889 wurden die Polizeibehörden in den einzelnen Regierungsbezirken veranlasst, Baugesuche für solche gewerblichen Anlagen, welche nicht unter den § 16 der Gew.-O. fallen, mit Ausnahme der rein handwerksmässigen Betriebe, vorher dem zuständigen Gewerbeaufsichtsbeamten vorzulegen, um möglichst bei der ersten Anlage Fürsorge zu treffen, dass den Forderungen namentlich der §§ 120 a—c Gew.-O. Rechnung getragen wird. Die Baupolizei ist jedoch nicht in der Lage, die von dem

Gewerbeinspektor für erforderlich erachteten Aenderungen dem Unternehmer als Bedingungen vorzuschreiben, sondern sie kann ihn bei Ertheilung der baupolizeilichen Genehmigung nur darauf aufmerksam machen, dass seitens des Gewerbeaufsichtsbeamten diese Forderungen an die fertige Anlage gestellt werden würden. Eine andere Schwierigkeit liegt darin, dass sich bei der Einreichung der Baugesuche vielfach noch garnicht die Art des Betriebes nach Umfang und Einrichtung übersehen lässt.

Nach dem Vorstehenden wird sich die Mitwirkung des Kreisarztes auf dem Gebiet der Gewerbehygiene, unter Ausserachtlassung der Staatsbetriebe (§ 93 Dienstanweisung), im Wesentlichen auf seine gutachtliche Thätigkeit im Genehmigungsverfahren, weiterhin auf ein geregeltes Zusammenwirken mit den Gewerbeinspektoren und Aerzten gegenüber gesundheitsschädlichen Betrieben im engeren Sinne und drittens auf die Begutachtung gesundheitsschädlicher Einwirkungen gewerblicher Anlagen beschränken, die von ihm seitens der zuständigen Polizeibehörden erfordert werden. Auch in diesem Umfang bedeutet die Mitwirkung der Kreisärzte, in richtiger Weise ausgeübt, einen ausserordentlichen Fortschritt auf dem Gebiet der Gewerbehygiene.

Von einzelnen gewerblichen Anlagen haben ausserdem in der Dienstanweisung für die Kreisärzte besondere Erwähnung erfahren die Schlächtereien (§ 80), bezüglich deren der Kreisarzt die gesundheitspolizeilichen Interessen wahrnehmen soll, und von nicht genehmigungspflichtigen Anlagen die Molkereien (§ 79), die er in Gemeinschaft mit dem beamteten Thierarzt zu beaufsichtigen hat, sowie die Mineralwasserfabriken (§ 81).

Ohne Auftrag und ohne vorheriges Benehmen mit dem Gewerbeinspektor ist der Kreisarzt endlich befugt, in solchen Fällen, wo es sich um Ausbrüche gemeingefährlicher oder übertragbarer Krankheiten handelt, die zu der Betriebsstätte oder dem Betriebe in ursächlicher Beziehung stehen, in gewerblichen Anlagen die erforderlichen Feststellungen zu erheben und entsprechende Anordnungen, bei Gefahr im Verzuge selbständig, andernfalls durch Vermittlung der Ortspolizeibehörde zutreffen. In dieser Hinsicht kommen hauptsächlich Pocken, Milzbrand, Cholera, Pest und Typhus in Frage, deren Einschleppung durch infizierte Hader und Lumpen, Abfälle aller Art, Rosshaare, Felle, gebrauchte Schiffstaue u. s. w. sowie durch Nahrungs- und Genussmittel (ausländisches Getreide, Milch etc.) erfolgen kann und ein unmittelbares Einschreiten des Kreisarztes nothwendig machen. Hievon abgesehen können auch alle sonstigen übertragbaren Krankheiten, wenn sie gehäuft auftreten und eine ursächliche Beziehung zur Betriebsstätte oder dem Betriebe anzunehmen ist, zu einem gesundheitspolizeilichen Einschreiten des Kreisarztes Anlass geben. Ausser solchen Erkrankungen, die wie Typhus, Ruhr u. a. zum Wasser der Betriebsstätte in ursächlicher Beziehung stehen können, würde hieher auch die Lungentuberkulose gehören, und zwar dann, wenn ein gehäuftes Auftreten unter der Arbeiterschaft darauf hinweist, dass die erforderlichen vorbeugenden Massnahmen ausser Beachtung geblieben sind. Auch bei der Ueberwachung der Verunreinigungen der Wasserläufe durch Zuführung schmutziger oder giftiger Abwässer aus gewerblichen Anlagen u. s. w. kann der Kreisarzt zu einem selbständigen Vorgehen sich genöthigt sehen, sobald Missstände zu seiner Kenntniss gelangen (§ 76 der Dienstanweisung).

Schliesslich wird der Kreisarzt gemäss § 92 der Dienstanweisung auch den hausindustriellen Betrieben und den von hier ausgehenden gesundheitlichen Schädigungen seine Aufmerksamkeit zuzuwenden haben, wozu ihn die Ortsbesichtigungen sowie die aus Anlass sanitäts- oder medizin-

polizeilicher Verrichtungen auszuführenden Dienstreisen Gelegenheit bieten. Das Wichtigste bleibt auf diesem sozial ausserordentlich schwierigen Gebiet die Beschaffung einwandfreier Unterlagen für die mit den einzelnen Betrieben verbundenen gesundheitlichen Gefahren und weiterhin die Anregung ihrer Verhütung. Es steht zu hoffen, dass die Bestimmungen des neuerdings dem Bundesrath zugegangenen Entwurfs über die gewerbliche Kinderarbeit ausserhalb der Fabriken bei energischer Durchführung dazu beitragen werden, die körperliche, geistige und sittliche Schädigung des heranwachsenden Geschlechts, die mit dieser Kinderarbeit bisher unzertrennlich verbunden war, mehr und mehr einzuschränken und zu verhüten.*)

Ueber Varicen als Unfallsfolgen.

Von
Dr. Schwarze.

Relativ oft tritt an den Gutachter in Unfallverletzungen die Frage heran, ob Krampfadern durch einen Unfall entstanden oder verschlimmert worden sind. Ich muss gestehen, dass ich in jedem dieser Fälle immer recht unsicher gewesen bin und dass ich deshalb dieser Frage schon seit längerer Zeit meine Aufmerksamkeit geschenkt habe. Mein Interesse wurde durch zwei Umstände um so mehr wach gehalten, als ich bei den Angestellten der Strassenbahn recht viel Krampfadern zu sehen bekomme und auch als Frauenarzt häufig genug damit zu thun habe.

Schwach entwickelte Varicen machen ja allerdings wenig Beschwerden und werden für Rentenansprüche wenig in Betracht kommen, aber andererseits ist es oft auffällig, dass der sichtbare Grad der Entwicklung durchaus nicht der Höhe der geklagten Beschwerden proportional zu sein braucht. Ausserdem muss man sich doch auch vom Gesichtspunkte des Unfallgutachters sagen, dass die gering entwickelten Krampfadern sich mit zunehmendem Alter verschlimmern und dann Grund zu Entschädigungsansprüchen werden können.

Ferner ist der mir vorgekommene Fall zu berücksichtigen, dass alle übrigen Unfallsfolgen z. B. eines Unterschenkelbruchs, verschwunden sein können und nun die Frage auftritt, ob die Rente abgesetzt werden kann oder die natürlich nicht verschwindenden Krampfadern dauernd einer Entschädigung bedürfen.

Stark entwickelte Krampfadern machen nicht nur durch sich selbst, sondern noch mehr durch ihre Folgezustände, die Eczeme, Geschwüre, Schmerzen und Schwäche der befallenen Extremität so hohe Beschwerden, dass sie bei älteren Leuten einen hohen Grad von Erwerbsunfähigkeit bedingen können.

Wenn dann in diesem Stadium noch die Frage des Zusammenhanges mit einem Unfall aufgeworfen wird, dann gehört die Beantwortung derselben zu den schwierigsten des gewissenhaften Gutachters!

Die Entstehung der Krampfadern ist noch nicht in allen Punkten aufgeklärt! Wenn man auch die frühere Theorie der Entstehung allein durch Blutstockung und Stauung in den Venen als ganz beseitigt annehmen muss und die neueren histologischen Arbeiten aktive Wachstumsveränderungen an den Blutgefässen mit Sicherheit bewiesen haben, so sind die feinsten Vorgänge des Beginns und der Art dieser Veränderungen noch nicht in übereinstimmender Weise geklärt. Ich verweise aus der neueren Literatur über diesen Gegenstand auf die Arbeiten von Menahem Hodara (aus Unnas Institut) in der Monatsschrift f. Dermatologie 1898; Scham-

*) Im ersten Theil dieses Aufsatzes findet sich ein sinnentstellender Druckfehler. S. 67, linke Spalte, Z. 7 muss es heissen: „Die Zusammensetzung der Rückstände der Fabriken und der Fabrikabwässer“ etc.

bacher: Aetiologie der Varicen, Deutsche Zeitschrift f. Chir.; Janni: Die feineren Veränderungen der Venen bei Varicen, Langenbeck's Arch. Bd. 61, ohne näher auf sie eingehen zu können.

Dass jedoch die Blutstauung bei der Entstehung dieser Prozesse eine gewisse Rolle spielen muss, halte ich dadurch für bewiesen, dass ich unter den vielen hundert der Fahrer und Schaffner der Strassenbahn kaum Einen kenne, der nicht nach etwa 10 jähriger Dienstzeit Krampfadernprozesse hat. Auch aus anderen Berufen, die mit andauerndem Stehen verbunden sind, zu dem allerdings bei der Strassenbahn noch die dauernde kleinwellige Erschütterung kommt, sind ja ähnliche Erfahrungen längst bekannt.

Ich denke mir mit anderen Autoren den Einfluss des dauernden Stehens und der dadurch bedingten Blutstockung so, dass diese das schädigende Moment abgeben, welches zuerst zu einer Schwächung der Gefässwand und damit zu einer reaktiven Hyperplasie der Elemente derselben führt.

Als ich mich nun in der Literatur der Unfallsheilkunde über die mich beschäftigende Frage des Zusammenhangs der Varicen mit Unfällen zu orientiren suchte, war ich zunächst recht enttäuscht. Die Bücher von Thiem und Golebiewski enthalten darüber eigentlich Nichts und auch die zweite Auflage des Becker'schen Lehrbuchs fertigt die Sache mit einigen allgemeinen Zeilen ab. Die neue Auflage beschäftigt sich eingehender mit der Frage, aber doch nicht erschöpfend und in einer Form, dass Jemand, der sich für einen konkreten Fall belehren will, jedenfalls nicht auf seine Kosten kommen wird.

Am klarsten und bestimmtesten ist die Arbeit von Paul Wagner-Ostnitz über unseren Gegenstand in No. 11, 1899 dieser Zeitung. Sie stammt aus der Poliklinik Professor von Lessers, der durch seine hierhergehörigen Arbeiten über den Zusammenhang zwischen Krampfadern, Plattfuss und Schweissfuss sicher einer der kompetentesten Kenner ist. Wie der allgemeine Theil dieser Arbeit Allen zu empfehlen ist, die sich über diese Fragen orientiren wollen, so sind auch die Schlüsse, die Wagner zusammenfasst, ohne Weiteres zu unterschreiben.

Ich setze sie hierher, weil sie mit meinen Erfahrungen übereinstimmen, aber ich bin genöthigt, sie noch zu erweitern und noch andere Folgerungen zu ziehen, welche, soweit ich weiss, bisher noch nicht gezogen worden sind. Ich habe nämlich seit Jahren versucht, Fälle von Krampfadern, die ich nach Unfällen gesehen habe, weiter zu beobachten und zu sehen, was daraus geworden ist und ich glaube, dass darin der Werth meiner Beobachtungen, die ich unten anführen werde, liegt. Es ist in diesen Fällen die Kontinuität von der ursprünglichen Verletzung an bis zur Entwicklung definitiver Unfallsfolgen mit Krampfadern z. Th. durch mehrere Jahre hindurch zu verfolgen, also ein Zweifel des Zusammenhangs mit dem Unfall nicht gut möglich.

Wagners Schlüsse sind folgende:

1. Varicen als solche können durch ein Trauma nicht entstehen.

2. Vorhandene Varicen können die Folgen eines Unfalls schwerer gestalten.

3. Vorhandene Varicen können durch die bei der Behandlung nothwendigen therapeutischen Massnahmen in ihrer Entwicklung beschleunigt werden.

Hierunter versteht Verfasser, dass durch längere Bettruhe oder Kontentiv-Verbände in der betroffenen Muskulatur durch die Verlangsamung der Zirkulation ein Zustand von Inaktivitätsatrophie hervorgerufen wird. Bestehen nun bereits Varicen in der Muskulatur, die

gleichfalls zur Atrophie derselben führen, so wird sich unter diesen Umständen dieselbe um so schneller und intensiver einstellen.

4) Die durch den Unfall beschleunigte Entwicklung der Varicen begünstigt in geeigneten Fällen die Entstehung des Plattfusses (seltener des Schweissfusses).

5. Bei der Beurtheilung des durch einen Unfall verursachten körperlichen Schadens resp. bei der Feststellung der Höhe der Erwerbsunfähigkeit nach einem Unfälle dürfen vorhandene oder nach dem Unfälle im Verlaufe der Krankheit entstandene Varicen nicht etwa in Abzug gebracht werden, sondern müssen im Gegentheil als die Folgen des Unfalls erschwerende Momente in Betracht gezogen und in entsprechender Weise gewürdigt werden.

Als Typus für derartige Fälle möchte ich folgenden kurz hierher setzen:

W., Arbeiter, langer magerer Mann mit schlechter Muskulatur. 19. Februar 1896 Bruch oberhalb beider Knöchel. 22. Mai bei Entlassung aus dem Krankenhause keine Varicen. 25. August 1896 bei Entlassung aus der medico-mechanischen Behandlung undeutliche Krampfadern am verletzten Unterschenkel; beginnt zu arbeiten.

26. November 1896 stärkere Entwicklung der Varicen.

12. Mai 1897 sehr starke Varicen.

27. Mai 1898 so hochgradig entwickelte Varicen, dass der Mann behauptet, nur noch wenig im Stehen und Gehen arbeiten zu können.

Wagner spricht in seinen Folgerungen immer nur von Verletzungen, durch welche 1. die Varicen sich an dem verletzten Beine entwickelt haben und 2. durch welche das später varicös entartete Glied direkt getroffen worden ist.

Ich bin aber in der Lage

1. Fälle aufzuweisen, in denen der Unfall gar keine direkte Verletzung der Theile eines Beins bewirkt hat, an denen sich nachher allmählich die Varicen einfanden!

Derartige Beobachtungen sind folgende:

a) J., 51jähriger Arbeiter, sehr kräftig, stürzt mit einer Leiter zusammen von ca. 5 m Höhe, kommt aber auf seine Füsse zu stehen. Keine äussere Verletzung; liegt fünf Wochen und nimmt dann leichte Beschäftigung auf. Drei Monate nach dem Unfall rechts Varicen vom Fuss bis zum Oberschenkel mit erheblichen Beschwerden, links keine Spur von Varicen; giebt mit Bestimmtheit an, früher nie etwas von Varicen an seinem Beine gesehen und nie Beschwerden gehabt zu haben.

b) Rollkutscher F., 48 Jahr alt, hat die letzten 15 Jahre als Rollkutscher die schwerste Arbeit geleistet und auch dabei die üblichen hohen Stiefel getragen. Am 30. März 1897 Quetschung beider Kniee durch auffallende Kisten. Hämarthros des einen Knies durch Punktion entleert, liegt bis 13. Mai. Zu diesem Zeitpunkt hochgradigste Varicen mit Braunfärbung der Haut und Eczemen, hartem Oedem der Sprunggelenke. Unfähig zu jeder schweren Arbeit.

c) Arbeiter S., am 22. Februar 1897 Fall auf das rechte Knie auf einer Treppe. 14 Tage Bettruhe. Als unmittelbare Unfallsfolge nur geringer Erguss und am 15. Mai nur noch etwas Kapselverdickung. Am linken Bein sollen schon vor dem Unfall Varicen bestanden haben, am rechten aber nicht. Drei Monate nach dem Unfälle unterhalb des rechten Knies ein daumendicker Varix mit beginnender Verhärtung der Wand und erheblichen Beschwerden.

2. habe ich drei Fälle beobachtet, in denen Varicen am anderen, gar nicht vom Unfall betroffenen Beine entstanden sind bezw. sich so verschlimmert haben, dass ich sie ebenfalls als Unfallsfolgen ansprechen und bei der Rentenfeststellung mit in Betracht ziehen musste.

a) Arbeiter F., am 26. Juli 1900 offener Quetschbruch des rechten Schienbeins, am 29. Oktober extra notirt „links geringe Krampfadern, rechts noch Oedem, daher kein sicheres Ergebniss bezüglich Krampfadern“. Am 12. Februar 1901 links starke Krampfadern. auch rechts geringere.

b) Streckenarbeiter F., 31 Jahr alt, am 13. August 1898 Quetschung des rechten Oberschenkels mit folgender Eiterung, Inzisionen und vierwöchiger Bettlage. Am 16. September 1898 Inzisionen vernarbt, keine Varicen. Am 3. November 1898 Varicen am linken Unterschenkel, rechts keine sichtbaren. Am 3. Februar 1899 Varicen links ziemlich stark, rechts einige Andeutungen.

c) W., Offiziersaspirant. Mitte 1899 rechter Oberschenkelbruch, der ideal heilt, keine Varicen. Mitte 1900 links starke Varicen, rechts kaum Andeutungen.

Wie muss man sich in diesen Fällen die Ursachen der Varicenbildung vorstellen? Es ist bekannt, dass für den Rückfluss des venösen Blutes die Muskelbewegungen eine sehr erhebliche Rolle spielen! Bei einem längeren Krankenlager fehlen diese natürlich grösstentheils und der Tonus der Muskulatur im Allgemeinen, speziell aber auch der Gefässmuskeln leidet erheblich. Ferner wird beim Aufstehen selbstverständlich für eine gewisse Zeit das erkrankte Bein geschont und das gesunde überanstrengt durch stärkeres Stützen auf dasselbe. Alle diese Umstände vermehren die Schwächung der Gefässmuskeln, bedingen eine gewisse Stockung des Blutstromes und führen durch die uns noch unbekannten Ursachen zu den erst passiven, dann aktiven Veränderungen, welche man dann schliesslich als Krampfadern bezeichnet.

Voraussetzung für diese Entstehungsart ist natürlich ein längeres Krankenlager, während sie für ein nur kurzes nicht zutrifft, und deshalb möchte ich von vornherein für alle die Fälle, in welchen Varicen nach einem kurzen Krankenlager aufgetreten sein sollen, grosse Bedenken geltend machen! Ich habe keine Fälle beobachtet, in denen etwa nach Verletzungen anderer Körpertheile als der Beine Varicen bei einem langen Krankenlager entstanden sind, also z. B. nach Brustquetschungen, Kopfverletzungen u. s. w., aber theoretisch könnte ich mir nach meinen oben entwickelten Ansichten sehr wohl eine derartige Entstehung denken!

Wann man ein Krankenlager als „langes“ bezeichnen soll, ist natürlich nicht in absoluten Zahlen auszudrücken. Eine kräftige Muskulatur eines jungen Mannes, mit gesunden Blutgefässen, wird ohne erhebliche Schädigung ein sehr viel längeres Krankenlager aushalten, als die schlaffe Muskulatur eines älteren Alkoholikers mit schon geschädigten Blutgefässen. Nach diesen Gesichtspunkten muss man in jedem einzelnen Falle die Entscheidung treffen!

Es taucht natürlich die weitere Frage auf, bis zu welchem Zeitraum nach einer Verletzung man denn später entdeckte Varicen mit derselben noch in ursächlichen Zusammenhang bringen soll? Ich kann mir z. B. folgenden Fall denken: Ein Mann mittlerer Jahre zeigt etwa drei Jahre nach einem Beinbruch, der etwa zwei Jahre lang eine Rente erforderte, Varicen vom früher verunfallten, jetzt aber sonst wieder gesunden Beine. Sind diese nun noch Unfallsfolgen oder wären sie auch ohne den Unfall entstanden? Noch schwieriger wird die Frage, wenn die Varicen nicht am verunfallten sondern am anderen Beine auftraten! Trotz vieler Ueberlegung bin ich zu einer einfachen und absoluten Beantwortung dieser Frage nicht gekommen. Ich glaube aber doch, dass man im Spezialfall durch folgende Erwägungen sich leiten lassen kann. Es ist doch von vornherein sehr unwahrscheinlich, dass diese Zustände, die eine dauernde Schädigung bezw. Veränderung der Gefässe darstellen, sich nicht schon zu einer Zeit gezeigt haben sollten, in der die Schwächung am stärksten war, also bald nach dem Aufstehen vom Krankenlager bezw. in den ersten Perioden der wieder aufgenommenen Arbeit. Dass sie also nicht erst auftreten, wenn sich die Muskulatur schon wieder gekräftigt bezw. sich wieder hergestellt hat. Ich weiss allerdings sehr wohl, dass tiefe Varicen sehr lange gar nicht zu diagnostizieren sind, so lange sie noch in der

Muskulatur sitzen, aber andererseits sind dann doch wohl immer wenigstens einzelne derartige Bildungen auch in der Haut zu erkennen. Ohne deshalb auch hier ein bestimmtes Zeitmass feststellen zu können, wird man doch sagen müssen, dass, wenn mehrere Jahre lang nach einem Unfall, der im Uebrigen keine weitere Folgen hinterlassen hat, sich keine Varicen gezeigt haben, spätere nicht mehr als Unfallsfolgen aufzufassen sind.

Bestehen noch nach Jahren Unfallsfolgen an einem Beine, welche Schwächezustände desselben bedingen, also z. B. Muskelschwund, Hinken, Verkrümmungen etc., etc. so wird man auch nach längeren Zeiträumen auftretende Varicen als Verschlimmerungen des Unfalls ansehen müssen.

Aus diesen Ueberlegungen folgt die praktische Konsequenz, bei jeder Beinverletzung eine Notiz über etwa vorhandene Krampfadern aufzunehmen und bei jeder späteren Untersuchung bis zum Eintritt definitiver Verhältnisse wieder auf diesen Punkt zu achten, sodass die Kontinuität festgestellt werden kann, die auch bei späterer Beurtheilung dann die Schwierigkeiten aufheben wird.

Ich fasse mich zu folgenden Schlüssen zusammen:

1. Die Folgerungen Wagners muss man festhalten und voll anerkennen.

2. Man muss die Wahrscheinlichkeit zugeben, dass Varicen auch Unfallsfolgen sein können, wenn gar keine direkte Verletzung am Unter- oder Oberschenkel gesetzt worden ist.

3. Varicen können nach Verletzungen eines Beines auch am Anderen entstehen, bezw. können sich an diesem Beine schon bestehende Varicen so verschlimmern, dass sie bei der Rentenabschätzung berücksichtigt werden müssen.

Bedingung dabei ist, dass die Verletzung ein längeres Krankenlager veranlasst hat, welches für die Schwächung des gesunden Beines verantwortlich gemacht werden kann. Ohne ein solches ist der Zusammenhang sehr zweifelhaft.

4. Nach jeder Beinverletzung muss der Gutachter auf etwa vorhandene Varicen oder auf Anlage dazu an beiden Beinen achten und den Befund verzeichnen. Bei jeder späteren Untersuchung ist dies zu wiederholen.

5. Varicen, welche erst auftreten, nachdem alle anderen Unfallsfolgen verschwunden und normale Verhältnisse wieder eingetreten sind, kann man nicht mehr als Unfallsfolgen ansehen.

6. So lange noch nach einem Unfälle Folgen bestehen, die eine Schwächung des kranken und somit eine Ueberanstrengung des gesunden Beines bedingen, wird man auch nach Jahren entstehende Varicen als Verschlimmerung der Unfallsfolgen ansehen müssen.

Aus dem Stadtspital in Banjaluka (Bosnien). Bericht über Bauchwandbrüche nach Ochsenhornstoss, zugleich ein Beitrag zur Volksmedizin in Bosnien.

Von
Dr. Ignaz Knotz,
Leiter des obigen Spitalles.

Die nachfolgenden zwei Fälle, welche bei gemeinsamer Aetiologie auch manche Aehnlichkeit im Verlaufe zeigen, eignen sich zufolge interessanter Einzelheiten des Befundes und Verlaufes zu einer kurzen Mittheilung.

I. Prot. No. 959/1895.

Todora Z., 40 Jahre alt, aus Petricevac bei Banjaluka, erhielt um den 20. Juni 1895 einen heftigen Ochsenhornstoss gegen die rechte Bauchhälfte, wo sich in Nabelhöhe auf der Haut zwar ein Quetschungszeichen, jedoch keine Perforation fand; gleichzeitig wurde aber die darunterliegende Bauchmuskulatur circa guldengross derart stumpf durchtrennt, dass sich ein kindskopfgrosses Darmkonvolut durch die Muskellücke unter die Haut vordrängte und in dieser Lage nun auch verblieb.

Status bei der Spitalsaufnahme am 22. Juli 1895: Schwächliches, elend genährtes Weib mit welken, schlaffen Hautdecken; Puls sehr schwach, Temperatur 38,2.

Auf der rechten Bauchhälfte wölbt sich in Nabelhöhe eine kindskopfgrosse Geschwulst vor; unter der schlaffen Haut kann man aus den peristaltischen Bewegungen und den Konturen geblähte Darmschlingen erkennen, deren Inhalt sich durch die guldengrosse Bruchpforte zwar bauchwärts zu ausdrücken lässt, welche aber selbst mit der Haut und untereinander derart verwachsen sind, dass ihre Zurückdrängung in die Bauchhöhle nicht gelingt.

Der Unterleib im Uebrigen nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich. Kein Einklemmungszeichen.

Die seit dem Unfall bestehende Stuhlträgheit wird durch Oeleingiessungen behoben. Danach am 23. und 24. Juli normale Temperaturen.

Den Vorschlag, nach Besserung des Allgemeinbefindens die Radikaloperation vornehmen zu lassen, beantwortet P. mit dem sofortigen Austritt aus dem Spital (24. Juli 1895).

II. Prot. No. 587/1901.

Janja P., 30 Jahre alt, aus Becac, Bezirk Banjaluka, wollte am 15. Juli 1901 Abends einen kräftigen Ochsen mit einem Seil, das ihm schon um die Hörner geschlungen war, an einen Pflock fesseln. Das hierüber aufgebrachte Thier raunte nun der nur mit einem Hemd bekleideten Frau ein Horn in den Unterleib, hob sie damit in die Höhe und schleuderte sie angeblich in einem Bogen circa 5—6 m weit von sich weg, so dass sie auf den Rücken auffiel. Als sie sich aufsetzen wollte, bemerkte sie, dass aus einer Risswunde, die vom Schamhügel nach links und oben verlief, ein mannskopfgrosses Konvolut von Därmen vorgefallen war; sie erbrach mehrmals und musste nach Hause getragen werden.

Da ärztliche Hilfe, wenn sie überhaupt erreichbar gewesen wäre, in dem einsamen, weit abgelegenen Dorfe frühestens erst in 1—2 Tagen hätte eintreffen können, so berathschlagten nun die Angehörigen und Nachbarn über das weitere Vorgehen. Man war, eingedenk früherer ähnlicher Fälle, bald darüber einig, dass die Frau sterben müsste, wenn die Därme bis zum nächsten Morgen unbedeckt blieben und entschloss sich daher, die Haut über den Därmen zu vernähen.

Ein Schwager der Verletzten und eine Nachbarin reinigten sich nun die Hände, der Schwager fettete die Finger mit Schweinefett ein und brachte die Därme mit möglichster Schonung in die Bauchhöhle zurück, während die Nachbarin bei Lampenlicht $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Verletzung mit gewöhnlicher Nadel und schwarzer Seide die circa 12 cm lange Risswunde der Haut durch Nähte verschloss. Hierauf wurde die Wunde mit Speck bestrichen, dann ein in Fett ausgebackenes Eiklar auf die Nahtlinie gelegt und ein Verband gemacht.

Pat. erbrach noch durch 2 Tage und konnte nichts zu sich nehmen, erst am 4. Tag nahm sie etwas Milch, welche laut Vorschrift nun durch einen Monat ihre einzige Nahrung

bildete. Am 4. Tage erfolgte der erste Stuhlgang, seither jeden 2. Tag eine Darmentleerung.

Der Verband bestand vom 2. Tage an aus aufgelegten Kräutern. Die Naht heilte unter Eiterung, die Nähte stiessen sich hierbei ab. Zu Auftreibung oder Druckempfindlichkeit des Bauches kam es während des ganzen Verlaufes nicht.

Nach einem Monat durfte die Pat. zum ersten Mal aufstehen, hierbei bemerkte sie, dass ihre Gedärme „nicht ordentlich drinnen“ waren, es kam ihr vor, „als ob die Gedärme herausfallen wollen“, auch wurden die Zwischenräume zwischen den einzelnen Stuhlentleerungen immer grösser (3—5 Tage); sie suchte daher das Stadtspital auf, wo eine circa 12 cm lange von der Symphyse parallel mit dem 1. Poupartschen Bande nach oben und aussen ziehende, in ihrem oberen Theile bewegliche, in ihrem unteren Theile fixirte, 1—2 cm breite Narbe vorgefunden wurde, an welche sich über der Symphyse eine quergestellte noch granulirende 3 bis 4 cm lange, 1—3 cm breite Wundfläche anschloss.

Darunter sind deutlich zwischen den dünnen Hautdecken und den Bauchmuskeln die Konturen eines kindskopfgrossen Darmkonvolutes zu sehen, welches zwar selbst irreponibel ist, dessen Inhalt aber unter Gurren sich bauchwärts drücken lässt. Unter dem oberen Ende der Narbe fühlt man in der Bauchmuskulatur eine über guldengrosse Oeffnung.

Im Uebrigen bot die grosse, gut genährte, kräftige Frau normalen Befund bis auf eine Grovidität in den ersten Monaten.

Nach Ueberhäufung der granulirenden Wundfläche und nach Ueberwindung verschiedener äusserer Schwierigkeiten konnte ich am 19. Oktober 1901 unter Assistenz des Herrn Dr. Pravdic zur Radikaloperation schreiten.

In Kokainanaesthesia wurde theils im Gebiete, theils ausserhalb der Narbe ein 12 cm langer Hautschnitt angelegt und noch 8 cm über die Narbe hinaus verlängert.

Wir hatten gehofft, dass sich die bestehenden Verwachsungen der Darmschlingen mit der Umgebung und untereinander ziemlich leicht und zumeist stumpf werden lösen lassen; leider waren die Verwachsungen der circa 80 cm langen Schlinge zumeist so derb, dass sie nur mit Messer oder Scheere gelöst werden konnten, wobei wir trotz aller Vorsicht wiederholt in die Muskelschichten des Darmes gelangten.

Nach mühevoller Lospräparirung wurden dann die tiefer lädirten Darmwandtheile eingefaltet und übernäht, der ganze Darm in die Bauchhöhle reponirt und die Bauchmuskelöffnung nach Anfrischung schichtenweise fest vernäht. Nach Verkleinerung der übermässig gedehnten Hautdecken Naht und Verband; 8 Tropfen Tinct. opii.

Abgesehen von geringen Temperatursteigerungen in den ersten 2 Tagen fieberloser Verlauf. Am 25. Oktober 1901 trat Abortus ein, seither keine weitere Störung. Der Stuhlgang erfolgt seit der Operation ohne Laxans regelmässig, subjektiv und objektiv ist das Befinden sehr zufriedenstellend, sodass Pat. am 19. November 1901 mit fester Narbe, an Stelle des geheilten Bauchbruches, entlassen werden konnte.

Laut eingelangten Berichten befindet sich die Frau dauernd wohl.

Wie ein Rückblick auf die eben mitgetheilten Fälle lehrt, kamen beide durch Ochsenhornstoss zu Stande, eine hier zu Lande relativ häufige Aetiologie von Verletzungen.

Dass, wie in Fall I, die schlaffe, äusserst dehnbare Haut sich wie ein Handschuhfinger der Hornspitze anlegte, ohne zu reissen, während die Bauchmuskeln auseinanderwichen, dürfte nicht sehr häufig beobachtet worden sein und daher die Gerichts- und Unfallärzte interessieren.

Im Falle II bestand wohl eine Hautwunde mit Eröffnung der Bauchhöhle, sie wurde aber vernäht und von da ab ist eigentlich der Verlauf beider Verletzungen recht ähnlich.

Es bildete sich zwischen Haut und Muskelschicht zwar keine echte Hernie, aber doch eine Vorlagerung von Därmen, welche in Folge entzündlicher Verklebungen und später immer derber und inniger werdender Verwachsungen irreponibel wurde und nebst Schmerzen, hauptsächlich Störungen der Darmentleerung verursachte, Störungen, welche im Falle I zu schwerer Entkräftung führte, im Falle II jedoch durch die Radikaloperation vollkommen und dauernd behoben wurde. Es verlohnt sich, noch einen Blick auf die Behandlung der zweiten Verletzung seitens der bosnischen Landleute zu werfen.

Wer Freude an der Geschichte der Medizin hat, für den bietet ja überhaupt Bosnien ein interessantes Nebeneinander von modernem ärztlichen Handeln und ursprünglicher, auf vielhundertjähriger Ueberlieferung beruhender Volksmedizin, welche sich in der jahrhundertlangen, ärztlosen Zeit in gewissen Theilen des Landes ausgebildet hat. Namentlich die Wundbehandlung (Belassung unter dem Blutschorf oder Verband der Wunde mit ausgebackenem Eiklar oder mit ausgeglühtem Holzkohlenpulver, der Granulationen mit gewissen Blättern, praktische Schienenverbände bei Knochenbrüchen, Diätvorschriften u. s. w.) sticht vortheilhaft von Verbänden mit allerlei ekelhaften Dingen ab, die ich in alten Kulturländern auf Wunden sah.

Der rasche Entschluss, vollends die vorgefallenen Därme wenigstens mit Haut zu bedecken, „weil ein längeres Freiliegen den Tod der Verletzten zur Folge hätte“, ferner die Wundnaht mit Seide, der Verband, die Diät, die Anordnung von langer Bettruhe, Alles spricht für gute Beobachtung früherer Fälle und Verwerthung der gemachten Erfahrungen.

Wenn man auch die operirenden Bauern nur mit dem Hinweise auf die Unmöglichkeit, ärztliche Hilfe genügend rasch zu beschaffen, entschuldigen könnte, so muss doch zugegeben werden, dass durch das eben geschilderte Vorgehen das Leben der Verletzten gerettet wurde.

Referate.

Chirurgie.

Ein Fall von *Luxatio claviculae sternal. duplex congenita*.

Von Prof. F. Klaussner-München.

(Münch. med. Wochenschr. 1901, No. 29.)

Die Verbildung hindert die 14jährige Patientin in keiner Weise an der Verrichtung jeglicher häuslicher Arbeit.

Seelhorst.

Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgezustände.

Von Dr. W. Körte und Dr. J. Herzfeld.

(Archiv f. klin. Chirurg. Bd. 63, H. 1.)

Im Allgemeinen gehört die Behandlung der Anfangsstadien des Magengeschwürs dem Bereiche der inneren Medizin an, während der Chirurg in dieser Zeit nur ausnahmsweise Veranlassung hat, einzuschreiten, sein Gebiet sind die Folgezustände, welche sich im Spätstadium der Erkrankung zeigen.

Die Hauptindikation für einen chirurgischen Eingriff wird stets durch die Pylorusverengung in Folge schrumpfender Narben und die daraus entstehende Magenerweiterung gegeben. Auch eine Pylorusstenose durch vernarbte oder noch theilweise offene Geschwüre kann eine Indikation abgeben, etwas seltener geben offene Geschwüre dadurch Anlass zur Operation,

dass sie trotz fortgesetzter innerer Behandlung nicht heilen. Ebenso, wie die Narben der Schleimhaut, können auch Adhaesionen der serösen Magenoberfläche, welche durch Fixation des Organes lebhaft Beschwerden machen, eine operative Lösung erfordern. Die Perforation des Magengeschwürs in die freie Bauchhöhle oder im günstigeren Falle in den subphrenischen Raum ist unbedingt eine Indikation zur sofortigen Operation.

Ein Vergleich zwischen den Resultaten der internen und chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs ist nicht statthaft; denn der chirurgische Eingriff bleibt stets für den Rest der Fälle reservirt, welche der internen Medikation widerstehen. Der langsame Vernarbungsverlauf bedingt, dass mancher Fall, der aus der internen Behandlung als geheilt entlassen wird, nach Jahr und Tag erst seine Stenose bekommt und dann erst dem Messer des Chirurgen verfällt. Auf Körtes Abtheilung wurden in 10 Jahren 38 Fälle wegen gutartiger Pylorusstenose resp. Magengeschwürs operirt, davon betrafen 20 männliche, 18 weibliche Kranke, obwohl sonst bestimmt mehr Weiber wie Männer an Magengeschwüren leiden.

Als Ursache des Magengeschwürs war einmal ein Trauma anzuschuldigen, der Kranke war aus einer Höhe von 3 Meter auf eine Brettkante aufgeschlagen, bei der Operation fanden sich starke perigastrische Adhaesionen in der Pylorusgegend, die eine Pylorusstenose hervorriefen. In drei Fällen hatten durch das Trinken ätzender Flüssigkeiten Geschwürsbildung und Narbenschumpfung am Pylorus stattgefunden, in einem Falle hatte eine Cholelithiasis mit starker Pericholecystitis zur narbigen Pylorusverengung geführt. Nur in 18 von den operirten Fällen bestand zur Zeit der Operation noch ein offenes Geschwür, in den übrigen Fällen hat nur die Narbenschumpfung zur Verengung des Lumens geführt.

Die Dauer des Leidens war bei den Meisten eine sehr beträchtliche, bei Manchen bis zu 20 und 30 Jahren, die Ernährung hatte bei allen Kranken stark gelitten, einige zeigten sehr hohe Grade der Inanition, Magenschmerzen und Erbrechen fehlten fast bei keinem, Haematemesis oder Blutabgang mit dem Stuhle hatten bei 18 Kranken zu verschiedener Zeit stattgefunden. Es bestand eine Stenose des Pylorus und Dilatation des übrigen Magens 32 Mal bei den 38 Fällen; Stenose ohne erhebliche Dilatation wurde nur 3 Mal gefunden und dies bei jugendlichen Kranken. Bei vier Patienten bestand neben der Dilatation eine mehr oder weniger starke Gastropse, die kleine Kurvatur zeichnete sich in Nabelhöhe ab, die grosse reichte bis zur Spinallinie.

Die Diagnose ist in den typischen Fällen leicht zu stellen aus der Anamnese, dem Erbrechen, den Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme, der Dilatation des Magens und aus deutlicher oder verstärkter Salzsäure-Reaktion. Beim Fehlen der Dilatation kann es schwierig sein, eine „nervöse Dyspepsie“ auszuschliessen. Blutbrechen ist ein sehr wichtiges Symptom für die Ulcusdiagnose, ihr Fehlen beweist aber nichts gegen das Vorhandensein eines Geschwürs. Die Hauptindikation zur Operation hat in Körtes Fällen die Pylorusverengung gegeben, welche sich meist durch copioses Erbrechen und den Nachweis der motorischen Insuffizienz dokumentirte. Sobald hierdurch ein mechanisches Hinderniss festgestellt war, lag die strikte Indikation vor, durch eine Operation das Hinderniss zu beseitigen; denn eine Magendilatation in Folge narbiger Verengung ist durch innere Mittel nicht heilbar. Eine relative Indikation zur Operation können aber hochgradige Ulcusbeschwerden allein geben, wenn das Geschwür am Pylorus sitzt und beim Passiren des Mageninhaltes jedesmal zu krampfhaften Schmerzen Veranlassung giebt.

Häufig sich wiederholende kleinere Blutungen, die allmählich das Bild einer chronischen Anaemie hervorrufen, sind eine

absolute Indikation zur Operation, einmalige copiöse Blutungen bieten dagegen nur mässige Chancen für eine lebensrettende Operation, weil es sich dabei meist um tiefgreifende, in die Nachbarorgane eingedrungene, ulzeröse Prozesse handelt.

Bei Perforationen des Magens muss sobald wie irgend möglich operiert werden, ohne Rücksicht auf den Shok, denn die Reinigung der Bauchhöhle ist das beste Mittel gegen den Shok.

Der Normaleingriff bei den Folgezuständen des Magengeschwürs ist die Anlegung der Magendarmfistel, die Körte jetzt meist nach der Hacker'schen Methode ausführt. Auch da, wo wegen andauernder und hochgradiger Ulcusbeschwerden, wegen Schmerzen und häufigeren kleineren Blutungen operiert werden muss, ist die Resektion nur in selten Fällen ausführbar, dann allerdings die radikalere, aber auch eingreifendere Behandlung.

Häufiger kommt auch dort die Gastroenterostomie in Betracht, welche die Heilung des Magengeschwürs mächtig unterstützt. Noch mehr wird man für die ungefährlichere Gastroenterostomie dadurch bestimmt, dass in den Fällen, in denen Hyperacidität weiter besteht, selbst trotz vorausgegangener Resektion des Ulcus, Rezidive im Magen und Jejunum nicht ausgeschlossen sind. Stabel.

Ueber den Shok, namentlich nach Kontusionen des Bauches.

Von Dr. Seliger, Kreiswundarzt in Schmiedefeld.

(Prager medizinische Wochenschrift, 1900 und 1901, Sep.-Abdr.)

S. macht mit Unterstützung eines umfangreichen Literatur-Materials den verdienstvollen Versuch, das dunkle Gebiet des traumatischen Shoks weiter einzuengen. Er spricht für einen Theil derjenigen Fälle, in denen der Tod kürzere oder längere Zeit nach einer stattgehabten Bauchkontusion auftrat, ohne dass sich den Tod genügend erklärende Veränderungen an den Baucheingeweiden auffinden lassen, eine akute peritoneale septische Infektion als Todesursache an. Diese zeigt an der Leiche nicht den typischen Befund einer septischen Peritonitis; die Virulenz ihrer Erreger war vielmehr eine so immense, dass der Tod eintrat, bevor das Bauchfell auf den Entzündungsreiz reagieren konnte.

Verfasser unterzieht eine grössere Anzahl einschlägiger in der Literatur niedergelegter Krankengeschichten mit Sektionsbefund einer eingehenden Kritik und kommt zu dem Schluss, dass nicht, wie von den betreffenden Autoren angenommen, der Shok oder etwa vorgefundene Blutungen den Tod herbeiführten, sondern die peritoneale Infektion. Die Unterscheidung dieser drei Krankheitszustände unter einander ist intra vitam oft ausserordentlich schwer, da sie in ihren wesentlichsten Punkten (Schmerzen im Leib, Erbrechen, Meteorismus, Störungen des Bewusstseins, Facies Hippocratica, Puls, Temperatur) dasselbe Bild zeigen können. Es kommt noch hinzu, dass einerseits die Erscheinungen des Shoks sich zuweilen erst mehrere Stunden nach stattgehabtem Trauma einstellen, andererseits das Auftreten ausgesprochener Peritonitis Symptome in einzelnen Fällen bereits nach 1½ Stunden beobachtet worden ist. Im Anschluss an die Verletzung gelangen die Bakterien in vielen Fällen durch eine Zerreiassung der Darmwand in die Bauchhöhle. Man wird bei der Sektion häufig in der Lage sein, diese Öffnung aufzufinden und hierdurch veranlasst werden, sein Augenmerk besonders auf die Peritonitis zu richten. Es kann jedoch leicht vorkommen, dass ein ganz geringfügiger Riss, welcher vielleicht schon verklebt ist, der sorgfältigsten Durchmusterung des Darmkanals entgeht.

Aber auch die nicht perforirte Darmwand, welche be-

kanntlich in gesundem Zustande für die Bakterien und die chemischen Giftstoffe undurchlässig ist, kann, ohne dass makroskopisch nachweisbare Veränderungen auftreten, den Durchtritt von Mikroorganismen in die freie Bauchhöhle gestatten. Die Verhältnisse, unter denen eine solche Durchwanderung der Darmwand stattfinden kann, werden vom Verfasser eingehend geschildert. Sie entziehen sich kurzer Berichterstattung und müssen im Original nachgesehen werden.

Da, wie erwähnt, pathologisch-anatomische Veränderungen in der Bauchhöhle bei peritonealer Sepsis völlig fehlen können, so kann man nur wünschen, dass der Aufforderung des Verf., in geeigneten Fällen die Oberfläche des Peritoneums, besonders die Darmschlingen abzuschaben und die gewonnenen Massen auf Mikroorganismen zu untersuchen, in weitem Umfange nachgekommen wird. So ist zu hoffen, dass mancher dunkler Todesfall, welcher bisher dem Shok zugeschrieben wurde, eine befriedigendere Aufklärung erfährt. Die Entnahme des Materials hat möglichst bald nach dem eingetretenen Tode zu erfolgen, da bereits nach 10 Stunden die ganze Darmwand für Bakterien durchgängig wird, und dann ein sicheres Resultat nicht mehr zu erwarten ist. Niehues-Berlin.

Neurologie und Psychiatrie.

Bemerkungen über die anthropologische Untersuchung von Irrenanstaltsinsassen, nebst einem Schema dafür.

Von Edwin Goodall.

(The Brit. med. Journ. 26. Oct. 1901.)

Bei Gelegenheit der British medical Association in Cheltenham wurde in der Sektion für Psychologie von Goodall auf die Nothwendigkeit hingewiesen, alle Patienten von Irrenanstalten einer genauen systematischen anthropologischen Untersuchung zu unterziehen, worauf bis jetzt zu wenig Werth gelegt worden sei. An der Hand eines gründlich ausgearbeiteten Schemas hat er eine ganze Zahl normaler und kranker Fälle untersucht. Das Schema bezieht sich nicht nur auf die Masse des Schädels und des Gesichts, sondern auf das Ganze des übrigen Kuochensystems. Er verlangt ferner eine anatomische Beschreibung der Gesichtsbildung etc. bis in feinste Details, ebenso physiologische Besonderheiten des Körpers und vor Allem die Berücksichtigung seelischer Eigenthümlichkeiten. Das Schema ist zu ausführlich, um hier in Vollständigkeit angeführt werden zu können. Ich verweise deshalb auf den Originalartikel. Die Untersuchung eines einzigen Kranken nach obigem Schema nimmt viele Stunden in Anspruch. Durch systematische vergleichende anthropologische Untersuchung von geistig gesunden und kranken Personen sollen folgende Punkte klargestellt werden: I. Worin überhaupt die Abweichungen von der Norm bestehen. II. Ob die Zeichen der Degeneration und welche Zeichen häufiger bei Geisteskranken vorhanden sind. III. Ob diese Zeichen bei den Geisteskranken hauptsächlich an Kopf und Gesicht vorkommen. IV. Ob es einige Stigmata giebt, welche in den prognostisch ungünstigen Fällen oder andern, welche in den hoffnungsvollen Fällen aufzutreten pflegen. V. Ob es überhaupt bestimmte Stigmata giebt, welche so häufig auftreten, dass sie zu gewissen Formen von Geisteskrankheit gesetzmässige Beziehung haben. VI. Ob eine Zusammengehörigkeit zwischen Zahl und Art besteht und in welchem Masse die Vererbung der nervösen Störung eine Rolle spielt. VII. Kann man in der Zahl und der Art der Stigmata einen Massstab für die Prognose gewinnen, sowohl für die Geisteskranken als für Diejenigen, welche zur Geisteskrankheit neigen. Franz Meyer-Berlin.

Tabo-Paralyse und Unfall.

Ein Gutachten von Oberarzt Dr. Brie-Grafenberg.
(Irrenfreund XLII. Jahrgang. No. 3 und 4.)

Ein 36 Jahre alter Arbeiter hatte sich eine Quetschung des rechten Fusses dadurch zugezogen, dass ihm auf diesen ein Stück Eisen von erheblicher Schwere fiel. Er arbeitete noch drei Wochen weiter. Die Schwellung nahm zu, und etwa zwei Monate nach dem Unfall wurde im Krankenhaus eine hochgradige, aber schmerzlose Schwellung des ganzen rechten Fusses, besonders des Sprungbeins, der kleinen Fusswurzelknochen und auch der Unterschenkelknochen mit Einschränkung der Fussbewegungen nach allen Richtungen festgestellt. Im weiteren Verlauf der Beobachtung wurde konstatiert, dass die Symptome der Tabes in ausgesprochenem Grade vorhanden waren. Der Kranke gab an, dass er vor mehreren Jahren an Rheumatismus in den Beinen gelitten habe. Im Krankenhaus wurde dann bedeutende Verschlimmerung, besonders Ataxie und Harnträufeln, beobachtet. Etwa $\frac{3}{4}$ Jahr später zeigten sich Symptome von progressiver Paralyse, der der Kranke etwa ein Jahr darauf erlag. Während der ganzen Zeit war der Kranke erwerbsunfähig. Der eine der Sachverständigen gab sein Gutachten dahin ab:

1. X. ist an der aus seiner Tabes hervorgegangenen Paralyse gestorben.
2. Tabes und Unfall stehen in keinem ursächlichen Zusammenhang.
3. Die vor dem Unfall bereits vorhandene Tabes wurde durch diesen wesentlich und der Krankheitsverlauf in hohem Masse beschleunigt.

Brie giebt in seinem Gutachten zwar zu, dass X. durch den Unfall vorzeitig erwerbsunfähig geworden sei, wendet sich aber gegen die Ansicht, dass durch die Verletzung und die sich anschliessende Fussaffektion der Krankheitsprozess im Rückenmark verschlimmert worden sei, dass dann aus der Tabes durch schnelles Ascendiren des Krankheitsprozesses die Paralyse hervorgegangen und somit diese und der durch sie herbeigeführte Tod mit dem Unfall in indirektem Zusammenhang stände. Er fasst vielmehr die Paralyse als selbständige Erkrankung auf, die fast immer mit Rückenmarkerscheinungen einhergeht, und behauptet in seinem Gutachten, dass X. nach einiger Zeit ohnehin durch die zur vorhandenen Rückenmarkserkrankung sich zugesellende Paralyse erwerbsunfähig geworden wäre und dass der Tod mit der Verletzung in keinem ursächlichen Zusammenhang stehe.

Samuel.

Ueber transitorische postepileptische Geistesstörungen.

Von Dr. Kellner-Hamburg-Eppendorf.
(Ztschr. f. Psych., Bd. LVIII 4. 5.)

Die Seelenstörungen nach dem epileptischen Krampfanfall sind ungemein häufig. Unter 137 Epileptikern hatten 93 abnorme Geisteszustände nach dem Anfall. Dabei ist es noch fraglich, in welche Kategorie die Kranken, welche in völliger Verblödung regungslos hinvegetiren und allerdings nach den Anfällen genau so daliegen wie vorher, zu rechnen sind.

Bei geistig gesunden oder leicht geistig defekten Epileptikern nahmen die postepileptischen Störungen meist einen leichteren Charakter an. Neben den bekannten Formen, wie Verrücktheit, Delirien u. s. w. kamen interessante vorübergehende Gedächtnislücken zur Beobachtung. So vergass eine allmonatlich von Krämpfen befallene Frau regelmässig unmittelbar nachher 10–15 Jahre ihres Lebens und glaubte sich in die Zeit eines freudigen Erlebnisses aus ihrer Jugend zurückversetzt. Eine andere, die als junges Mädchen vom eignen Vater verführt worden war und sich im Laufe der Zeit gewöhnt hatte, ganz ruhig hierüber zu denken, glaubte

nach jedem Anfall wieder dicht nach jenem schrecklichen Ereigniss zu stehen und gerieth in schwerste ängstliche Erregung.

Ernster und gelegentlich zu Tobsucht ausartend gestalten sich die Seelenstörungen nach dem Anfall bei den schwerer verblödeten Kranken. Hier sah andererseits K. auch Scheinbesserungen nach dem Anfall durch vorübergehendes Nachlassen krankhafter Hemmungen oder Triebe.

Zum Schluss beschreibt er — ziemlich ohne engeren Zusammenhang mit dem Thema — einen jungen Epileptiker, der an Stelle der Anfälle gelegentlich aussergewöhnlich heftige Tobanfälle hatte. Wenn er diesen Fall mit den Worten abschliesst: „Es ist dies der einzige von mir beobachtete Fall ernstlicher Gemeingefährlichkeit eines Epileptikers“, so fasst K. doch den Begriff der ernstlichen Gemeingefährlichkeit wohl enger, als es sonst üblich und angängig ist.

Vergiftungen.

Ueber einen Fall von Gastritis toxica und Verengerung des Pylorus in Folge von Salpetersäure-Vergiftung. Gastroenterostomie. Heilung.

Von Dr. W. Rubin.
(Gazeta Lekarska 1901, No. 44.)

Der betreffende 16jährige Patient trank aus Versehen ein Weinglas 47prozentiger Salpetersäure. Es stellte sich sofort Bluterbrechen ein. Vier Wochen später kam der Patient in Behandlung des Verfassers; es bestanden Erbrechen und allgemeine Schwäche. Untere Magengrenze in der Höhe des Nabels. Im Mageninhalt keine freie Salzsäure. — Gastroenteroanastomose nach Hacker. Der Magen war bedeutend erweitert und wies auf seiner vorderen Wand zwei Längsnarben auf: die eine, die grössere, war 12 cm lang und verlief in schräger Richtung vom Pylorus nach links zur grossen Kurvatur; die kleinere, vier cm lang, verlief fast parallel der ersteren. Die Magenwände waren stark verdickt. Im Gebiete des Pylorus befand sich eine deutliche Verdickung. Postoperatorischer Verlauf regelmässig. Heilung der Wunde per primam in 10 Tagen. Drei Wochen nach der Operation wurde der Inhalt des nüchternen Magens herausgehebert, wobei eine geringe Quantität grünlich-gelber Flüssigkeit ohne Speisereste zu Tage gefördert wurde. Die Untersuchung des Mageninhalts nach Ewald'schem Probefrühstück ergab das Fehlen von freier Salzsäure. Es hat sich also nach der Operation nur die motorische Funktion, nicht aber die sekretorische wieder hergestellt; trotzdem begann der Patient nach der Operation sich rasch zu erholen: es stellte sich Esslust ein, das Erbrechen liess nach, das Körpergewicht nahm zu.

Lb.

Schwere Verätzung durch Schmierseife bei einem 18 Monate alten Kinde.

Von Dr. Josef Langer, klinischen Assistenten an Prof. Ganghofers Kinderklinik in Prag.
(Münch. Med. Wochenschr. 1901, No. 15.)

Die gewöhnliche Haushaltungsschmierseife, mit einem Kali- oder Natronhydratgehalt von $8\frac{1}{2}$ bis 9 Prozent, wurde einem Kinde, welches aus der in der Küche stehenden Seifenschüssel etwas in den Mund steckte und ass, tödtlich durch Verätzung der Schleimhaut des Mundes, Rachens, der Speiseröhre und der dem Speiseröhrentheil zunächst liegenden Partie der Magenschleimhaut.

Sofort nach der Aufnahme der Seife trat Husten und Erbrechen ein, die noch an den Zähnen haftende Seife wurde entfernt, auf der Rettungsstation darauf Essigwasser gereicht, in der Klinik der Magen ausgepumpt (Essigwasser), das Spülwasser floss klar und sauer ab; Darreichung von Gummischleim,

Eiswasser. Der Zustand des starke Schmerzen leidenden Kindes verschlechterte sich unaufhaltsam, Puls klein, 190, ächzende Athmung, 48 Züge in der Minute; Eintritt einer rechtsseitigen Pneumonie; in dem mit Katheter entleerten sehr spärlichen Harn, welcher alkalisch ist, etwas Eiweiss, (blasse rothe Blutzellen und Cylinderbrocken[?]), etwa 1½ Tag nach der Verätzung Tod in tonisch-klonischem Krampfanfall. — Die verätzten Schleimhautpartien waren in einen gelbgrünen Schorf verwandelt, zum Theil ganz abgelöst, die Verätzungen der Magenschleimhaut waren streifen- und herzförmig am Mageneingang angeordnet, die überzogene Schleimhaut war blass. An den übrigen Organen: rechtsseitige Unterlappenpneumonie, Blutaustritt an die Nierenoberfläche. Seelhorst.

Ein Beitrag zur Kasuistik der akuten Strychninvergiftung.

Von Dr. R. Kirch-Krefeld.

(D. med. Woch. 1902, No. 5.)

Ein junger Mann nahm in selbstmörderischer Absicht die sehr bedeutende Menge von 0,8 gr Strychnin, das Achtzigfache der Maximaldosis. Mehrere Stunden nachher wurde der Arzt gerufen. Inzwischen hatte der Vergiftete etwas Erbrechen bewirkt.

Die Behandlung bestand in Ausheberung und reichlicher Durchspülung des Magens, dann Eingiessung einer starken Gerbsäurelösung und endlich Einspritzung mächtiger Morphinumgaben (0,16 gr in 2 Stunden.)

Der gegen alle Erwartung erfolgte Ausgang in Heilung ist zu erklären durch die Aufnahme des Giftes bei vollem Magen, durch das Erbrechen und die rasche ärztliche Hilfe. Die Verabfolgung ungewöhnlicher Morphinumgaben wird durch mannigfache Erwägungen gerechtfertigt.

Ein Fall von schwerer Morphinumvergiftung, geheilt durch subkutane Einspritzungen von hypermangansaurem Kali.

Von Dr. L. Weber.

(New-Yorker med. Wochenschrift. 1901, No. 4.)

Der betreffende 40jährige Patient leidet seit 15 Jahren an Gichtanfällen typischer und atypischer Natur, die gelegentlich so heftig auftraten, dass Morphiumeinspritzungen nöthig wurden; ¼ Gran genügte, um die Schmerzen erträglich zu machen. Eines Nachts trat ein ganz akuter Anfall im grossen Zehengelenk auf, zu dem sich Lumbago gesellte. Um 6 Uhr morgens gab man dem Patienten ⅙ Gran Morphinum. Als Verfasser den Patienten um 9 Uhr sah, verabreichte er in Anbetracht der heftigen Schmerzen und aus Erkenntniss dessen, dass der Patient schon Morphinum bekommen hatte, ⅓ Gran Morphinum subkutan. Diese zwei Drittel Gran (0,04 g) Morphinum brachten eine Gesamtwirkung hervor, die das Bild einer schweren Vergiftung darbot: ausserordentlich kleiner, rascher Puls, für 10 Sekunden Sistiren der Respiration, Cheynes-Stokes'scher Rhythmus, dann Herabsinken des Kopfes und wieder Stockung der Athmung, zerfliessende Schweisse, Pupillen aufs Engste kontrahirt. Auf Verabreichung von Kalium permanganicum subkutan und schwarzen Kaffee besserte sich der Zustand allmählich. Am Abend boten Puls und Respiration nichts Abnormes mehr. Lb.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Kasuistisches über Verletzungen und Verletzungsfolgen.

Herr Tilmann: Geheilte vereiterter Schädelgrundbruch.

Durch Sturz von einer Leiter wird ein schwangeres Mädchen bewusstlos und blutet aus der Nase und dem linken Ohr. Die Angehörigen spritzen das Ohr mit Essig aus. Nach einigen Tagen stellt sich unter Fieber eine Eiterung aus dem

linken Ohre ein, hinter dem der Schädel auf Druck schmerzhaft wird. Unter dauerndem Eiterfieber erfolgt eine Frühgeburt. Die linke Pupille ist weiter als die rechte. Es wird Vereiterung des Felsenbeins angenommen. Die Operation — Bogenschnitt hinter dem Ohr — ergiebt mehrere Knochenspalte, aus denen Eiter quillt. Eingesetzte Hebel konnten nicht stark bewegt werden, ohne dass der ganze Schädel ins Wackeln gerieth. Es wurden die Bruchränder, welche freilagen, soweit entfernt, dass die mit Eiter bedeckte harte Hirnhaut blosslag. Dann wurde noch das vereiterte Mittelohr aufgemeisselt, nachher die ganze Wunde ausgestopft.

Die Heilung wurde nur durch Abszesse an den Beinen verzögert. Als dauernde Störung blieb nur eine halbseitige Gesichtslähmung bestehen.

(Med. Verein Greifswald, 27. 7. 01.

D. med. W. 1902. No. 2).

Herr Trnka: Gehirnkrankheit nach Hufschlag auf den Warzenfortsatz.

Die Quetschwunde heilte glatt, es bestanden aber erst drei Wochen lang Zeichen einer Gehirnerschütterung, dann machte sich Hirndruck geltend, der Kopf wurde nach links gedreht, in fortschreitender Reihenfolge wurden erst die Lippen-, Gaumen- und Schlundmuskulatur, dann die Glieder gelähmt. Fünf Wochen später erfolgte der Tod. Die Leichenöffnung ergab eine der Brücke und dem verlängerten Mark aufsitzende Blutung aus einer Wirbelarterie.

(Verein Deutscher Aerzte in Prag, 11. 10. 01.

Münch. med. W. 1901. No. 50).

Herr Giuliani: Sarkom der Aderhaut nach Trauma.

Ein 46jähriger, vorher angeblich ganz gesunder Mann erfährt am 15. August 1900 einen heftigen Schlag gegen das linke Auge. Anfangs sieht er nichts, dann geht es wenige Wochen gut, dann fortschreitend schlechter, bis nach sieben bis acht Wochen das Auge völlig erblindet ist. Ein Augenarzt findet Netzhautablösung, die auf den Unfall zurückgeführt wird. Im März dieses Jahres entzündet sich das Auge unter starken Schmerzen. Es wird entfernt und enthält ein Melanosarkom der Aderhaut. Vortragender zweifelt nicht, dass dies mit dem Unfall zusammenhängt.

(Aerztl. Verein Nürnberg, 17. 10. 01.

D. med. Woch. 1901, No. 40).

Herr v. Hordszynski: Stichwunde in der Herzgegend.

Die Wunde lag im dritten Zwischenrippenraum etwas einwärts von der Brustwarzenlinie. Subjektiv bestand Herzstechen und Athemnoth, objektiv anfangs kaum mehr als eine Verkleinerung der Herzdämpfung. Am dritten Tage stellte sich ein Geräusch über dem Herzen ein, das immer je einige aufeinanderfolgende Zusammenziehungen begleitete und dann pausirte. Es trug die Kennzeichen des von Morel-Lavallée sog. Bruit de ronde hydraulique, Geräusch des hydraulischen Rades, welches zu Stande kommt, wenn Herzbeutel und Brustfell gleichzeitig verletzt sind und Blut mit Luft im Herzbeutel sich mischt. Nach der Wundheilung war es verschwunden.

(Wiss. Ver. d. Milit.-Aerzte in Krakau. 20. 5. 01.

D. Militärarzt 1901. No. 23/24).

Herr Boinot: Milzzerreissung bei Malariakranken.

Vortragender verfügt über 5 einschlägige Fälle. Einmal trat die Zerreiissung ohne äusseren Anlass im heftigen Fieberanfall statt — nach B.'s Meinung in Folge der plötzlichen Anschwellung des Organs, welches schliesslich seine Kapsel sprengt, sonst nach reichlichen Mahlzeiten oder leichten Verletzungen. In diesen letzteren Fällen dürfte die Zerreiissung durch Verwachsungen der Milz mit Zwerchfell und Magen begünstigt sein.

(Académie de médecine in Paris, Okt. 1901;

D. Med. Woch. 1901, No. 40.)

Herr Simmonds: Disseminirte Fettgewebsnekrose nach Pankreaszerreissung.

Die Frage, wie das häufige Zusammentreffen von Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse mit den als Fettgewebsnekrose bezeichneten Herden im Fettgewebe der Bauchhöhle zu erklären sei, ist noch umstritten. S. steht auf dem Standpunkte, dass die Fettgewebsnekrose durch die Veränderungen oder Zerstörungen der Bauchspeicheldrüse bedingt ist. Für die Gutachterthätigkeit hat diese Auffassung die wichtige Bedeutung, dass tödtlich verlaufende Fettgewebsnekrose nach schweren Bauchquetschungen als Unfallfolge, vermittelt durch eine Quetschung der Bauchspeicheldrüse, anzuerkennen ist.

Einen neuen Beitrag zu dieser Anschauung liefert folgender Fall. Ein älterer Mann wird von einem Lastwagen überfahren und stirbt 4½ Tage später. Bei der Leichenöffnung findet sich ausser Rippenbrüchen, Leber- und Nierenrissen eine völlige Querdurchreissung der Bauchspeicheldrüse. Daneben bestehen im Fettgewebe in der Nähe der Drüse zahlreiche gelbe und weisse Flecken, in deren Bereich das Fett zum Theil mörtelartig verändert und herdweise ausschälbar ist — mit anderen Worten: die Zeichen der Fettgewebsnekrose. Die Anwendung der oben dargelegten Anschauung auf diesen Fall liegt auf der Hand.

(Aerztl. Verein in Hamburg. 27. November 1901.

D. med. Woch. 1902, No. 3.)

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichsgericht.

Blutvergiftung infolge ungeeigneter Behandlung einer Verletzung. Ist die Versicherungs-Gesellschaft entschädigungspflichtig?

(Entscheidung vom 15. Juli 1901.)

Ein bei einer Unfallversicherungs-Gesellschaft mit 5000 Mark Versicherter hatte sich beim Heben eines Bierfasses das Handgelenk verletzt. Erst etwa 14 Tage später zog er einen Arzt zu Rathe, der eine Distorsion, verbunden mit sekundärer Entzündung des linken Handgelenks, feststellte, woraufhin die Frau des Verunglückten nach etwa 8 Tagen die formularmässige Schadensanzeige der Gesellschaft übermittelte. Am 6. Juni starb der Verletzte und am 13. desselben Monats theilte der behandelnde Arzt, im Auftrage der Wittve des Verstorbenen, der Gesellschaft mit, dass eine Sektion der Leiche erfolgt sei; es hätte sich um allgemeine Septikämie gehandelt, zu der später noch kapilläre Bronchitis hinzugetreten sei. Die Gesellschaft lehnte jedoch die Zahlung der Versicherungssumme ab, indem sie geltend machte, die Anmeldung des Unfalls sei — den Bedingungen entgegen — zu spät erfolgt, und überdies sei der Tod nicht die unmittelbare Folge der Verletzung gewesen, sondern erst durch das Hinzukommen anderer Umstände herbeigeführt worden. Demgegenüber erklärten die Hinterbliebenen, sie hätten aus dem Sektionsbericht ersehen, der Tod des Verunglückten sei durch eine Blutvergiftung erfolgt, die als eine direkte Folge der Distorsion angesehen werden müsse, und da es in den Versicherungsbedingungen ausdrücklich heisse, dass „Blutvergiftungen aus Veranlassung vorhergegangener unfreiwilliger äusserer Verletzungen“ in die Versicherung eingeschlossen sind, so müssten sie auf Zahlung bestehen; ebenso unberechtigt sei der Einwand, dass der Unfall, der Tod und die bevorstehende Sektion nicht rechtzeitig gemeldet seien; die noch unmündigen Kinder des Verunglückten könnten nicht in Betracht kommen, und die Wittve habe in Folge der durch die ganze Sache hervorgerufenen Aufregung unverschuldeter Weise die rechtzeitige Anzeige unterlassen. — Schliesslich einigten sich Gesellschaft und Erben

zur Befragung von Sachverständigen, welche ihr Gutachten dahin abgaben, dass der Tod nicht durch die Distorsion direkt, sondern durch die in Folge der Anwendung von Blutegeln hinzugetretene Pyämie verursacht worden sei. Dieses Gutachten veranlasste die Gesellschaft zu der Erklärung, dass sie nach wie vor auf ihrem Standpunkt beharren und die Entschädigungspflicht ablehnen müsse, da ihre Bestimmungen über Blutvergiftung hier nicht Anwendung finden könnten. Nun reichten die Hinterbliebenen Klage ein, doch auch die Gesellschaft forderte auf dem Prozesswege von der anderen Partei die Erstattung der ihr durch die Bestallung der ärztlichen Sachverständigen erwachsenen Kosten von über 200 Mark. In der ersten Instanz wurde zu Gunsten und nach dem Widerklage-Antrage der Gesellschaft entschieden, in der zweiten Instanz dagegen wurde den Hinterbliebenen Recht gegeben und die Widerklage abgewiesen, da die Einwände der Versicherungsgesellschaft als völlig haltlos angesehen wurden. Das Reichsgericht schliesslich stellte sich im Wesentlichen auf den Standpunkt des Vorderrichters. Es war ebenfalls der Meinung, dass der Thatbestand der Blutvergiftung aus Veranlassung unfreiwilliger äusserer Verletzungen, der, nach dem Wortlaut der Versicherungsbedingungen, die Entschädigungspflicht der Gesellschaft begründe, unbedingt vorliege. — Was die Verstösse gegen die Versicherungsbedingungen anbetrifft, die sich die Kläger angeblich haben zu Schulden kommen lassen, so musste festgestellt werden, ob diese Verfehlungen schuldhaft waren. Werden sie daraufhin geprüft, so ergibt sich ohne Weiteres die Haltlosigkeit der meisten in dieser Beziehung gemachten Einwendungen. Nicht genau aufgeklärt ist nur der Umstand, warum die Wittve des Verstorbenen nicht — den Policebedingungen entsprechend — der Tod ihres Mannes sofort dem zuständigen Agenten und der Direktion der Gesellschaft anzeigte. Die Aufregung kann nicht ohne Weiteres als Entschuldigung angesehen werden, da mit solchem Grunde nahezu in den meisten Fällen die Unterlassung dieser für die Gesellschaft zweifellos sehr wichtigen Mittheilung gerechtfertigt werden könnte. Demgemäss musste die Sache in die Berufungsinstanz zurückverwiesen werden, die zu prüfen hat, ob und inwiefern die Unterlassung der Todesanzeige seitens der Wittve als eine unverschuldete gelten kann. C.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Wick, K., Oberstabsarzt. Ueber Simulation von Blindheit und Schwachsichtigkeit und deren Entlarvung. Mit 32 Abbildungen. Berlin 1901.

Verf. theilt die verschiedenen Arten von Simulation in drei Gruppen ein: 1. Simulation von Sehschwäche eines oder beider Augen, jedoch nur bis zu dem Grade, dass noch das Erkennen gewöhnlicher Sehproben, wenn auch nur der grösseren zugegeben wird. 2. Simulation von Blindheit oder hochgradiger Schwachsichtigkeit eines Auges. 3. Simulation von völliger Blindheit oder hochgradiger Schwachsichtigkeit auf beiden Augen.

Zur Entlarvung von Simulanten oder Aggravanten der ersten Gruppe dient zunächst die Prüfung des Sehvermögens mit verschiedenen Sehproben. Man schneidet aus den Sehprobentafeln die Buchstaben heraus und zeigt dieselben einzeln oder zu beliebigen Reihen und Tafeln zusammengestellt in regelloser Folge vor. Der Untersuchte wird dadurch verwirrt und giebt allmählich immer höhere Sehschärfen zu. Die Prüfung des Sehvermögens in verschiedenen Entfernungen mit verschieden grossen Sehproben giebt manchmal den deutlichen Beweis, dass der Untersuchte übertreibt, zumal wenn man ihn über die Entfernung täuscht, z. B. ihn durch

eine längere Röhre blicken lässt. Auch ein Spiegel, welcher an der den Sehproben gegenüber liegenden Wand des Zimmers hängt, kann demselben Zwecke dienen. Der Untersuchte wird in die Mitte des Zimmers gestellt und hat zunächst die Sehprobentafel zu lesen, darauf macht er Kehrt, sieht in den Spiegel und liest die ihm in diesem sichtbaren Buchstaben. Um sich nicht zu widersprechen, wird der Untersuchte dieselbe Buchstabenreihe lesen wie vorher und giebt damit eine dreimal grössere als die vorher angegebene Sehschärfe zu, da das Spiegelbild von ihm dreimal soweit entfernt ist als die Sehproben. Prüft man das Sehvermögen zu verschiedenen Zeiten, so kann man nicht selten grosse Widersprüche nachweisen, zumal wenn man eine Anzahl ähnlicher Tafeln benutzt, von denen die später vorgezeigten immer kleinere Buchstaben enthalten als die zuerst verwendeten. Die Anwendung von Brillengläsern erweist sich, auch bei Emmetropen, zuweilen als zweckmässig. So wird z. B. durch Vorhalten einer Kombination eines starken Konvex- mit einem gleich starken Konkavglase, welche zusammen als Planglas wirken, oft angeblich eine erhebliche Verbesserung des Sehens erreicht, da der Simulant die Vorstellung gewinnt, es handle sich vielleicht um die stärkste Nummer des Brillenkastens. Die wiederholte Aufnahme des Gesichtsfeldes in verschiedenen Entfernungen — seine absolute Grösse bei der Prüfung an der Tafel nimmt bekanntlich proportional der Entfernung zu — ist ein gutes Mittel, einen sicheren Anhalt für die Glaubwürdigkeit des Untersuchten zu gewinnen. Zu demselben Zwecke dienen auch die Wolffberg'schen Farbenproben und die Prüfung des Lichtsinns. Besteht der Verdacht auf eine beginnende Erkrankung etwa des Sehnerven, so kann unter Umständen eine geeignete Behandlung wie Dunkelkur, Schwitzkur, Jodkalium u. dgl., die für den wirklich Kranken nur wohlthätig ist, manchem hartnäckigen Sünder das Gewissen wecken und ihn zur Angabe einer raschen Besserung veranlassen.

Für den Nachweis der Simulation völliger Blindheit oder hochgradiger Schwachsichtigkeit eines Auges kommt die Prüfung der Pupillenreaktion auf Lichteinfall und der binokularen Fixation in Frage. Reagirt die Pupille eines Auges garnicht oder erheblich schwächer als die des anderen auf Licht, so ist eine erhebliche Sehstörung oder völlige Erblindung dieses Auges sehr wahrscheinlich. Die binokulare Fixation prüft man durch abwechselndes Verdecken bald des einen und bald des anderen Auges, während der Untersuchte aufgefordert wird, den vorgehaltenen Finger zu fixiren. Macht das angeblich blinde Auge bei verdecktem zweiten Einstellungsbewegungen, so besitzt es sicher noch ein gewisses Sehvermögen. Dasselbe beweisen Fusionsbewegungen, welche das angeblich blinde Auge unter einem ab- oder adduzirenden Prisma macht, um die entstehenden Doppelbilder zu vermeiden. Lässt man den Untersuchten aus einem Buche laut vorlesen und hält ein schwaches Prisma mit der Basis nach oben vor das angeblich blinde Auge, so decken sich, wenn beide Augen gut sehen, zwei übereinander stehende Zeilen und erschweren das Lesen oder machen es unmöglich. Die subjektiven hierher gehörigen Methoden beruhen darauf, dass der Untersuchte in den Glauben versetzt wird, mit seinem gesunden Auge zu sehen, während er thatsächlich das angeblich blinde oder schwachsichtige Auge benutzt. Setzt man vor das angeblich schwachsichtige Auge das seine Refraktion für die Ferne korrigirende Glas, vor das andere Auge ein starkes Konvexglas, so kann der Untersuchte in der Ferne mit dem gesunden Auge nicht lesen und verräth sich so leicht. Auch Cylindergläser lassen sich in ähnlicher Weise verwenden. Die Anwendung farbiger Gläser und farbiger Buchstaben be-

ruht darauf, dass z. B. ein rother Buchstabe auf weissem Grunde durch ein rothes Glas und auf schwarzem Grunde durch ein grünes Glas nicht gelesen werden kann. Setzt man also vor das eine Auge ein rothes, vor das andere ein grünes Glas und lässt nun rothe und grüne Buchstaben lesen, so wird der Simulant auch Buchstaben erkennen, welche er nur mit dem angeblich blinden Auge sehen konnte. Die Methode lässt sich vielfach variiren, so können Worte, welche ein anderes Wort eingeschaltet enthalten, wie Werner (Wer), kalt (alt) so in zwei Farben geschrieben werden, dass das ganze Wort nur mit dem angeblich blinden Auge gelesen werden kann. Auch einzelne Buchstaben wie B und P, E und I lassen sich in derselben Weise verwenden. Die durch Prismen — ev. zunächst monokulär, um den Untersuchten sicher zu machen — erzeugten Doppelbilder können nicht nur zum Nachweis simulirter einseitiger Amaurose, sondern unter Umständen auch zum Nachweis der Sehschärfe des „blinden“ Auges dienen. Das Stereoskop ist das wichtigste Instrument zur Entlarvung von Simulation einseitiger Blindheit. Es sind eine grosse Zahl sehr zweckmässiger Vorlagen für diesen Zweck angegeben worden. Ferner finden aus Spiegeln zusammengesetzte Apparate Verwendung, welche so konstruirt sind, dass die rechts erscheinende Sehprobe mit dem linken Auge gesehen wird und umgekehrt. Wirft man mit Hilfe des Augenspiegels Licht abwechselnd in beide Augen, so ist es den meisten Personen nur schwer möglich, genau zu unterscheiden, welches Auge beleuchtet wird. Der Simulant wird sich also dadurch verrathen, dass er mit dem angeblich blinden Auge hell und dunkel unterscheidet. Eine Anzahl anderer Apparate bedingt eine Kreuzung der Blicklinien und dadurch eine Täuschung des Untersuchten. Bekannt ist auch das Verfahren, einen schmalen Gegenstand, z. B. ein Lineal zwischen Augen und Leseprobe einzuschalten, so dass ein Teil der letzteren nur mit einem Auge gesehen werden kann. Es lässt sich durch diese Methode zuweilen die Sehschärfe des angeblich blinden Auges bestimmen. Apparate, welche mehrere der besprochenen Grundideen vereinigen, sind von Barthélémy und von Kuhnt angegeben. Durch Verwendung von Medikamenten, Atropin oder Eserin kann man es erreichen, dass z. B. das atropinisirte gesunde Auge in der Nähe nicht lesen kann. Liest der Untersuchte also feinere Schrift in der Nähe, so hat er sie mit dem „blinden“ Auge erkannt. Die Prüfung des binokularen Gesichts- oder Blickfeldes, sowie des Tiefenschätzungsvermögens liefert zuweilen ebenfalls den Nachweis, dass das angeblich blinde Augeneoch sieht.

Die Simulation vollständiger beiderseitiger Blindheit wird man meist durch längere Beobachtung des Kranken nachweisen können. Der Augenspiegelbefund, die Pupillenreaktion und die Beobachtung der binokularen Fixation und Blickrichtung des Untersuchten geben hier wichtige Fingerzeige. Unter Umständen wird die Einleitung einer Behandlung, auf deren voraussichtlich guten Erfolg man den Untersuchten hinweist, diesem die Wege zum Rückzuge und zum Aufgeben der Simulation ebnen. Bei der Simulation doppelseitiger hochgradiger Schwachsichtigkeit wird man vor allen Dingen durch die Anwendung verschiedener Prüfungsmethoden den Untersuchten in Widersprüche zu verwickeln suchen. Jedenfalls wird es bei längerer Beobachtung stets möglich sein, nachzuweisen, ob wirklich Schwachsichtigkeit vorliegt oder der Kranke übertreibt.

Groenouw.

Krocker, Prof. Dr. A., Oberstabsarzt in Berlin, und **Friedheim**, Dr. H., Oberstabsarzt in Wandsbek, Deutscher militärärztlicher Kalender für 1902. Hamburg, Gebrüder Lüdeking, 1902. Preis 4,50 M.

Von dem handlichen Kalender, der sich in militärischen Kreisen allgemein und auch darüber hinaus Eingang verschafft hat, liegt jetzt der 3. Jahrgang vor.

Er umfasst das eigentliche Kalendarium mit Notizbuch für jeden einzelnen Tag des Jahres; beigegeben sind hier Mittheilungen für den Post- und Telegraphenverkehr, ein Auszug aus der Benutzungsordnung der Kaiser Wilhelms-Akademie-Bibliothek, Wirkungsweise und Dosirung der wichtigsten Arzneimittel (von St.-A. Buttersack), Chirurgie der ersten Hilfe (O.-St.-A. Seydel), Arzneimittel, welche zusammen nicht verschrieben werden dürfen (O.-St.-Apotheker Holz), und Anzugsbestimmungen für Sanitätsoffiziere (St.-A. Kuntze).

Theil III enthält die militärärztlichen Ranglisten, während Theil II, der wissenschaftliche Abschnitt, eine Anzahl der im vorigen Kalender enthaltenen Abhandlungen wiederholt (Augen-, Ohren-, Nervenuntersuchung, Untersuchungsmethoden bei inneren Erkrankungen, Herzkrankheiten pp.), um dann einige interessante neue Kapitel hinzuzufügen. Hervorzuheben ist da die Allerhöchste Verordnung über Ehrengerichte der Sanitätsoffiziere vom 9. 4. 01; Militärstrafgerichtsordnung (St.-A. Lesshaft); Trinkwasser (O.-St.-A. Schumburg); Gewichte und Maasse der menschlichen Organe und Konservirung anatomischer Präparate (O.-A. Blank); Untersuchung der oberen Luftwege (St.-A. Glatzel).

Der Kalender ist nicht nur für den aktiven, sondern auch für den dem Beurlaubtenstande angehörenden Sanitätsoffizier werthvoll und empfehlenswerth. Theil II aber hebt ihn über das Niveau des blossen Kalenders weit hinaus und macht ihn mit seinen praktischen Hinweisen bezüglich einzelner Untersuchungsmethoden auch für den praktischen Arzt und besonders auch für den ärztlichen Sachverständigen lesenswerth und brauchbar.

Richard Müller.

Gebührenwesen.

In der letzterschienenen Nummer der Juristischen Wochenschrift (pag. 87—88) behandelt Rechtsanwalt Dr. Wittkowsky-Berlin die Frage: Von wem kann nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches der von einer Ehefrau angenommene Arzt Bezahlung einer Honorarforderung verlangen?

Das Wesen der ärztlichen Berufspflicht schliesst völlig aus, dass der Arzt von dem heilungsbedürftigen Patienten einen Vorschuss fordert, oder sich vor Beginn seiner Thätigkeit über seine Kreditverhältnisse erkundigt, während der Arzt andererseits des erforderlichen gesetzlichen Schutzes bedarf.

Nach den Ausführungen des Verfassers kann der Arzt von dem Ehemanne die Bezahlung einer Honorarforderung verlangen auf Grund der § 812, 813, Abs. 2. B. G.-B. wegen ungerechtfertigter Bereicherung. Der Ehemann würde somit durch die Thätigkeit des Arztes etwas ohne Rechtsgrund erlangen, indem er Aufwendungen ersparte, zu welchen er verpflichtet ist, und da er zum Herausgeben wegen der Beschaffenheit des Erlangten nicht im Stande ist, so muss er den Werth der ärztlichen Leistung ersetzen. V. nimmt hierbei besonders auf den in den Motiven zum ersten Entwurf (Band IV, S. 124) eingenommenen Standpunkt Bezug: „dass der Ehemann auf Grund seiner Unterhaltungspflicht die Krankheits- und Kurkosten gegenüber der Ehefrau . . . zu bestreiten hat, ist als selbstverständlich zu erachten und braucht deshalb nicht besonders hervorgehoben zu werden.“

Andererseits kann sich ein Anspruch des Arztes gegenüber der Ehefrau durch den mit dieser geschlossenen Vertrag gemäss § 1399 B. G.-B. herleiten lassen.

Schultze.

Tagesgeschichte.

Die Geisteskrankheiten in der Armee.

Ein Gegenstand, der immer wieder die Aufmerksamkeit weitester Kreise auf sich lenkt, ist das Auftreten von Geisteskrankheiten im Heere. Eine ganze Fülle von Gefahren für den Einzelnen und für die Allgemeinheit liegt auf diesem Gebiete. Denken wir zunächst an Diejenigen, die als geistig nicht Vollwerthige in das Heer eintreten: vom ersten Tage ab ist der Geistesschwache, der geistig Minderwerthige, der Seelenkranke ein Gequälter und zugleich eine Qual für die Anderen. Er begreift nicht, er gehorcht nicht, er ist unordentlich, unsauber, womöglich gar unehrlich. Er zieht sich den Hass der Kameraden, den Zorn der Vorgesetzten zu, er macht der Truppe Schande, ungezählte Strafen treffen ihn. In der strengen, keine Rücksicht auf geistige Ganz- oder Halbinvaliden dulddenden Zucht des Dienstes wird der Minderwerthige vollends krank, der Kranke bösartig. Es kommt zu Selbstmord und Verbrechen. Nicht weniger schlimm ist es, wenn der Aeltergediente geistig erkrankt. Ehe seine Krankheit offenbar wird, kann er die Vortheile, die ihm eine jahrelange Tüchtigkeit und gute Führung gebracht hat, um der ungünstigen Veränderung seines Wesens willen verlieren, kann als Vorgesetzter seine Untergebenen verwirren und peinigen, kann in Fällen des Ernstes durch den Mangel seiner seelischen Leistungsfähigkeit unabsehbaren Schaden anrichten.

Die Bekämpfung der Geisteskrankheiten im Heere ist also wahrlich wichtig genug, um allen Vorschlägen für den gewiss nothwendigen, aber mit grossen Schwierigkeiten verbundenen Ausbau dieses Theils der ärztlichen Sachverständigenthätigkeit und der Heilkunst lebhaft Aufmerksamkeit zuzuwenden. Das neueste diesbezügliche Werk ist ein im Verlage von Gebrüder Lüdeking in Hamburg erschienenes Heft „Ueber Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee“, von Dr. Ewald Stier, einem zur Binswangerschen Klinik kommandirten Sanitätsoffizier.

Als praktischer Militärarzt, der alle durch die Eigenart der militärischen Verhältnisse gegebenen Schwierigkeiten zu würdigen weiss, ist St. vorsichtig und zurückhaltend in seinen Vorschlägen. Aber es würde sicher schon viel gewonnen sein, wenn das durchgeführt würde, was er empfiehlt. Seine Thesen lauten: 1. in der Stammrolle sollen vermerkt werden: der überstandene Aufenthalt in einer Irrenanstalt, sowie 2. der Besuch einer Schule für schwachbefähigte Kinder, 3. in der Mehrzahl vorkommende Degenerationszeichen, sowie erbliche Belastung, soweit sie zu eruiren ist, sollen zu Ungunsten einer sonst fraglichen Tauglichkeit sprechen, 4. bei Offiziersaspiranten sollen erbliche Belastung und Degenerationszeichen immer berücksichtigt werden und mehr als bei Mannschaften den Ausschlag geben, 5. alle Mannschaften, welche sich bei der Ausbildung als sehr beschränkt erweisen, sollen in möglichst grosser Zahl wieder entlassen werden, 6. der Kampf gegen Alkoholismus und die Folgen der Lues soll immer energischer werden, z. B. durch Ueberweisung Luetischer zur Kur oder Nachkur in Badeorte, 7. in jedem Lazareth sollen Einrichtungen getroffen werden zur vorläufigen Unterbringung auch der erregtesten Geisteskranken, 8. alle zweifellos geistig Kranken sollen möglichst rasch einer Irrenanstalt überwiesen werden, 9. zur Untersuchung fraglicher und Begutachtung gerichtlicher Fälle soll in dem grössten Lazareth jedes Armee-korps eine Nervenabtheilung unter Leitung eines

spezialistisch ausgebildeten Sanitätsoffiziers eingerichtet werden, 10. zur Behandlung erkrankter Unteroffiziere und Offiziere soll eine oder zwei Militärirrenanstalten erbaut werden, 11. ein Kursus über Psychiatrie soll in die Fortbildungskurse für Sanitätsoffiziere eingefügt werden.

Wir glauben, dass diesen wohldurchdachten Grundsätzen vollste Anerkennung zu gewähren ist. Einzufügen wäre wohl noch eine Bestimmung, dass Soldaten, die sich trotz angewandter Zuchtmittel in auffallendem Masse als widerspenstig, disziplinlos, unordentlich erweisen, auch wenn die Vorgesetzten selbst keine geistige Abweichung an ihnen wahrnehmen, ärztlicher Begutachtung zu überweisen sind.

Hoffentlich wird die durch Stier von Neuem angeregte Frage jetzt nicht eher zur Ruhe kommen, bis sie ihre sachgemässe Lösung gefunden hat.

Rundschreiben des Reichsversicherungsamts.

„Die Aufgabe der ärztlichen Begutachtung findet im Allgemeinen in der Feststellung der physiologischen Folgen des Unfalls oder der eine Invalidität begründenden Gebrechen ihre Begrenzung, dagegen bieten die sonstigen ärztlichen Aeusserungen, insbesondere drüber, welchen Einfluss der Befund auf die Erwerbsfähigkeit des Rentenbewerbers ausübt, den in ihrer Entscheidung selbständigen Feststellungsinstanzen zwar werthvolle und bei inneren Krankheiten sogar oft unentbehrliche, aber keineswegs bindende Unterlagen für die Urtheilsfindung (zu vergl. Handbuch der Unfallversicherung Anmerkung 34 am Schlusse zu § 5 des Unfallversicherungsgesetzes). Hiernach würde es unzulässig sein, wenn — was vorgekommen sein soll — die Feststellungsinstanzen einfach den vom Arzte angegebenen Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeit ihrer Entscheidung zu Grunde legten, ohne die Frage nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit selbst geprüft zu haben. Ein derartiges Verfahren, durch das eine der wichtigsten Aufgaben der Feststellungsorgane zu einer mechanischen Wiederholung des Ergebnisses der ärztlichen Gutachten herabgedrückt werden würde, entspricht nicht der Absicht des Gesetzes. Hat im einzelnen Falle der in der Sache gehörte ärztliche Sachverständige auf Ersuchen oder aus freien Stücken auch eine Aeusserung über den Grad der Erwerbsunfähigkeit eines Rentenbewerbers abgegeben, so darf niemals ausser Acht gelassen werden, dass die Frage nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit an sich keine rein medizinische und dass ihre Beantwortung nicht ausschliesslich und in erster Linie Sache des Arztes ist, sondern in der Hauptsache eine der vornehmsten Aufgaben der mit der Rentenfestsetzung betrauten Instanzen bildet. Ausserdem ist es vorgekommen, dass mehrfach, obgleich sachlich gegen den oben bezeichneten Grundsatz nicht verstossen worden ist, doch die Begründung der Entscheidungen im Wortlaute so ungeeignet gefasst wurde, dass sie den Vorwurf einer mechanischen Handhabung des Entschädigungsverfahrens rechtfertigen könnte. Die Feststellungsorgane werden daher ersucht, auch auf die Fassung der Bescheide besondere Sorgfalt zu legen, damit derartige irrthümliche Auffassungen über das Verfahren der Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten nicht entstehen können.“

Dies ist der Wortlaut eines jüngst vom Reichsversicherungsamt auf Veranlassung des Staatssekretärs des Innern an die Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten gerichteten Rundschreibens. Wie wir aus unserem Leserkreise erfahren, findet dasselbe hier und da die Deutung, als ob die Thätigkeit der Aerzte als Gutachter von mass-

geblicher Stelle in ihrer Bedeutung herabgedrückt werden solle. Wir können diese Befürchtung nicht theilen, sondern erblicken in dem Rundschreiben vielmehr nur die erneute Betonung eines durch unsre Unfallgesetzgebung gehenden Rechtsgrundsatzes. Bekanntlich giebt es eine ganze Anzahl von Gutachtern, die, um nicht den rein ärztlichen Standpunkt zu verlassen, eine Schätzung der Erwerbsbeschränkung glatt ablehnen. Soweit zu gehen, halten wir für verfehlt. Aber wir müssen zugeben, dass unsre ärztliche Ansicht über das Mass einer Erwerbsminderung der Kritik der technischen Fachleute unterliegt. In der Frage, um wieviel Prozent beispielsweise ein Maurer, der durch Schwindel unfähig zur Höhenarbeit geworden ist, erwerbsvermindert ist, kann der Arzt sich getrost und ohne jedes Kränkungsgefühl eine Abweichung der feststellenden Instanzen von seiner Ansicht gefallen lassen.

Wogegen sich die Verfügung in Wahrheit richtet, das ist die mechanische, gedankenlose Handhabung des Entschädigungsverfahrens, gegen die wir Aerzte genau eben so Front machen wollen wie die materiell Betheiligten. Wie wichtig es ist, dass die ersten Instanzen in ihren Bescheiden selbständig die für die Höhe der Rentenschätzung massgeblichen Gründe angeben, leuchtet z. B. ein, wenn, wie unter dem neuen Gewerbe-Unfallgesetz so häufig, zwei verschiedene ärztliche Schätzungen vorliegen. Der Versicherte hat ein Recht darauf, zu erfahren, unter welcher Begründung die eine Ansicht verworfen, die andere vorgezogen worden ist. Oft genug wird man in den Bescheiden die Antwort auf diese Frage vermissen! Ebenso ist zu hoffen, dass nach der neuerlichen Einschärfung die festsetzenden Instanzen noch mehr als bisher darauf achten werden, ob das ärztliche Gutachten in seinen Folgerungen den geltenden Rechtsgrundsätzen entspricht, ob beispielsweise eine Herabsetzung der Rente durch nachgewiesene Veränderungen im Thatbestande begründet ist. Dem ärztlichen Gutachter können in diesen juristischen Fragen, wenn er nicht sehr erfahren ist, immerhin Irrthümer passiren, die schon die unterste rechtliche Instanz nicht beizubehalten braucht.

Ein einfaches Beiseiteschieben des Arztes darf natürlich aus der selbständigen Beurtheilung des Falles nicht entstehen. Wenn die Schätzung des ärztlichen Gutachters nicht beibehalten wird, so muss man aus der Begründung des Bescheides auch hierfür die Gründe ersehen können. Bei den Urtheilen der Schiedsgerichte und des Reichsversicherungsamtes ist in solchen Fällen das Urtheil immer entsprechend abgefasst, und es ist wohl kein Irrthum, wenn wir annehmen, dass die ersten Instanzen genöthigt sein werden, ebenso zu verfahren.

Ausführungsbestimmungen zum Fleischschauengesetz.

Unter dem 18. Februar d. J. hat der Bundesrath die nachstehende Bekanntmachung, betreffend gesundheitsschädliche und täuschende Zusätze zu Fleisch und dessen Zubereitungen erlassen:

Auf Grund der Bestimmungen im § 21 des Gesetzes, betreffend die Schlachtvieh- und Fleischschau vom 3. Juni 1900 (Reichsgesetzblatt S. 547) hat der Bundesrath die nachstehenden Bestimmungen beschlossen:

Die Vorschriften des § 21, Abs. 1 des Gesetzes finden auf die folgenden Stoffe, sowie auf die solche Stoffe enthaltenden Zubereitungen Anwendung:

Borsäure und deren Salze.

Formaldehyd.

Alkali- und Erdkali-Hydroxyde und -Karbonate.

Schweflige Säure und deren Salze, sowie unterschweflige saure Salze.

Fluorwasserstoff und dessen Salze.

Salicylsäure und deren Verbindungen.

Chlorsaure Salze.

Dasselbe gilt für Farbstoffe jeder Art, jedoch unbeschadet ihrer Verwendung zur Gelbfärbung der Margarine und zum Färben der Wursthüllen, sofern diese Verwendung nicht anderen Vorschriften zuwiderläuft.

Durch die Allerhöchste Verordnung vom 16. Februar d. J. wurde als Zeitpunkt des Inkrafttretens des § 21 des Gesetzes, betr. die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 der 1. Oktober d. J. festgesetzt.

Hiermit hat eine Frage, die seit Jahren die Sanitätspolizei und die Gerichte in besonderem Masse beschäftigte, ihren Abschluss gefunden, und zwar im Sinne der von den berufensten Vertretern der Hygiene und Medizinalverwaltung gestellten Forderungen, die gegenüber den Gutachten einzelner Chemiker und Pharmakologen immer wieder betonten, dass die vorübergehenden wie die bleibenden Wirkungen solcher differenten Zusätze vielfach der Erkenntnis entzogen bleiben und dass die Reinhaltung der Volksnahrungsmittel von fremden Zusätzen eine der wichtigsten Forderungen der Gesundheits- und Volkswirtschaftslehre darstellt.

E. R.

Kaffeestuben und -Karren des Berliner Vereins für Volkshygiene.

Der Berliner Verein für Volkshygiene erwirbt sich ein grosses Verdienst durch die Errichtung von Kaffeestuben und den Verkauf von Kaffee etc. im Umherziehen. Vom Polizeipräsidium ist ihm gestattet worden, mittels seiner schmucken und zweckmässig eingerichteten Karren Kaffee und ähnliche Getränke auf den Strassen (nur einige sehr verkehrsreiche ausgenommen) feilzuhalten. In Berlin besteht ein grosser Mangel an Lokalen, in denen ähnlich wie z. B. in London, zu sehr mässigen Preisen alkoholfreie Getränke jederzeit zu haben sind. Dieser Mangel wird besonders von den Aerzten in unangenehmster Weise empfunden, wenn sie ihren Patienten den Alkoholenuss untersagen, aber keinen Rath geben können, wie dem Trinkbedürfniss auf andere Weise in angenehmer Art genügt werden kann. Es wäre sehr zu wünschen, dass die neue Einrichtung sich recht bald beliebt macht, um sich in ausgedehntester Weise über Berlin verbreiten zu können [und, wie wir hinzufügen wollen, auch in unseren anderen Städten recht viel Nachahmung zu finden! Red.]

(Med. Reform.)

Fortbildungskursus für Aerzte.

In der Zeit vom 7. bis 23. Juli 1902 wird in Breslau ein fortlaufender Cyklus von Vorlesungen und praktischen Uebungen für Aerzte in den Instituten und Kliniken der Universität Breslau stattfinden.

Es betheiligen sich daran persönlich sämmtliche ordentliche und die mit Lehrauftrag versehenen ausserordentlichen Professoren: die Herren Hasse, Ponfick, von Mikulicz-Radecki, Flügge, Filehne, Küstner, Uhthoff, Wernicke, Kast, Hirthle, Richter, Neisser, Lesser, Partsch, Czerny, Kümmel, Stern und deren Assistenten. Es werden demnach sämmtliche medizinische Disziplinen, praktische sowohl, wie theoretische vertreten sein und zwar einerseits durch klinische Vorträge mit Demonstrationen, andererseits durch praktische Kurse mit technischen Uebungen und schliesslich durch experimentelle Demonstrationen mit Vorträgen, eventuell Uebungen. Der genaue Vorlesungsplan, sowie die Honorarsätze werden demnächst ausführlich veröffentlicht werden und werden auf Verlangen zugeschickt.

Alle Anfragen sind an den mitunterzeichneten Schriftführer zu richten.

Der geschäftsführende Ausschuss:
von Mikulicz-Radecki, Filehne,
Vorsitzender. stellvertret. Vorsitzender.
A. Neisser, Schriftführer.
Breslau XVI. Fürstenstrasse 112.

Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 30. Dezember 1901 betreffend Höhe des Beitrages und Festsetzung des Beitragsfusses für die Umlagen zur Aerztekammer 1901.

Einforderung von Berichten an den Minister der Medizinalangelegenheiten.

Erlass vom 17. Januar 1902 betreffend Liquidationen der Kreisärzte über Tagegelder und Reisekosten.

Betrifft Formalien.

Erlass vom 21. Januar 1902 betreffend Einsendung der über die Krankheitsverhältnisse in den Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten ausgefüllten Fragebogen und Zählkarten an das Königl. Statistische Bureau.

Erlass vom 21. Januar 1902 betreffend das Aufsichtsrecht der Polizeibehörden über die Apotheker.

Die Polizeibehörde hat nicht das Recht, über einen Apotheker eine Ordnungsstrafe zu verhängen, weil seine Geschäftsführung in der Vergangenheit den bestehenden Vorschriften nicht entsprochen hat. Die für Verletzung der Berufspflichten in der revidirten Apothekerordnung vorgesehenen Strafen haben den Charakter von Kriminalstrafen.

Erlass vom 27. November 1901 betreffend Bericht über die bisherigen Arbeiten der staatlichen Kommission zur Prüfung der Reinigungsverfahren von Zuckerfabrikabwässern.

Enthält den Kommissionsbericht in wörtlichem Abdruck.

Erlass vom 23. Januar 1902 betreffend Verkehr mit Wein, weinhaltigen und weinähnlichen Getränken.

Betriebe, in denen Dessertweine mit Hilfe getrockneter Früchte oder eingedickter Moststoffe hergestellt werden, sind anzeigepflichtig. Die Aufsicht über die Weinfabrikation im Sinne des Weingesetzes, ist sachkundigen Personen zu übertragen. . . . Zur Hebung des deutschen Rothweinbaus ist auf thunlichst ausgebreitete Verwendung deutscher Rothweine in Kranken-, Pflgeanstalten u. s. w. hinzuwirken.

Erlasse vom 16. Dezember 1901 und 6. Januar 1902 betr. Entlassung geisteskranker Verbrecher bzw. verbrecherischer Personen aus öffentlichen Irrenanstalten.

Genaue Anweisungen über das Verhalten der Polizei- und Justizbehörden bei beabsichtigter Entlassung von Personen aus öffentlichen Irrenanstalten, die entweder auf Grund von § 51 R. St. G. freigesprochen oder auf Grund von § 203 St. P. O. ausser Verfolgung gesetzt sind, oder bei denen der Strafvollzug wegen Geisteskrankheit ausgesetzt ist. Wir behalten uns vor, auf die Erlasse bei zusammenhängender Besprechung des Themas „Geisteskranke Verbrecher“ zurückzukommen.

Erlass vom 25. Januar 1902 betr. ärztliche Thätigkeit in den Privatanstalten für Idioten.

Die Regierungspräsidenten werden ermächtigt, eine Regelung der ärztlichen Thätigkeit in Idioten- und Epileptikeranstalten nach Massgabe der für Kranke unter 18 Jahren geltenden Bestimmungen auch dann zu genehmigen, wenn in jenen Anstalten Idioten und Epileptiker über 18 Jahren verpflegt werden. Bei Ertheilung dieser Genehmigung sollen diejenigen — besonders wohlthätigen — Anstalten bevorzugt werden, die sowohl jüngere als ältere Kranke beherbergen und nicht nur behandeln, sondern auch erziehen und unterrichten.

Erlass vom 10. Januar 1902 betr. Ventilationsvorrichtungen in Restaurationsräumen und Erlass vom 23. Januar 1902 betr. Beschäftigung von Gehilfen und Lehrlingen in Gast- und Schankwirthschaften werden in der periodischen „Gewerbehygienischen Rundschau“ unserer Zeitung erörtert werden.