XXIII.

AUS DER CHIRURGISCCH-ORTHOPÄDISCHEN PRIVATKLINIK (MIT ZANDERINSTITUT)
VON DR. MED. K. GAUGELE, ZWICKAU I. S.

Die Verletzungen des Rückens und ihre Beurteilung bezüglich der Beschränkung der Erwerbsfähigkeit.

Von

Dr. Gaugele.

Mit 30 Abbildungen im Text.

Seit dem Erscheinen des grossen Werkes von Wagner und Stolper über die Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarkes im Jahre 1898 ist eine grössere Arbeit dieses Themas nicht mehr veröffentlicht worden. Da wir namentlich in den letzten Jahren in unserer Unfallabteilung sehr häufig Verletzungen des Rückens zur Nachbehandlung von den Berufsgenossenschaften überkommen haben, möchte ich hier meine Erfahrungen an unserem sehr reichlichen Material bekannt geben und zwar namentlich mit Rücksicht auf die Einschätzung der erwerbsbeschränkenden Folgen dieser Rückenverletzungen durch das Schiedsgericht und das Reichsversicherungsamt. Zu diesem Zwecke erbat ich von den in Frage kommenden Berufsgenossenschaften und Versicherungsgesellschaften die Akten der von uns teils behandelten, teils nur begutachteten Verletzten. Von 212 in Frage kommenden Patienten konnte ich jedoch nur die Akten von nahezu 200 bekommen. Ausserdem wurden mir lebenswürdigerweise von der Schmiede-Berufsgenossenschaft und der Nürnberger Lebensversicherungsbank die Akten ähnlicher Verletzungen zugesandt, deren Inhalt ich in der folgenden Arbeit gleichfalls verwertet habe.

In einer grossen Zahl der Fälle, namentlich in denen, welche wir hier behandelt haben, stehen mir Röntgenaufnahmen zur Verfügung; diese will ich nur, soweit sie absolute und vollkommen sichere Resultate zeigen, in Pausen bei den einzelnen Fällen wiedergeben; von unsicheren Fällen, bei denen die Vermutung eine grosse Rolle in der Diagnosestellung gespielt hat (hier oder anderwärts), bringe ich keine Pausen. Da ich sämtliche Verletzungen des Rückens, soweit die Patienten unter dieser Diagnose uns eingeliefert worden sind, bearbeiten wollte, werden auch Verletzungen des Beckens hier mitbesprochen werden, da ihre Abtrennung von anderen gleichzeitigen Ver-

letzungen des Rückens nur schwer angegangen wäre. Ich bemerke zu gleicher Zeit, dass die hier nur kurz angeführten Beckenverletzungen nächst dem in einer ausführlichen Arbeit meines früheren Medizinalpraktikanten Fritz Goldberg aus Zittau als Dissertation veröffentlicht werden. Ich glaube durch die Veröffentlichung meiner Fälle dem Gutachter eine gewisse Grundlage in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit geben zu können, da ich ja die bereits ergangenen Urteile der Schiedsgerichte und des Reichsversicherungsamtes mitveröffentlichen kann.

Die Mehrzahl der Fälle ist, wie angegeben, in unserer Klinik behandelt bzw. begutachtet worden. Die Beobachtungszeit war dabei zum Teil eine sehr lange, bis zu mehreren Monaten.

Die Behandlung und Begutachtung erfolgte in unserer Klinik bis April 1905 durch meinen Vorgänger, Herrn San.-Rat Dr. Köhler, im Jahre 1905 gemeinsam mit diesem, ab 1. April 1906 durch mich allein.

Die nun folgenden Krankengeschichten stellen kurze zusammenfassende Auszüge aus den berufsgenossenschaftlichen Akten dar; mit Rücksicht auf die grosse Zahl der Fälle konnte nur das zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit besonders Notwendige aus den Akten herausgezogen werden. Auf eine vollkommene Wiedergabe der Urteilsbegründung der Schiedsgerichte und des Reichsversicherungsamtes musste ich mit Rücksicht auf die Ausdehnung der Arbeit und die mir gestellte Arbeitsfrist verzichten.

Das Material ist natürlich etwas einseitig, weil wir keine frischen Fälle zur Behandlung bekommen, sondern nur die Fälle zur Nachbehandlung übernommen haben. Es fehlen uns daher vollkommen die tödlichen Fälle.

I. Kontusionen und Distorsionen.

A.

1. Bachmann, Textilarbeiter. Unfall 7. April 1905. Quetschung des Brustkorbes und des Rückens. Nach 1½ Jahren vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Kam unter einen Wagen zu liegen.

2. Verlauf: 1½ Jahre nach dem Unfall verdient Patient als Spinner nahezu so viel wie vor dem Unfall. Die anfängliche Druckempfindlichkeit ist vollkommen verschwunden. Unser Gutachten konstatiert Besserung durch Gewöhnung, Befund negativ. Röntgenbilder ohne Besonderheiten. 0%. Die Berufung des Patienten beim Schiedsgericht und der Rekurs zum Landes-Versicherungsamt verworfen.

2. Barth, Geschirrführer. Unfall 24. Oktober 1906. Quetschung des Gesässes und Hinterkopfes, Stauchung der Lendenwirbelsäule und des Kreuzes. Nach 2 Jahren um 10% erwerbsunfähig (bis heute).

1. Hergang des Unfalls: Patient rutschte auf einem Wagen stehend aus und schlug mit dem Rücken auf eine Rampe.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt fand Druckempfindlichkeit des Kopfes, Verdickung an der IV. Rippe vorn, schmerzhaftes Schwellungen in der Lenden-

und Kreuzgegend, Verdickung an der linken Kreuzdarmbeinfuge, Wirbelsäule ziemlich versteift. 20 0/0.

Die Untersuchung durch unsere Klinik am 20. September 1908 ergibt, dass die Wirbelsäule nicht mehr druckempfindlich und die Beweglichkeit nicht mehr behindert ist, auch die Schwellungen sind verschwunden. 10 0/0.

3. Baschera, Lehmhacker. Unfall vom 28. Mai 1904. Kontusion des Kreuzes. Nach 2 Jahren noch um 20 0/0 erwerbsbeschränkt (anscheinend bis heute).

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel 1 m hoch auf einen Lehmwagen.

2. Verlauf: In dem Gutachten vom 28. August 1904 (S.-R. P. in A.) wurden die Dornfortsätze vom IV. Brustwirbel ab als schmerzhaft angegeben. Die Beweglichkeit war noch vollkommen behindert. Behandlung notwendig. 100 0/0.

In unserem Gutachten vom 24. Oktober 1904 gibt Patient noch Schmerzen am Kreuzbein an. Die Beweglichkeit ist frei. 20 0/0, welche vom Schiedsgericht bestätigt werden.

4. Baumann, Bierfahrer. Unfall vom 7. August 1904. Quetschung von Brust und Rücken. Nach 3 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde vom Pferd an die Wand gedrückt.

2. Verlauf: Dr. H. in Z. stellte November 1904 noch Schmerzhaftigkeit an Schulter und Rücken fest; 15 0/0.

Im Juli 1907 Begutachtung durch unsere Klinik: der Befund ist vollkommen negativ. 0 0/0.

5. Baumann, Walzwerkerarbeiter. Unfall vom 5. Juni 1901. Kontusion des Rückens. Nach 4 Jahren vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von der Deichsel zu Boden geschleudert und fiel auf den Rücken.

2. Verlauf: Der erstbehandelnde Arzt stellte eine Erschütterung des Rückenmarkes ohne äusserlich sichtbare Verletzung fest.

September 1901 Begutachtung durch unsere Klinik: Beweglichkeit vollkommen frei; geringe Schmerzen jedoch noch glaubhaft. 20 0/0.

1 Jahr darauf gibt Patient noch Schmerzen im Nacken und Druckempfindlichkeit vom VII. Halswirbel an bis IV. Brustwirbel, ebenso vom II.—IV. Lendenwirbel. Übertreibung. 10 0/0.

Januar 1905 Untersuchung durch S.-R. H.: Befund negativ. 0 0/0.

6. Bernhardt, Textilarbeiter. Unfall vom 25. Oktober 1908. Kontusion des Rückens und des Kreuzes. Nach einem halben Jahre vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel von einem 80 cm hohen Gestell auf Zementboden mit dem Rücken auf.

2. Verlauf: Durch unser Gutachten vom März 1909 wird die bisher gewährte Rente von 20 0/0 aufgehoben. Das Röntgenbild ergibt nichts Abnormes. Der Befund ist überhaupt negativ.

7. Bogmann, Bergarbeiter. Unfall vom 14. April 1905. Quetschung des Rückens. Nach 5 Jahren 0 0/0 erwerbsbeschränkt.

1. Akten liegen nicht vor.

2. Verlauf: Nachuntersuchung in unserer Klinik im August 1910: Runder Rücken mit starker Lordose der Lendenwirbelsäule, keine Druckempfindlichkeit, keine Behinderung der Beweglichkeit. Befund vollkommen negativ. Beschwerden kommen von einer Wanderniere. 0 0/0.

8. Böttcher, Zimmerpolier. Unfall vom 29. August 1899. Verstauchung der Wirbelsäule, Kontusion des Brustkorbes, Gehirnerschütterung. Nach 8 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte aus einigen Metern Höhe rückwärts herunter auf Sparrwerk und von da auf lockere Bodenmasse. Einige Stunden bewusstlos.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt stellte 4 Monate nach dem Unfall eine Steifigkeit der Wirbelsäule und Sensibilitätsstörung in den Armen fest. $66\frac{2}{3}\%$.

Diese Rente wurde durch ein Gutachten aus unserer Klinik (Mai 1901) auf $33\frac{1}{3}\%$ herabgesetzt; es war nur noch Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule festzustellen. Patient verdiente 41 Pfg. pro Stunde.

Diese Rente wurde später auf ein Gutachten hin auf 20% herabgesetzt; das Röntgenbild liess irgend einen krankhaften Befund nicht erkennen (geringe Unfallshysterie).

Im April 1907 empfehlen wir trotz der grossen Klagen des Patienten die Einziehung der Rente, da die Beweglichkeit vollkommen frei ist und neurasthenische Symptome nicht mehr festgestellt werden. Durch Schiedsgerichtsurteil wird die Rente eingestellt; Patient verdient jetzt 51 Pfg. Stundenlohn.

9. Böttcher, Bergarbeiter. Unfall vom 3. Februar 1903. Kontusion der Kreuzgegend. Nach 3 Jahren noch zu 60% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von Kohlen verschüttet.

2. Verlauf: Im April 1903 stellten wir Druckempfindlichkeit an der Kreuzdarmbeinfuge, ausserdem eine ziemlich starke Behinderung der Wirbelsäulenbeweglichkeit fest, Patient konnte auch nur mit Stock gehen; ausserdem bestand eine Entzündung am linken Schultergelenk. Das Röntgenbild liess eine Knochenverletzung nicht erkennen. 75% . Prof. W. in L. stellte auch geringe objektive nervöse Störungen fest, empfahl ebenfalls 75% .

Im November 1906 wird die Rente durch Schiedsgerichtsentscheidung auf 60% herabgesetzt (Gutachten von Dr. L. in B.).

10. Bräunig, Bergarbeiter. Unfall vom 17. Juni 1908. Kontusion der Wirbelsäule, geringgradige Unfallshysterie. Nach $2\frac{1}{2}$ Jahren noch 50% .

1. Hergang des Unfalls: Steinwerk fiel dem Patienten auf Kopf, Rücken und Fuss.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik. Röntgenbild ohne jede Besonderheiten. 40% . Die dagegen eingewendete Berufung hatte beim Schiedsgericht (Juni 1909) insofern Erfolg, als die Rente auf ein Gutachten des Prof. B. in Z. von 40% auf 50% erhöht wurde. Prof. B. vermisste ebenfalls jeden objektiven Befund, stellte dagegen geringe Hysterie fest.

Nachuntersuchung im Oktober 1909 durch unsere Klinik: keine Besserung; der früher arrogante Patient spielt jetzt den Bemitleidenswerten.

11. Dick, Steinbrucharbeiter. Kontusion des Kreuzes. 30% vorgeschlagen. Akten nicht vorliegend.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel 4 m hoch im Steinbruch herunter, konnte sich kaum mehr auf den Beinen halten.

2. Verlauf: Begutachtung in unserer Klinik vom 23. April 1903: Patient könne nichts arbeiten wegen heftiger Schmerzen im Kreuz. Geringe Skoliose der Wirbelsäule am Übergang von der Brust- zur Lendenwirbelsäule; keine nervöse Störung. Leicht gebückte Haltung. Bewegungen des Rumpfes langsam und zögernd und ziemlich beschränkt. Schmerzen vor allem am Kreuz und an der linken Kreuz-

darmbeinfuge. Keine Muskelabmagerung. Röntgenbild o. Bes. Bruch auszu-schliessen. 30 0/0.

12. Dörr, Bergarbeiter. Verstauchung der Halswirbelsäule. 0 0/0. Akten nicht vorliegend.

1. Hergang des Unfalls: Unbekannt.

2. Verlauf: Nachbegutachtung in unserer Klinik am 17. Juni 1905: Druckempfindlichkeit des VI. und VII. Halswirbels, jedoch nicht bei Ablenkung der Aufmerksamkeit. Beweglichkeit normal. Befund negativ. 0 0/0.

13. Drescher, Arbeiter. Unfall am 3. Dezbr. 1908. Quetschung am Kopf, Becken und Kreuz. Nach einem halben Jahre um 20 0/0 erwerbsbeschränkt (bis heute).

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel die Treppe herunter und war bewusstlos.

2. Verlauf: Juli 1909 Untersuchung in unserer Klinik: Druckschmerzhaftigkeit der Lendenwirbelsäule verschwunden; Röntgenbild ergab keine Verletzung. 20 0/0, nachdem er bis dorthin 40 0/0 bezogen hatte.

14. Drescher, Dachdecker. Unfall am 18. Juni 1910. Kontusion des Rückens. Nach einem halben Jahre nahezu vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte 3 m hoch vom Dach herunter, musste 14 Tage liegen.

2. Verlauf: Als er 3 Monate nach dem Unfall noch nicht wieder zu arbeiten angefangen, wurde er in unsere Klinik zur Behandlung eingewiesen. Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik (29. Oktober 1910): angeblich heftige Schmerzen im Kreuz und in der linken Lendenhälfte. Röntgenbild o. Bes. Befund vollkommen negativ. Zur Schonung 10 0/0. Einspruch des Patienten; Urteil noch nicht gefällt.

15. Ebert, Bergarbeiter. Unfall vom 25. November 1909. Verstauchung der Wirbelsäule. Nach einem halben Jahre noch um 50 0/0 erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Der Förderstuhl wurde zu hoch gelassen, so dass er oben anprallte. Patient stiess mit dem Kopf an und wurde zusammengeknickt; war einige Augenblicke bewusstlos. Patient pausierte zunächst einen Monat, arbeitete dann einen Monat lang, darnach gab er jedoch die Arbeit wieder vollkommen auf wegen angeblich sehr starker Schmerzen.

2. Verlauf: Behandlung vom Juli bis Dezember in unserer Klinik und Begutachtung: Der VII. Brustwirbel ragt bei stärkerem Bücken etwas vor, ebenso der II. Lendenwirbel; angeblich starke Druckempfindlichkeit daselbst. Angaben jedoch ungenau. Beweglichkeit aktiv angeblich sehr behindert, passiv nur gering. Zahlreiche Röntgenbilder lassen mit Sicherheit eine Knochenverletzung ausschliessen; auch keine Kümmell'sche Krankheit vorhanden. Offenbar Bänderverletzung. Hypochondrie. 50 0/0.

16. Fiedler, Müllereiarbeiter. Quetschung der Rippen und der Wirbelsäule. Akten nicht vorliegend.

1. Hergang des Unfalles: unbekannt.

2. Nachbegutachtung in unserer Klinik 19. Oktober 1909: Schmerzen beim Heben und Tragen rechts neben der Wirbelsäule. Befund vollkommen negativ. Angebliche Druckempfindlichkeit neben der Brustwirbelsäule.

17. Fischer, Zimmermann. Unfall vom 7. Februar 1907. Bandverletzung an der Wirbelsäule. Nach 3 1/2 Jahr zu 66 2/3 0/0 erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient kam unter eine grosse Glaskiste zu liegen.
2. Verlauf: Gutachten von Dr. T. in Pl. vom 29. Juni 1907: Patient war zuerst bewusstlos. Husten mit Blutbeimengung. Stärkste Schmerzen an Brust und Kreuz. (Morphium, Luftkissen). Senkung des Kreuzbeines in der Kreuzdarmbeinfuge. Korsett. 100 %.

Infolge eines neuen Gutachtens dieses Arztes vom März 1908 wurde die Rente auf 80 % herabgesetzt. Nervosität. Steifheit der Wirbelsäule. Der I. Lendenwirbel springt als Höcker vor.

Neues Gutachten durch denselben Arzt Juli 1909. Kein Buckel mehr zu sehen. I. Lendenwirbeldorn jedoch immer noch etwas vorspringend. Knochen wohl ausgeheilt. $66\frac{2}{3}$ %.

Bald darauf wird Patient in unserer Klinik behandelt und begutachtet: die Patellarreflexe sind gesteigert, die Wirbelsäule nicht anatomisch versteift, der Gang forciert gerade; nach dem Röntgenbild sicher nirgends eine Verletzung oder Knochenerweichung (Kümmell) $66\frac{2}{3}$ %, welche durch Schiedsgerichtsurteil bestätigt werden.

18. Fischer, Schieferdecker. Unfall vom 20. März 1901. Kontusion der Kreuzgegend. Nach $2\frac{1}{2}$ Jahren nicht mehr erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel vom Dache auf den Hof.
2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. T. in N. stellte leichte Druckschmerzhaftigkeit und Beschränkung der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule fest.

Die Rente $2\frac{1}{2}$ Jahre darauf auf Grund eines Gutachtens aus unserer Klinik eingezogen. Röntgenbild o. Bes. Keine Druckempfindlichkeit, keine Bewegungsbehinderung mehr.

19. Fischer, Geschirrführer. Quetschung des Brustkorbes und Zerrung der Gesässmuskulatur. Verzicht auf Rente. Akten nicht vorliegend.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von der Deichsel zu Boden geschleudert, fiel auf den Rücken und war einige Zeit bewusstlos.

2. Verlauf: Begutachtung in unserer Klinik am 24. September 1903: Klagen über Druck auf der Brust und Husten, kann sich nicht bücken, nicht arbeiten. Puls beschleunigt. Schmerzhaftigkeit in der Kreuzgegend und am Brustkorb. Befund negativ. Verzicht auf Rente.

20. Flemmig, Walzenbauer. Unfall vom 22. Juni 1903. Verstauchung des Beckens und des Kreuzes. Nach vier Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel 3 m hoch von einem Walzwerk herunter.

2. Verlauf: Gutachten von Dr. G. in Z. Oktober 1903: rechte Kreuzdarmbeinfuge etwas schmerzhaft, Anziehen des Oberschenkels etwas beschränkt. 15 %; ausserdem Leistenkanalerweiterung als Unfallsfolge anzuerkennen.

Durch ein Gutachten aus unserer Klinik (Sept. 1904) wurde abnorme Übertreibung des Patienten festgestellt. Da Befund negativ, wurde Einziehung der Rente empfohlen: die Rente wurde jedoch sowohl durch das Schiedsgericht als vom R.-V.-A. wieder auf 15 % festgelegt.

Ein neues Gutachten von Prof. B. in Z. (September 1907) empfiehlt Fortgewährung der Rente, da das rechte Bein noch etwas abgemagert sei; die Rente wird aber doch eingezogen, da Patient seinen vollen Lohn wieder verdient.

21. Fuchs, Müllergeselle. Unfall vom 14. November 1903. Quetschung des Brustkorbes und des Rückens. Nach 1 Jahre wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von einem heruntergleitenden Mehlsack am Rücken getroffen und fiel zur Erde.

2. Verlauf: Gutachten Dr. H. in Z.: Schmerzen in der Gegend des Schulterblattes bei schweren Arbeiten, geringe Dämpfung in der Schulterblattgegend. 10 bis 15 %.

Diese Rente wird auf ein Gutachten aus unserer Klinik hin eingezogen, da ein chronisches Lungenleiden festgestellt wird, welches schon vor dem Unfall bestanden hat, Patient ausserdem seinen Lohn wie zuvor verdient.

Die eingelegte Berufung wird zurückgewiesen.

22. Fuhrmann, Textilarbeiter. Unfall vom 10. März 1908. Quetschung des Kreuzes und des Beckens. Nach einem halben Jahre um 15 % erwerbsbeschränkt (bis heute).

1. Hergang des Unfalls: Patient blieb mit seinem Mantel an der Leiter hängen und fiel rücklings herunter auf ein Brüstungsgeländer; 2 Monate vollkommen erwerbsunfähig.

2. Verlauf: Nach dem Gutachten von Dr. M. in K. war Patient bewusstlos, der Rücken vollkommen blutunterlaufen, alles schmerzhaft, kein Urinabgang in den ersten Tagen. Nach 3 Monaten Erwerbsbeschränkung von 25 %.

November 1908 wird Patient von uns mit Röntgenstrahlen durchleuchtet; Röntgenbilder o. Bes. Wirbelsäule normal beweglich, Becken noch etwas empfindlich. Lohn 13 Mk., gegenüber 16 Mk. vorher. 10—15 %.

23. Geith, Dienstmädchen. Unfall vom 29. Oktober 1909. Kontusion der Wirbelsäule. Nach einem halben Jahre um 50 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patientin stürzte 2 Stock hoch vom Fenster.

2. Verlauf: Patientin wurde im Stadtkrankenhans z. Z. ungefähr 4 Monate behandelt; die ersten 3 Tage konnte sie überhaupt nicht gehen, später nur unter Schmerzen. Keine Blasenmastdarmstörung.

Nachbehandlung durch unsere Klinik; bei der Entlassung im April 1910 ist die Beweglichkeit noch in geringem Grade behindert, das linke Bein etwas schwächer als das rechte; eine Knochenverletzung liegt nach dem Röntgenbild nicht vor. 50 % Schonungsrente.

24. Georgie, Fuhrwerksbesitzerin. Unfall vom 11. April 1908. Quetschung des Rückens und Brustkorbes. Nach 2 Jahren noch um 25 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patientin wurde von einem Pferd gegen einen Kirschbaum gedrückt, war kurze Zeit bewusstlos.

2. Verlauf: Nach Angabe des behandelnden Arztes hatte die Patientin von Jugend auf eine Rückgratsverkrümmung. Die Hüft- und Lendengegend war stark geschwollen und auf Druck schmerzhaft. Auch die Nackenmuskulatur links stark geschwollen. $66\frac{2}{3}$ %.

Die Rente wurde später infolge Besserung der Beweglichkeit allmählich auf $33\frac{1}{3}$ % herabgesetzt und die dagegen eingelegte Berufung im Mai 1909 durch das Schiedsgericht verworfen.

Erneute Beobachtung und Begutachtung in unserer Klinik Januar 1910: Starke Diastasen der Bauchmuskeln, stärkste Skoliose. Im übrigen kein objektiver Befund. 25 %.

25. Göschel, Häuer. Unfall vom 25. Oktober 1907. Kontusion des Rückens, Verrenkung des rechten Armes. Rippenbeschwerden bereits nach 1 Jahre verschwunden.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von niedergehendem Gestein vollständig verschüttet.

2. Verlauf: Patient erlitt verhältnismässig wenig Verletzungen. Gutachten aus unserer Klinik März 1908: Schmerzen an der Schulter und an der Hand, am Rücken keine Schmerzen mehr. Lohn 3.70 Mk., gegenüber früher 4.50 Mk. 40⁰/₁₀₀.

Diese Rente wird 1 Jahr darauf auf 25⁰/₁₀₀ herabgesetzt. Befund negativ. Peri-Arthritis humeri geringen Grades.

26. Gottsmann, Handarbeiter. Unfall vom 5. November 1902 Quetschung des Beckens, der Hüftgegend und der Oberschenkelmuskulatur. Nach 2¹/₂ Jahren vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von einbrechender Wand zur Hälfte verschüttet.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt konnte einen äusserlichen Befund nicht feststellen, schätzt jedoch die Erwerbsbeschränkung zu 50⁰/₁₀₀. Patient knickt stark um.

Begutachtung in unserer Klinik im Mai 1903: Die Adduktion des Beines war sehr erschwert, die Muskulatur schlaff und abgemagert. 20⁰/₁₀₀.

Diese Rente wird im Jahr 1905 eingezogen, Befund negativ, Lohn wie zuvor, keine Druckempfindlichkeit.

27. Götze, Papierfabrikarbeiter. Unfall vom 14. Januar 1910. Quetschung des Brustkorbes. Nach ¹/₄ Jahre vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient geriet mit dem Brustkorb zwischen zwei Eisenbahnwagenpuffer.

2. Verlauf: Nach der Verletzung vollkommen blass, Blut im Urin, angeblich auch Blut erbrochen. Heftige Schmerzen. Einige Monate nach dem Unfall (Gutachten Dr. L. in G. vom April 1910) noch Erbrechen von Speisen und Blut beim schweren Heben, schlechter Schlaf, Schweisse, Seitenstechen. Dämpfung auf der rechten Brusthälfte und Schallverkürzung.

Der Befund konnte 8 Tage später bei einer Untersuchung in unserer Klinik nicht mehr festgestellt werden; er war vielmehr vollkommen negativ. 0⁰/₁₀₀. Kein Widerspruch von seiten des Patienten.

28. Gündel, Landwirt. Unfall vom 17. Dezember 1907. Kontusion des Rückens. Nach 3 Jahren noch um 10⁰/₁₀₀ erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Ein Baumstamm fiel dem Patienten ins Kreuz.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik vom April 1909, Patient verlangte jedoch nach Hause, leichte Arbeiten könne er machen. Leichte Steifheit der Lendenwirbelsäule, rechte Kreuzdarmheinfuge schmerzhaft. 33¹/₃ ⁰/₁₀₀.

Nachuntersuchung vom 6. April 1910: Leichte Skoliose ohne Zusammenhang mit den Unfall. Beweglichkeit normal. Trendelenburg negativ. Vielleicht noch geringe Schmerzen, 10⁰/₁₀₀.

29. Heil, Bleichereiarbeiter. Unfall vom 18. September 1906. Kontusion des Rückens. Nach 4 Jahren noch um 50⁰/₁₀₀ erwerbsbeschränkt¹⁾.

1. Hergang des Unfalls: Patient rutschte beim Ziehen einer Wage aus und fiel auf den Rücken.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. W. in M. stellte eine starke, von der Jugend herrührende Kypho-Skoliose fest. Interkostalnerven schmerzhaft, ebenso Wirbelsäule auf Druck. Traumatische Übertreibung. 100⁰/₁₀₀.

Darauf wurde Patient in unserer Klinik behandelt und im Februar 1907 wieder entlassen: Lungenblähung, Beweglichkeit der Wirbelsäule infolge der Skoliose sehr behindert, keine Interkostalneuralgie, starke Übertreibung. Unfall-

¹⁾ Obwohl kein Befund, doch 50⁰/₁₀₀.

neurastheniker. 50 %. Prof. Pr. in Z., als Obergutachter gehört, erklärte die Beschwerden herrührend von der Verkrümmung, ausgelöst durch den Unfall. 50 %.

Später beantragt Patient Erhöhung der Rente, die jedoch von der Berufsgenossenschaft abgelehnt wird. Die Berufung dagegen wird verworfen.

30. Herold, Krempferin. Unfall vom 11. Mai 1906. Quetschung des Beckens und der Wirbelsäule. Nach 2 Jahren voll erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patientin fiel auf das Becken.

2. Verlauf: Patientin konnte nur unter grossen Schmerzen gehen, die rechte Lendengegend war geschwollen (Gutachten Dr. V in C. August 1906), der Darmbeinkamm blutunterlaufen, auf Druck schmerzhaft, ebenso die ganze Wirbelsäule. Einweisung in Heilanstalt empfohlen.

Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik vom 7. Oktober 1906: Können nur leichte Arbeiten machen, verdiene nur die Hälfte von früher. Röntgenbild o. Bes., mässige Druckempfindlichkeit, Beweglichkeit normal, jedoch etwas schmerzhaft. Übertreibung. 20 %.

November 1908: Neuuntersuchung in unserer Klinik: keine sichere Druckempfindlichkeit mehr, Beweglichkeit normal. 0 %.

Keine Berufung.

31. Hertel, Formerlehrling. Unfall vom 16. Dezember 1909. Kontusion des Brustkorbes und des Rückens. 50 %.

1. Hergang des Unfalls: Ein eiserner Sandkasten fiel dem Patienten auf den Rücken.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt gab an: Bewusstlosigkeit und starker Shock des Patienten, Puls langsam, unregelmässig, fadenförmige Atmung unregelmässig, teilnahmslos.

Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik (Juli 1910): Atmung gleichmässig, Wirbelsäule und Schulterblatt angeblich sehr druckempfindlich, teilweise auch bei Ablenkung der Aufmerksamkeit. Wirbelsäule gut durchdrückbar, keine anatomische Steifheit. Leibbetastung angeblich schmerzhaft, jedoch ohne Muskelspannung. 20 %. Aggravation, keine Hysterie. Das Röntgenbild liess irgend welchen krankhaften Befund nicht erkennen.

Auf die Berufung des Patienten hin wird er auf Veranlassung des Schiedsgerichtes im Krankenstift zu Z. nochmals untersucht: Leichtes Hervortreten des I. Lendenwirbeldorns und zweifellos leichte Störung der Beweglichkeit der Wirbelsäule, sowie eine starke Druckempfindlichkeit derselben. Röntgenbild o. Bes. Wegen Schmerzen 50 %.

32. Hirsch, Handarbeiter. Unfall vom 23. Juli 1902. Bruch der rechten Elle, Verstauchung des Kreuzes. Nach 1 Jahr vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte ein Stockwerk hoch vom Gerüst, musste nach Hause gefahren werden, lag 6 Wochen im Bett.

2. Verlauf: Oktober 1902 nach dem Gutachten des behandelnden Arztes Dr. M. in W. vollkommen erwerbsunfähig wegen Schwindelgefühlen.

Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik (Januar 1903): Wirbelsäule normal, Beweglichkeit frei, Muskulatur am rechten Arm noch etwas abgemagert. 10 %, welche Rente im Juli 1903 vollkommen eingezogen wird, da Befund negativ.

33. Hofmann, Zimmermann. Unfall vom 18. Januar 1907. Rückenquetschung. 0 %.

1. Hergang des Unfalls: Patient rutschte mit einer leeren Kiste die Treppe herunter auf dem Rücken.

2. Verlauf: Von dem behandelnden Arzte Dr. B. in M. wurde Behandlung empfohlen; da Patient nicht in die Klinik gehen wollte, fing er zu arbeiten an unter der Begründung, dass er keine Schmerzen mehr habe.

34. Keller, Stuhlmeister. Unfall vom 15. Juli 1903. Quetschung des Rückens. Nach 3 Jahren vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel rücklings auf ein Kammrad; sofort Schmerzen im Rücken, später auch im Bein; arbeitete einige Tage weiter, musste aber wieder aufhören.

2. Verlauf: Der erstbehandelnde Arzt fand den Oberschenkel grün und blau verfärbt, ebenso Blutunterlaufungen am Rücken. Gang der Rückenmarkskranken. Unmöglichkeit, sich zu bücken. 100%.

Begutachtung im Juli 1904 durch unsere Klinik. Patient gab Schmerzen im Kreuz und an der Wirbelsäule an, arbeitete nicht. Wirbelsäule normal. Höchstens 20%. Die Berufung wurde auf Grund eines Obergutachtens von Prof. W. in L.-St., welcher Übertreibung und leichte Nervosität feststellte, verworfen.

Diese Rente wird später, da Befund negativ, eingezogen (Oktober 1906). Berufung. Abfindung vor dem Schiedsgericht mit 350 Mk.

35. Kessler, Maurer. Unfall vom 4. Juli 1903. Kontusion der Wirbelsäule und des Kreuzes. Nach 2 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte 12—15 m hoch vom Gerüst herab, musste nach Hause gefahren werden.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik und Begutachtung (Februar 1904): Schmerzen im Kreuz, besonders beim Bücken, Druckempfindlichkeit des III. und IV. Lendenwirbels. Keine Übertreibung. Bewegungen langsam. 20%.

Diese Rente wird im Jahre 1905 ohne Widerspruch des Patienten aufgehoben, da Befund negativ.

36. Kläss, Geschirrführer. Unfall vom 7. April 1906. Brustkorb-quetschung mit folgender Lungentuberkulose. Exitus.

1. Hergang des Unfalls: Patient sass auf einem Wagen und musste durch einen Torbogen fahren; er wurde zwischen Wagen und Torbogen gedrückt.

2. Verlauf: Im Juli 1905 konstatierte der behandelnde Arzt Dr. B. in Ch. Druckempfindlichkeit der Brustwirbel; unfähig zu arbeiten. 100%.

Darnach Behandlung in unserer Klinik, Begutachtung am 19. September 1906: Runder Rücken, Brustwirbel auf Druck schmerzhaft, Beweglichkeit etwas behindert. Bei der Entlassung wurden 25% Rente empfohlen, von einem andern zugezogenen Arzt 33½%; da die Berufsgenossenschaft nur 20% gewährte, legte Patient Berufung ein und wurden ihm 30% zugesprochen. Später starb Kläss an den Folgen eines Blutsturzes; die Sektion ergab Lungentuberkulose mit Lungenblutung. Der gehörte Bezirksarzt war der Ansicht, dass der Unfall die Ursache des Todes sei.

Daraufhin wird die Berufsgenossenschaft vom R.V.A. am 17. November 1908 verurteilt, dem Patienten bis zum Tode an Stelle der 30%igen Rente eine 100%ige zu gewähren. Eine weitere Entschädigung für die Hinterbliebenen wurde nicht gewährt¹⁾.

37. Knoll, Fuhrknecht. Unfall vom 12. Oktober 1902. Quetschung des Rumpfes. Nach 6 Jahren noch um 20% erwerbsbeschränkt.

¹⁾ Ich kann an den Zusammenhang nicht glauben. Patient war bei der Aufnahme in die Klinik auf der Lunge vollkommen gesund. Aus gewissen Gründen entlassen, kehrte er nach einiger Zeit mit einer akuten katarrhalischen Pneumonie und ziemlich hohem Fieber in die Klinik zurück.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von Pferden geschleift und erlitt einen Blutsturz.

2. Verlauf: Nach dem Unfall zahlreiche Magenblutungen, welche der behandelnde Arzt Dr. R. in W. auf die Verschlimmerung eines vorher bestandenen Magenleidens zurückführte, dieser Ansicht tritt Prof. K. in Z. bei.

Dezember 1903 Untersuchung durch S. R. H. in Z.: der Magen aufgetrieben, Herztätigkeit beschleunigt, Patient wollte nicht arbeiten können, 50%. Diese wurden im Jahre 1905 auf 33 $\frac{1}{3}$ % herabgesetzt, da die Herztätigkeit gebessert und die Magenleistung freier geworden war.

Januar 1908 Neuuntersuchung in unserer Klinik: Herztöne rein, Spitzenstoss nicht mehr hehend, subjektive Beschwerden gering, 20%.

38. Köhler, Dampfmaschinenwärter. Unfall vom 20. Novbr. 1905. Quetschung des Rückens. Nach 3 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel die Treppe herunter auf den Rücken, konnte sich kaum erheben.

2. Verlauf: Der erstbehandelnde Arzt stellte negativen Befund fest.

Ein Jahr darauf wurde Patient von uns nachuntersucht; das Röntgenbild ergab keinen krankhaften Befund, es wurden jedoch 10% Rente empfohlen, da vielleicht doch noch Schmerzen vorhanden waren.

Diese Rente wird im Januar 1908 durch ein Gutachten von Dr. O. in Z. aufgehoben, da die Beweglichkeit vollkommen frei ist.

39. Kramer, Kaufmann. Unfall vom 10. Februar 1909. Kontusion des Kreuzes und des Hinterkopfes. Nach 1 Jahre wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel eine Treppe herunter, in der rechten Hand eine Lampe haltend, schlug mit dem Rücken auf.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt fand Druckempfindlichkeit am Hinterkopf und Kreuzbein und Unbeweglichkeit des Rumpfes, 100%.

Nach 2 Monaten war eine wesentliche Besserung eingetreten; angeblich Wirrssein im Kopf, Schmerzen bei Aufregungen, Vergesslichkeit.

Bei einer Nachuntersuchung im Juni 1909 in unserer Klinik wurde nur mehr leichte Druckempfindlichkeit an der Kreuzbeingegend nachgewiesen, im übrigen war der Befund normal. 20%. Die Versicherungs-Gesellschaft hat den Patienten abgefunden.

40. Langbärtl, Steinbrucharbeiter. Unfall vom 22. September 1910. Quetschung des Rückens. 40—50%.

1. Hergang des Unfalls: Patient war in gebückter Stellung, als ihm ein handtellergrosser Stein aus 20 m Höhe auf den Rücken fiel. Bewusstlos, bettlägerig.

2. Verlauf: Behandlung vom November 1910 bis Anfang Januar 1911 in unserer Klinik: bei der Aufnahme ging Patient vollkommen gebückt, die Wirbelsäule war sehr klopfempfindlich, ebenso die Darmbeinkämme. Das linke Bein war stark ödematös geschwollen. Eine Knochenverletzung hat nach dem Röntgenbild nicht bestanden.

Bei der Entlassung kann Patient vollkommen aufrecht gehen. Beim Bücken bleibt die Lendenwirbelsäule etwas steif. Abmagerung des linken Oberschenkels, Ödem des linken Unterschenkels. Gang hinkend. 40%.

41. Lehmann, Bergarbeiter. Unfall vom 4. Januar 1904. Kontusion des Kreuzes, Luxation des linken Oberschenkels. Nach 6 Jahren noch um 50% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde durch herausstürzende Kohle verschüttet und in gebückter Haltung zu Boden gedrückt.

2. Verlauf: Patient war längere Zeit bettlägerig. Vom März bis Mai 1904 war er in unserer Klinik zur Behandlung; bei der Entlassung klagte er noch über Schmerzen im Kreuz und im rechten Bein. Kreuzbein auf Druck angeblich noch etwas empfindlich. Phänomen des Hüftschnappens. Abmagerung des linken Beines. 50%.

Bei einer späteren Untersuchung durch Dr. H. in L. vom 26. November 1908 ist eine Besserung insofern eingetreten, als die Druckempfindlichkeit nachgelassen hat, die Beweglichkeit des Oberkörpers normal geworden ist. 40%. Diese Rente wird durch Schiedsgerichts-Urteil auf 50% erhöht (ohne Zuziehung eines Sachverständigen).

42. Lemme, Maler. Unfall vom 3. Juni 1907. Prellung des Beckens. Nach 3 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte 2 m hoch auf einen Steinhäufen von einer Leiter, schlug mit dem Rücken auf.

2. Verlauf: Auf Grund eines Gutachten des behandelnden Arztes Dr. M. in K. zuerst $33\frac{1}{3}\%$.

Im Dezember 1907 wurde Patient von uns untersucht; das Röntgenbild ergab keinen Bruch des Beckens, geringe Muskelschwäche des Beines, 20%.

Neuuntersuchung im November 1908 angeblich noch Schmerzen im Rücken beim Deckenmalen. Befund nahezu negativ. 10%.

Im Mai 1910 auf Grund unseres Gutachtens bei vollkommen negativem Befund Aufhebung der Rente.

43. Lemnitzer, Schieferdeckermeister. Unfall vom 11. August 1900. Quetschung des Rückens. Nach 10 Jahren noch um 10% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte von der Leiter ab und fiel mit dem Rücken auf das Pflaster.

2. Verlauf: Patient war im Oktober noch vollkommen erwerbsunfähig. Die Lendenwirbelsäule stark druckempfindlich. Bewegungen schmerzhaft. Heben nur mit 2 Stöcken möglich.

Im Februar 1901 konnte die Rente auf 75% herabgesetzt werden, da sich die Beweglichkeit etwas besserte.

Im Juni 1901 arbeitete Patient wieder teilweise. Wesentliche Besserung durch Zunahme der Beweglichkeit. 40%.

Im Mai 1902 wurde die Rente durch ein Gutachten von Dr. P. in H. auf 20% herabgesetzt, da nur mehr forcierte Bewegungen schmerzhaft waren.

Diese Rente wird später auf ein Gutachten von Dr. H. in Z. auf 10% herabgesetzt und die Berufung vom Schiedsgericht verworfen.

44. Löffler, Weber. Unfall vom 29. September 1909. Kontusion des Rückens. Nach 1 Jahre noch um 10% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel von einer Leiter auf den Rücken.

2. Verlauf: Der erste Befund war: Rötung im Gesäss, Erschütterung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes (Dr. F. in C.). Nach kurzer Zeit nahm Patient die Arbeit wieder auf. 20%.

Untersuchung in unserer Klinik April 1910: Röntgenbilder o. Bes. Beweglichkeit frei. Geringe Schmerzen noch glaubhaft. 10%.

45. Löser, Handarbeiter. Unfall vom 18. September 1900. Kontusion des Rückens. Nach 10 Jahren noch um 15% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel vom Wagen.

2. Verlauf: Gutachten von Prof. K. in Z. Dezember 1900: Alter, abgearbeiteter Mann, starrer Brustkorb, angeblich Schmerzen im Kreuz. $33\frac{1}{3}\%$ aus Wohlwollen.

Untersuchung September 1901 in unserer Klinik: Es täte angeblich alles weh, er könnte gar nichts bewegen, es käme alles vom Unfall. Der Befund war nahezu negativ. Starke Alterserscheinungen. 15% . Die Berufung wurde auf ein Obergutachten von Med.-Rat L. in Z., welcher eine Herabsetzung für sehr gerechtfertigt hielt, verworfen, ebenso der Rekurs beim R.-V.-A. zurückgewiesen.

Ein späterer Antrag der Berufsgenossenschaft auf Einziehung der Rente wird vom Schiedsgericht und Reichs-Vers.-Amt abgelehnt.

46. Melzer, Bergarbeiter. Unfall vom 1. Juli 1908. Kontusion der Wirbelsäule. Nach 2 Jahren noch um 10% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde durch herabstürzendes Gebirge zu Boden gestossen, arbeitete bald wieder weiter.

2. Verlauf: Bei einer Untersuchung im Oktober 1909 konnte eine Knochenverletzung auf dem Röntgenbild nicht nachgewiesen werden, auch keine Kümmell'sche Einschmelzung; keine Atrophie. 10% .

47. Menzel, Hotelbesitzer. Unfall vom 11. September 1906. Kontusion der Kreuzbeingegegend. Nach kurzer Zeit wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient glitt auf der Strasse aus und schlug mit dem Rücken auf den Boden auf. Bewusstlos.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt fand starke Schmerzhaftigkeit am Kreuz und eine Schwellung in der Kreuzgegend, die auf Druck sehr empfindlich war. 100% .

Bei der Untersuchung durch unsere Klinik (27. Dezember 1906) war der Befund bereits wesentlich besser. 25% .

Patient wird im Januar 1907 mit 140 Mk. abgefunden. Das Röntgenbild hat eine Verletzung nicht ergeben.

48. Meyer, Geschirrführer. Unfall vom 12. März 1909. Quetschung des Brustkorbes und Rückens. Nach 1 Jahre wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde zwischen Strassengeländer und einen Wagen gequetscht.

2. Verlauf: Patient, welcher bald wieder arbeitete, erhielt zunächst eine Rente von 40% .

Im Juli 1909 wurde er von uns untersucht: die untersten Rippen links sowie die Lendenwirbelsäule waren auf Druck schmerzhaft, auch glaubte man zeitweilig ein leichtes Reiben an der Pleura zu hören.

Bei einer Untersuchung im Mai 1910 ist der Befund vollkommen negativ. Starke Übertreibung. 0% .

49. De Narti, Steinbrucharbeiter. Kontusion des Kreuzes. Unfall im Anfange des Jahres 1903. Akten liegen nicht vor.

1. Hergang des Unfalls: Beim Arbeiten im Steinbruch fiel ein Wasserkübel dem Patienten auf den Nacken.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik Mai 1903: Patient will kaum gehen und stehen können, hinkt stark. Das Röntgenbild lässt völlig normale Verhältnisse erkennen. Knochenbruch ausgeschlossen. Passiv die Beweglichkeit frei. Muskulatur des rechten Beines etwas abgemagert. $33\frac{1}{3}\%$, da Schmerzen noch glaubhaft.

50. Neudel, Geschirrführer. Unfall vom 26. Mai 1903. Kontusion des Gesässes und der Wirbelsäule. Nach 1½ Jahr wieder erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde auf das Gesäss geschlagen.

2. Verlauf: Patient lag mehrere Tage im Bett und war nicht gehfähig. Im September konnte er angeblich schwere Arbeit noch nicht verrichten; der behandelnde Arzt Dr. Sch. in Oe. fand Druckschmerzhaftigkeit der Dornfortsätze des X. und XI. Brustwirbel, ebenso am linken Rippenbogen. 10 %.

Gutachten aus unserer Klinik vom 24. August 1904: Patient klagt über Anfälle mit Bewusstlosigkeit, Zuckungen und Schaum vor dem Mund. Grosse Übertreibung. Einziehung der Rente empfohlen. Berufung vom Schiedsgericht verworfen. Rekurs vom R.-V.-A. zurückgewiesen.

51. Nützel, Tagelöhner. Unfall vom 17. Juli 1898. Quetschung am Hals und Rücken. Nach 12 Jahren noch um 25 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte vom Wagen.

2. Verlauf: Gutachten Dr. S. in G.: Beweglichkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule etwas behindert. 25 %.

Gutachten von Prof. W. in L.-St. vom 18. Mai 1903: Nahm Verstauchung von drei Halswirbeln an mit Druck auf das Rückenmark, der dann langsam zu der jetzt vorhandenen Lähmung des Armes geführt hat. Gesamte Wirbelsäule steif.

Im Juli: Beobachtung und Begutachtung durch Prof. W.: Das Röntgenbild ergab nichts Besonderes, keine Verletzung der Halswirbel, keine Kompression des Rückenmarkes; vielleicht mehr chronisch entzündlicher Prozess in den Schultern. Keine Lähmung. 75 %.

Erneute Behandlung in unserer Klinik; bei der Entlassung am 15. November 1903 war die Halswirbelsäule frei beweglich, kein Reiben, kein Schwindel, keine Kopfschmerzen. 25 %. Eine Erhöhung der Unfallrente wurde vom Schiedsgericht abgelehnt.

52. Pampel, Geschirrführer. Unfall vom 1. Febr. 1905. Quetschung des Brustkorbes und des Beckens. Nach 5 Jahren wieder vollständig erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde zwischen 2 Wagen geklemmt.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt stellte einen Bruch des Schlüsselbeines und der I. und II. Rippe fest. 10 %.

Neuuntersuchung in unserer Klinik am 9. April 1910: Befund negativ. 0 %; die Berufung wurde vom Schiedsgericht verworfen.

53. Poller, Hilfsarbeiter. Unfall vom 11. Januar 1902. Kontusion der linken Gesäss- und Rückengegend, Bruch des linken Unterschenkels. Tod durch Herzberstung.

1. Hergang des Unfalls: Ein Eisenstück fiel dem Patienten auf das Gesäss und linke Bein.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. M. in N. stellt Bruch des linken Unterschenkels fest und Quetschung des Gesässes. Nach Abnahme des Gipsverbandes Thrombose und Blutungen bis in das Becken hinauf. 100 %.

Behandlung in unserer Klinik und Entlassung Juni 1902: ödematöse Schwellung nur mehr gering, Muskulatur abgemagert. 50 %; durch Schiedsgerichtsvergleich wurde die Rente auf 70 % erhöht.

Im Juli 1903 starb Patient plötzlich, nachdem er mehrere Tage vor seinem Tode Herzschmerzen und Schwäche gefühlt hatte. Todesursache: Berstung des Herzens, Blutaustritt in den Herzbeutel, kein Zusammenhang zwischen Unfall und Herztod.

Die Ansprüche der Angehörigen wurden zurückgewiesen.

54. Rössler, Steinbruchsarbeiterin. Unfall vom 29. Mai 1907. Quetschung des Rückens. Nach 3 Jahren noch um 40% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patientin fiel eine Treppe herunter auf den Rücken.

2. Verlauf: Untersuchung in unserer Klinik im August 1907: die Lendenmuskulatur des Rückens war links etwas schmerzhaft angespannt. Letzter Brustwirbel und beide Darmbeinkämme etwas druckempfindlich. Röntgenbilder keine Verletzung. Lendenwirbelsäule etwas steif. 35%; die Berufsgenossenschaft gewährt nur 25%; das Schiedsgericht erhöht die Rente auf 40%.

Neubegutachtung im September 1908: Die schmerzhaft Spannung in der Lendenmuskulatur ist verschwunden; die Wirbelsäule wird beim Bücken gut durchgedrückt. 20%. Das Schiedsgericht verurteilt jedoch die Berufsgenossenschaft wieder zu einer Rente von 40%, da nach dem Gutachten von Prof. K. in L. die Abnahme der Muskelspannung die Arbeitsfähigkeit nicht heben könne¹⁾.

55. Schmidt, Sandgräber. Unfall vom 19. Oktober 1909. Kontusion des Rückens und Beckens. Nach 1 Jahr noch um 35% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel 2 m hoch von einem Wagen herunter, auf harten Boden mit dem Rücken aufschlagend.

2. Verlauf: Nach Aussage des behandelnden Arztes war die ganze Lendengegend und der Brustkorb geschwollen und druckempfindlich, besonders bei Bewegungen. Im Januar 1910 noch um 100% erwerbsbeschränkt.

Begutachtung durch unsere Klinik (7. April 1910): Lendenwirbelsäule bei Bewegungen noch schmerzhaft, Beweglichkeit im übrigen normal. Linke Wade etwas abgemagert. Trendelenburg positiv. Röntgenbild o. Bes. 35%.

56. Schmidt, Zimmerer. Unfall vom 2. August 1902. Kontusion des Rückens. Nach 1 Jahr wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel von der Leiter auf den Rücken.

2. Verlauf: Angeblich bewusstlos. Erstes Gutachten von Dr. B. in N. vom 16. Februar 1903: Schmerzhaftigkeit beim Beklopfen am XI. und XII. Brustwirbel, geringe Störung des Bückens. 15%.

Nachuntersuchung durch unsere Klinik im Oktober 1903: Stauchungsschmerzen, speziell am III. Lendenwirbel, Befund negativ. Beweglichkeit normal. Röntgenbilder o. Bes. 0%.

57. Schubert, Textilarbeiter. Unfall vom 23. April 1903. Kontusion der Kreuzgegend. Nach 3 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient rutschte von der Treppe aus und fiel auf das Kreuz.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik September 1903. Befund negativ. 0%.

Die Berufsgenossenschaft gewährt jedoch 15%, welche auf ein neues Gutachten von Dr. W. in Ch. Februar 1906 eingezogen werden, wogegen Patient beim Schiedsgericht Einspruch erhebt, Patient wird durch Vergleich mit 27 Mk. abgefunden.

58. Schüller, Handarbeiter. Unfall vom 15. Oktober 1900. Kontusion des Beckens und Kreuzes. Nach 3 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

¹⁾ Meines Erachtens ist das Fehlen einer schmerzhaften Muskelkontraktion wohl von Belang für die Einschätzung der Erwerbsfähigkeit.

1. Hergang des Unfalls: Ein Stein fiel dem Patienten auf die Beckengegend.

2. Verlauf: Begutachtung in unserer Klinik im Dezember 1901: Beim Heben und Tragen bekäme er plötzlich einen Stich und Riss in das Kreuz, dann müsste er sich ein paar Wochen auskurieren; das sei im Laufe des letzten Jahres dreimal passiert. Objektiver Befund negativ. Unterer Kreuzbeinwirbel angeblich schmerzhaft, keine Knochenverdickung, keine Rente.

Infolge erneuter Verschlimmerung Behandlung in unserer Klinik Dezember 1902; bei der Entlassung gab Patient an, dass er nicht schwer heben könne. 10%.

Diese Rente wurde im Mai 1903 eingezogen, da Befund vollkommen negativ.

59. Schüller, Bergarbeiter. Unfall vom 5. Dezbr. 1906. Muskelquetschung an der Lendenwirbelsäule. Nach 3 Jahren noch um 15% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Ein Dachgebirge stürzte ein und traf den Patienten auf den Rücken.

2. Verlauf: Untersuchung in unserer Klinik August 1907: das Röntgenbild zeigte keine Knochenverletzung. Patient konnte sich jedoch noch schlecht bücken. 40%. Der behandelnde Arzt fand den Patienten in höherem Grade erwerbsbeschränkt. Bei der Schiedsgerichtssitzung erhielt Patient auf ein Obergutachten von Prof. B. in Z., welcher beginnende Unfallshysterie feststellte, 50%.

Diese Rente wurde später durch ein Gutachten aus dem Kgl. Krankenstift zu Z. infolge Besserung der hysterischen Symptome auf 25% und schliesslich auf 15% herabgesetzt.

Oktober 1909 Abfindung mit 800 Mk.

60. Seidel, Bergarbeiter. Unfall vom 8. Oktober 1908. Kontusion der Lendenwirbelsäule. Nach 2 Jahren noch um 25% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: dem Patienten fiel eine Tür aufs Kreuz.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. Sch. in Z. nahm Blutungen im Rückenmark und Wirbelkanal an. Lähmungszeichen irgend welcher Art waren nicht vorhanden. 30%.

Nachuntersuchung in unserer Klinik im April 1909: Beweglichkeit frei, Trendelenburg negativ, Röntgenbild ohne abnormen Befund. 25—30%. Durch Schiedsgerichtsurteil bestätigt.

61. Seidel, Gutsbesitzer. Unfall vom 17. Juni 1908. Kontusion der Halswirbelsäule. 10%.

1. Hergang des Unfalls: Patient brach durch eine morsche Decke und fiel 3 m tief in den Keller hinunter.

2. Verlauf: Patient wurde zuerst von seinem Hausarzt behandelt.

Im März 1910 tritt Patient in unsere Klinik ein. Die Halswirbelsäule ist noch etwas druckempfindlich, die Beweglichkeit der Wirbelsäule normal. Röntgenbild o. Bes. 10%.

62. Sieber, Bergarbeiter. Unfall vom 8. Novbr. 1901. Kontusion der Kreuzgegend. Nach einem halben Jahre wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von einem Hunt im Kreuz getroffen.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik, Entlassung im Mai 1902: anfänglich öfters Erbrechen, später nicht mehr. Schmerzen im Rücken und Brustkorb. Druckempfindlichkeit der Rippenbogen. Rumpfbewegungen vorsichtig und schmerzhaft. 20%.

Neuuntersuchung in unserer Klinik am 29. Mai 1903: Befund negativ. Einziehung der Rente vorgeschlagen.

63. Steinbach, Maurer. Unfall vom 10. Dezbr. 1909. Kontusion des Rückens. 0%. Nach $\frac{1}{4}$ Jahre wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von einem ungefähr 2 m hoch herunterfallenden Stein im Rücken getroffen.

2. Verlauf: Untersuchung durch unsere Klinik im März 1910: Befund negativ. 0%.

64. Tröger, Anstreicher. Unfall vom 6. Dezember 1909. Kontusion der Wirbelsäule, 10—15%.

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte von einer Leiter.

2. Verlauf: Begutachtung in unserer Klinik im Juni 1910: Patient kann sich angeblich nicht bücken. 7., 8. und 9. Brustwirbel springen etwas nach hinten vor. Wirbelsäule druck- und klopfempfindlich. Beweglichkeit der Wirbelsäule vollkommen frei. Röntgenbilder ohne Befund. 10—15%. Die Berufung wird vom Schiedsgericht verworfen.

65. Vetterlein, Steinbruchsarbeiter. Unfall vom 20. Juli 1907. Quetschung der rechten Lendengegend und der rechten Hand. Nach 3 Jahren noch um 25% erwerbsbeschränkt (nur von seiten der Hand).

1. Hergang des Unfalls: Ein Stein von $\frac{1}{2}$ Ztr. Gewicht fiel dem Patienten auf die rechte Rückenseite und die rechte Hand.

2. Verlauf: Bei der ersten Untersuchung in unserer Klinik (November 1907) war die Rumpfbeweglichkeit etwas behindert. $33\frac{1}{3}$ %.

Diese Rente wird später, da jede Störung von seiten des Rumpfes fehlt, für den Verlust des Ring- und Kleinfingers der rechten Hand auf 25% herabgesetzt, welche Rente Patient heute noch bezieht.

66. Weber, Ziegeleiarbeiter. Unfall vom 29. März 1909. Kontusion der Wirbelsäule. Exitus. (Bei der Sektion wurden Reste eines Beckenbruchs gefunden; P. hat während der Behandlung im Hause nie über das Becken geklagt).

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von einer einstürzenden Wand begraben.

2. Verlauf: Patient wurde in unserer Klinik behandelt: starke Behinderung der freien Beweglichkeit der Wirbelsäule. Schmerzhaftigkeit im Knie. 70%.

Patient starb im November 1910. Die Angehörigen machen Ansprüche, die Entscheidung ist noch nicht getroffen.

67. Weigand, Bahnarbeiter. Unfall vom 14. Dezbr. 1905. Quetschung des Rückens und Brustkorbes. Nach 5 Jahren vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde zwischen Trittbrett und Perron gequetscht.

2. Verlauf: Im Sommer 1906 Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik: Wirbelsäule annähernd gerade, mässig starker Rippenbuckel (von Jugend auf Skoliose). Röntgenbild schliesst schwere Verletzungen aus. 15%.

Die Rente wird im März 1910 auf ein Gutachten aus unserer Klinik hin eingezogen und die dagegen eingelegte Berufung vom Schiedsgericht verworfen.

68. Winkelmann, Bergarbeiter. Unfall vom 4. Dezbr. 1908. Quetschung des Beckens. Nach 2 Jahren noch um 50% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient kam mit dem Körper zwischen zwei beladene Hunte.

2. Verlauf: Bis zum September 1909 vollkommen erwerbsbeschränkt. Medikomechanische Behandlung. Das Röntgenbild ergibt keine Knochenverletzung. Trendelenburg'sches Phänomen positiv. Kreuzbein druckempfindlich. Lidflattern. 50 %.

69. Wolf, Textilarbeiter. Unfall vom 15. Januar 1903. Kontusion der Kreuzgegend. Nach 3 Jahren um 10 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Ein schwerer Stein fiel dem Patienten ein Stockwerk hoch auf den Rücken. Patient wollte Blut ausgeworfen haben.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik und Begutachtung am 8. Februar 1904: Röntgenbild o. Bes. Die angeblichen Blutungen kamen aus dem Zahnfleisch, keine Wirbelversteifung. $33\frac{1}{3}$ %, welche Rente vom Schiedsgericht bestätigt wurde.

Februar 1905 Begutachtung in unserer Klinik: Objektiver Befund negativ, Klagen sehr gross. 20 %; schiedsgerichtlich und vom L.-V.-A. bestätigt.

Neubegutachtung durch unsere Klinik am 7. März 1906: Befund negativ. Röntgenbilder o. Bes. 10 %.

Abfindung mit 400 Mk.

70. Zangenberg, Bergarbeiter. Unfall vom 16. Juli 1910. Quetschung der Wirbelsäule. 25 %.

1. Hergang des Unfalls: Ein Holzstamm traf den Patienten auf das Kreuz.

2. Verlauf: Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik Oktober 1910: Patient klagt stets über Leischmerzen, sein Leistenbruch, der in Leipzig bereits operiert worden sei, stamme von dem Unfall, ausserdem habe er Schmerzen in der Kreuzgegend. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule ist in geringem Grade behindert, Knochenverletzungen können auf den Röntgenbildern nicht festgestellt werden. Das Gefühlsvermögen ist zum Teil gestört. In einer Leibbinde hat Patient weniger Beschwerden. Übertreibung. 25 %.

71. Zöffel, Klempnermeister. Kontusion des Beckens und der Wirbelsäule. Nach 3 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte von der Leiter einige Meter hoch in den Hof.

2. Verlauf: Patient erhielt zunächst als Übergangsrente 20 %, konnte bald wieder arbeiten.

Die Rente wird durch ein Gutachten aus unserer Klinik im März 1903 wieder eingezogen. Wirbelsäule frei beweglich, keine Druckempfindlichkeit.

B. Fälle mit sogenanntem Verheben als Entstehungsursache.

72. Blei, Bergarbeiter. Unfall vom 27. Dezember 1905. Muskelzerrung am Rücken. Nach 5 Jahren noch um 10 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben eines schweren Steines bekam Patient plötzlich solche starke Schmerzen im Kreuz, dass er die Arbeit niederlegen musste.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt stellte Angstanfälle und Versündigungs-ideen bei dem Patienten fest; er konnte nur zeitweilig arbeiten.

Im August 1907 Untersuchung in unserer Klinik: die scharfe Röntgenaufnahme lässt nichts Krankhaftes erkennen; das Rücken ist etwas schwerfällig, 25 %.

Diese Rente wird im April 1909 auf 10 % herabgesetzt; der Befund ist vollkommen negativ. Die Berufung wurde vom Schiedsgericht im August 1909 auf Grund eines Obergutachtens von Prof. B. in Z. zurückgewiesen.

73. Dittmar, Handarbeiter. Unfall vom 5. März 1905. Überdehnung der Lendenmuskulatur. Nach 5 Jahren immer noch um 30% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben eines schweren Kastens verspürte Patient plötzlich einen heftigen Schmerz im Kreuz, konnte nicht weiter arbeiten. Nach 6 Monaten immer noch erwerbsunfähig.

2. Verlauf: Gutachten aus unserer Klinik vom 8. Nov. 1905: Die rechte Brustkorbhälfte des Patienten, welcher anfänglich Blut gespuckt haben will, ist noch druckempfindlich, ebenso die Lendengegend. Beweglichkeit der Wirbelsäule dem Alter entsprechend. 40%.

Diese Rente wird 1 Jahr darauf um 10% herabgesetzt. Die dagegen eingelegte Berufung vom Schiedsgericht verworfen und der Rekurs beim R.-V.-A. zurückgewiesen.

Spätere Untersuchungen ergeben keine Besserung.

74. Erler, Maurer. Unfall vom 12. November 1903. Muskelzerrung am Kreuz. Nach 7 Jahren noch um 30% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Beim Tragen einer schweren Säule plötzlich Schmerzen im Kreuz. 1½ Stunde darnach Erbrechen, Patient konnte nicht weiter arbeiten.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. P. in Fr. stellte Dehnung der Muskulatur am Bauch und in der Lendengegend fest, empfahl 100% und Behandlung.

Gutachten aus unserer Klinik März 1904: Befund negativ. 0%.

Patient arbeitet zunächst, gibt jedoch die Arbeit wieder auf, worauf er von der Berufsgenossenschaft 33⅓% erhält.

Diese Rente wurde jedoch im Dez. 1904 auf Grund eines Obergutachtens von Prof. W. in L.-St. auf 50% erhöht; der Gutachter fand Veränderungen im linken Hüftgelenk, in der linken Kreuzdarmbeinfuge; das Röntgenbild war ohne Befund.

Dezember 1905 Herabsetzung der Rente auf Grund eines Gutachtens von Bezirksarzt Dr. O. in Z. auf 30%, da Beweglichkeit normal und die Muskulatur gebessert. Die Herabsetzung der Rente wird vom Schiedsgericht bestätigt. Spätere Untersuchungen ergeben keine Besserung.

75. Espig, Handarbeiter. Unfall vom 29. August 1901. Zerreissung der Lendenmuskulatur (traumatischer Leistenbruch?). Nach 6 Jahren noch um 25% erwerbsbeschränkt. Tod durch Altersschwäche.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben eines Baumes plötzlich Schmerzen in der Leiste und im Kreuz. Arbeitet an diesem Tag fort, muss am nächsten Tag aussetzen.

2. Verlauf: Dr. G. in Z. führt den vorhandenen Leistenbruch auf den Unfall zurück, diagnostiziert Zerreissung der Lendenmuskeln. 100%.

Gutachten von Prof. K. in Z. Januar 1902: Lehnt den Leistenbruch als Unfallsfolge ab, Kreuzschmerzen glaubhaft. 25%. Die Berufung vor dem Schiedsgericht wird verworfen.

Nachuntersuchung im Juli 1907 in unserer Klinik: Hinfälliger Greis, Besserung nicht nachweisbar. 25%. Die Erhöhung der Rente wird vom Schiedsgericht abgelehnt.

76. Fritzsche, Papierfabrikarbeiter. Unfall vom 16. Juni 1903. Muskelzerrung und Zerreissung in der Kreuzbeingegend. Nach ¼ Jahr 0% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben einer Rolle mit einer Stange verspürte er plötzlich ein Stechen im Kreuz, so dass er zusammenknickte; konnte nicht mehr stehen, musste nach Hause gefahren werden.

2. Verlauf: Patient wird kurze Zeit in unserer Klinik behandelt, verlangt selbst seine Entlassung, da er nur mehr ganz wenig Schmerzen habe. Die Untersuchung ergibt noch leichte Druckempfindlichkeit an beiden Kreuzdarmbeinfugen. 0%, da Patient auf Rente verzichtet.

77. Geiger, Schmied. Unfall im Mai 1906. Verletzung der Niere, Zerrung der Rückenmuskulatur. Nach 4 Jahren noch um 60% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient überhob sich beim Heben einer Last.

2. Verlauf: Erstes Gutachten vom Dezember 1906 durch Dr. H. in L.: kindskopfgrosse Geschwulst in der rechten Leibseite unterhalb der Leber. Operation ergab eine riesige Erweiterung des Nierenbeckens mit Blut und Eiter, veranlasst wahrscheinlich durch den Unfall, da keine Steine vorhanden waren.

Nachuntersuchung im April 1907 durch Dr. H. in L.: Durch eine neue Operation wurde die Niere entfernt. 100%.

Diese Rente wurde im März 1908 auf ein Gutachten von Dr. K. hin auf 60% herabgesetzt, da die Wunde völlig geschlossen war und die Beweglichkeit sich gebessert hatte. Diese Rente wurde jedoch durch Schiedsgerichtsurteil vom Mai 1908 wieder auf 75% erhöht in Anbetracht der schweren Verletzung und der noch vorhandenen Schwäche des Patienten. Das R.-V.-A. hob jedoch das Schiedsgerichtsurteil auf, da der Patient nach Aussage aller Ärzte blühend aussähe, gut genährt und offenbar imstande wäre, leichte Arbeiten zu verrichten.

Durch ein Gutachten von Dr. K. vom Januar 1910 wird die Herabsetzung auf 40% vorgeschlagen, von der Berufsgenossenschaft jedoch nicht angenommen.

78. Gerisch, Bergarbeiter. Unfall vom 28. Oktober 1902. Muskelzerrung am Kreuz und am rechten Oberschenkel. Nach 8 Jahren noch um 10% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben eines schweren Hutes bekam Patient plötzlich starke Schmerzen im Kreuz.

2. Verlauf: Begutachtung durch S.-R. K. in B. April 1903: fand Muskelabschwächung des rechten Oberschenkels. Patient klagte über Taubheit und Kältegefühl im Bein, ebenso über Kraftlosigkeit. 30%.

Untersuchung in unserer Klinik am 31. Dezember 1903: Befund am Kreuz negativ, leichte Gefühlsstörung am Bein, geringe Muskelschwäche. 20%. Die eingelegte Berufung wurde verworfen.

Neuuntersuchung am 23. März 1905 in unserer Klinik: der Befund ist vollkommen negativ, die starken Klagen des Patienten durch keinen objektiven Befund begründet, höchstens 10%. Patient wird mit 800 Mk. abgefunden.

79. Kastner, Färbereiarbeiter. Unfall vom 21. September 1905. Dehnung der Rückenmuskulatur. Nach 2 Jahren vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Bei einer Wendung plötzlich heftige Schmerzen im Rücken, so dass er nicht weiter arbeiten konnte.

2. Verlauf: Behandlung und Untersuchung in unserer Klinik (Juni 1906): runder Rücken von Jugend auf, Röntgenbild o. Bes. Keine Druckempfindlichkeit, Bewegungen angeblich schmerzhaft. 10%, welche Rente ein Jahr darauf eingezogen wird; die Berufung wird sowohl vom Schiedsgericht als vom R.-V.-A. verworfen.

80. Lauterbach, Waldarbeiter. Unfall vom 18. Juli 1903. Zerrung und Dehnung am Kreuz und am Ischiasnerven. Nach 7 Jahren noch um 50% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben eines Baumes plötzlich Schmerzen im Kreuz, arbeitete bis abends unter heftigen Schmerzen weiter, musste stark hinken.

2. Verlauf: Behandlung durch Dr. Th. in C.: Heftige Kreuzschmerzen, starke Druckempfindlichkeit des Ischiasnerven, Abmagerung des linken Beines. 100%.

Nachuntersuchung im September 1904 in unserer Klinik: Typischer Ischias, im übrigen kein Befund. 50%, welche Rente auch heute noch gewährt wird.

81. Lein, Fördermann. Unfall vom 19. Februar 1906. Muskelzerrung im Rücken. Nach 2 Jahren vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Beim Aufheben des Hutes verspürte Patient plötzlich einen starken Schmerz, konnte nur mehr einige Stunden weiter arbeiten.

2. Verlauf: Im März 1908 wird Patient von mir untersucht: Der Befund ist vollkommen negativ. 0%.

82. Meyer, Textilarbeiter. Unfall vom 4. Juni 1903. Muskel- und Nervendehnung in der Kreuzgegend. Nach 7 Jahren noch um 20% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient verspürte beim Heben eines Schleifbockes plötzlich Schmerzen in der linken Lendengegend.

2. Verlauf: Patient war mehrere Monate vollkommen erwerbsunfähig, er wurde in unserer Klinik behandelt und begutachtet (Dezember 1903): Seine Angaben sind sehr ungenau; höchstens 20%. Seine Berufung, in welcher Patient 100% verlangt, wird vom Schiedsgericht verworfen.

Bei einer späteren Untersuchung im Oktober 1905 wurde ein Beckentumor gefunden; Patient ist invalide geschrieben.

83. Pahlenberg, Schmied. Unfall vom 3. Juni 1906. Muskelzerrung im Rücken. Nach 1 Jahre wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben eines Rades plötzlich Schmerzen im Rücken.

2. Verlauf: Der erstbehandelnde Arzt glaubte an eine Verrenkung der Lendenwirbelsäule mit Verletzung der austretenden Nerven; objektiver Befund wäre allerdings nicht nachzuweisen. Patient hinkte stark und die Beweglichkeit der Wirbelsäule wäre behindert. 50% (Dr. N. in M. 23. September 1906).

Nachuntersuchung am 31. Oktober 1906 durch Dr. Kr.: Stark gebückt, kein Gibbus, keine Druckschmerzhaftigkeit, keine Versteifung. 33⅓%.

Diese Rente wird im August 1907 eingezogen, da Patient wieder vollkommen erwerbsfähig ist.

84. Resch, Textilarbeiter. Unfall vom 24. Oktober 1899. Muskelzerrung im Kreuz. Keine Rente.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben eines schweren Gegenstandes plötzlich Schmerzen im Kreuz; dies wiederholte sich am 8. Oktober 1906, als Patient ein Gewicht von 60 kg hob. Plötzlich Schmerzen im Kreuz, als ob sich das Fleisch vom Knochen löste. Musste 4 Tage aussetzen.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt empfahl 10%, die Berufsgenossenschaft lehnte jedoch eine Entschädigung ab.

Erwähnt sei noch, dass Patient am 7. Oktober 1908 eine neue Verletzung dadurch erlitt, dass er von der Transmission an der Bluse erfasst, hochgezogen und an die Wand gedrückt wurde; er begnügte sich mit der Bezahlung seiner Kleider und einer Reparatur seiner Uhr.

85. Richter, Wollfahrer. Unfall vom 2. Januar 1906. Zerrung des Brustfelles, Brustfellverwachsungen. Nach 4 Jahren noch um 50% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Beim Auffangen eines Korbes machte Patient eine rasche Wendung mit dem Körper und fühlte einen plötzlichen Stich im Rücken.

2. Verlauf: Gleich nach dem Unfall hatte Patient eine linksseitige Rippenfellentzündung und bezog zunächst eine Rente von 100%. Die späteren Gutachten führten diese Rippenfellentzündung auf den Unfall zurück (Zerreissung des Brustfelles).

Am 2. Dezember 1907 wird die Rente auf ein Gutachten aus unserer Klinik hin auf 60% (zeitweilig noch geringes Reiben am Brustfell) und im Januar 1909 auf 50% herabgesetzt. Der Befund ist eigentlich äusserst gering, es bestehen keine Rasselgeräusche, kein Reiben, Patient verdient 10 Mk., vor dem Unfall 14—15 Mk.

86. Rosoly, Töpfereiarbeiter. Unfall vom 11. Mai 1908. Hypochondrische Form der traumatischen Neurasthenie. Nach 2 Jahren noch um 25% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Beim Tragen eines schweren Ballens plötzlich stechende Schmerzen im Rücken, so dass Patient alles fallen lassen musste und nicht mehr weiter arbeiten konnte.

2. Verlauf: Patient wollte anfangs Blut im Urin gehabt haben, öfters wäre auch Samenabgang eingetreten, starke Kreuzschmerzen, Drang zum Urinieren, Schwächegefühl.

Der behandelnde Arzt Dr. K. in K. fand im September 1908 nirgends eine Schwellung, keine Behinderung der Beweglichkeit der Wirbelsäule und bezweifelte den Zusammenhang mit dem Unfall. Potatorium.

Behandlung und Begutachtung in der Universitätsklinik zu Jena: Röntgenbild der Wirbelsäule ohne Befund, Gang steif mit kleinen Schritten, 2.—4. Lendenwirbel druckempfindlich. Keine Hysterie, sondern Hypochondrie. Die Berufung wurde auf ein Obergutachten der psychiatrischen Klinik in Jena nicht zurückgewiesen, sondern die Rente auf 50% erhöht. Von Haus aus psychiatrisch, nicht widerstandsfähig; hysterisch-hypochondrisches Krankheitsbild. Prognose wegen des Alters nicht günstig.

Im Oktober 1909 wird die Rente auf ein Gutachten von Prof. W. in L.-St. hin, welcher die hypochondrische Form der traumatischen Neurasthenie feststellt, auf 25% herabgesetzt.

87. Rössel, Steinbrucharbeiter. Unfall vom 28. Januar 1910. Muskelzerrung im Rücken. Nach 1 Jahre vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Bei der Arbeit im Steinbruch glitt eine Hebelstange ab, so dass Patient vornüber auf den Stein fiel.

2. Verlauf: Untersuchungen im Juni und Dezember 1910 ergaben keinen objektiven Befund; Röntgenbilder o. Bes. Zuerst 10%, später 0% Rente.

88. Seifert, Textilarbeiter. Unfall vom Oktober 1907. Muskelzerrung im Kreuz. Nach 3 Jahren noch um 10% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben eines schweren Gegenstandes verspürte Patient plötzlich einen Knack im Kreuz. Er nahm keine ärztliche Hilfe in Anspruch, will unter Schmerzen weiter gearbeitet haben, musste aber seine Stelle im Jahre 1908 aufgeben.

2. Verlauf: Vom Arzt zuerst im Mai 1908 untersucht; dieser (Dr. P. in Fr.) fand deutliche Ischiassymptome, Dehnung des Ischiasnerven. 20%.

Nachuntersuchung im Juli 1908 durch unsere Klinik: Rückenmuskulatur zwischen Rippen und Darmbeinkamm und der grosse Sitznerv schmerzhaft auf Druck, kein Trendelenburg, leichte Abmagerung des Beines. 20 %. Zusammenhang mit dem Unfall auch von Prof. B. in Z. angenommen.

Diese Rente wird im August 1909 infolge Besserung der Symptome auf 10 % herabgesetzt. Berufung verworfen.

89. Staab, Bergarbeiter. Unfall vom 22. Januar 1907. Bänder- und Muskelzerrung im Kreuzbein bzw. in der Lendenwirbelsäule. Nach 3 Jahren noch um 15 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient stemmte sich mit dem Rücken gegen einen Hunt, um ihn zu heben, dabei plötzlich Knacken im Kreuz.

2. Verlauf: Patient arbeitete zunächst weiter, um nach 14 Tagen die Arbeit aufzugeben. Bei der ersten Untersuchung am 8. Februar 1907 ging er gebückt, vermied jede Bewegung der Lendenwirbelsäule. Äussere Gewalteinwirkung nicht sichtbar.

August 1907 Beobachtung in unserer Klinik: Auf dem Röntgenbild die Konturen des V. Lendenwirbels nicht ganz scharf. 60 %.

Im November 1907 konnte die Rente auf 35 % herabgesetzt werden; Kreuzdarmbeinfuge noch schmerzhaft, Beweglichkeit noch mässig stark behindert. Trendelenburg negativ.

Nachuntersuchung durch Dr. H. in Ch. Dezember 1908: Schmerzen verringert, 25 %; durch Schiedsgerichtsurteil bestätigt.

Nachuntersuchung in unserer Klinik im Dezember 1909: keine Druckempfindlichkeit mehr, Beweglichkeit normal, höchstens 15 %. Rente durch Schiedsgerichtsurteil bestätigt. Abfindung mit 200 Mk.

90. Strauss, Weber. Unfall vom 5. Juni 1909. Muskelzerreissung am Rücken. Nach einem halben Jahre wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Beim Eingraben des Kettenbaumes empfand Patient in gebückter Stellung plötzlich Schmerzen im Kreuz und konnte nicht mehr hoch.

2. Verlauf: Die Muskeln links von der Lendenwirbelsäule und vom Kreuzbein waren schmerzhaft und geschwollen (Dr. St. in Cr.) 15 %.

Nachuntersuchung am 1. März 1910 durch unsere Klinik: Wirbelsäule frei beweglich, nicht schmerzhaft. 0 %. Durch Schiedsgerichtsurteil bestätigt.

91. Weisse, Packerin. Unfall vom 25. Juli 1907. Muskelzerrung im Rücken. Nach 1 Jahre wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben eines schweren Garnkorbes Knacken im Rücken, Patientin rutschte dabei aus und kam zu Fall, konnte sich nicht mehr aufrichten und musste am nächsten Tag von der Arbeit wegbleiben (3 Wochen lang).

2. Verlauf: Der erstbehandelnde Arzt Dr. H. in W. stellte im November 1907 etwas Objektives nicht mehr fest, empfahl 10 %.

Auf ein Gutachten vom 22. Juli 1908 aus unserer Klinik wird diese Rente eingezogen, da Befund vollkommen negativ; Einziehung vom Schiedsgericht bestätigt.

92. Zäuner, Bergarbeiter. Unfall vom 22. Januar 1901. Muskelzerrung in der Lendengegend. Nach 9 Jahren noch um 40 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben eines schweren Huntess plötzlich Schmerzen im Kreuz.

2. Verlauf: Patient war mehrere Monate erwerbsunfähig. Gutachten aus unserer Klinik am 26. September 1901: Leicht gebückte Körperhaltung, keine Knochenverletzung. Hauptsächlich Schmerzen beim Wiederaufrichten aus der gebückten Stellung. 20⁰/. Patient legte Berufung ein; es wurde ein Obergutachten von Geheimrat R. in Dr. herbeigeholt, welcher im grossen und ganzen das Gutachten aus unserer Klinik bestätigte, jedoch noch die Rente von 40⁰/% als zweckmässig erachtete, während Patient vollkommen erwerbsunfähig sein wollte.

Nachuntersuchung in unserer Klinik am 10. November 1902: Befund nahezu negativ, leichte Behinderung der freien Beweglichkeit. 30⁰/. Die Berufung wurde zurückgewiesen; ebenso der Rekurs beim Reichsversicherungsamt.

Nachuntersuchung in unserer Klinik am 10. November 1903: Patient gibt Verschlimmerung an, hauptsächlich Schmerzen in den Lendenmuskeln. Beweglichkeit der Wirbelsäule frei. Keine Änderung. Später versucht Patient eine Erhöhung seiner Rente zu erreichen, der Antrag wird jedoch vom Schiedsgericht abgelehnt.

C. Fälle mit nervösen Störungen als Unfallsfolge.

93. Bachmann, Maurer. Unfall vom 30. April 1906. Muskelzerrung am Rücken. Unfallhysterie. Nach 3 Jahren noch um 10⁰/% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte von einer Leiter und schlug mit dem Kreuz auf Holz auf.

2. Verlauf: Patient konnte sich zunächst kaum mehr bewegen, nicht stehen und gehen. Die Rückenmuskulatur war (Gutachten Dr. W. in V. vom 16. Juni 1906) angeschwollen und druckempfindlich. Beklopfen der Dornfortsätze vom 10. Br.-W. bis I. L.-W. schmerzhaft. Bewegungen der Wirbelsäule sehr schwerfällig, ebenso der Gang. 75⁰/%.

Patient wurde darauf mehrere Wochen in unserer Klinik behandelt. Das Röntgenbild schloss eine Knochenverletzung mit Sicherheit aus. Neurasthenische Beschwerden waren zu konstatieren. 33¹/₃ 0/0. Die Berufung des Patienten beim Schiedsgericht wurde auf ein Obergutachten von Prof. W. in L., welcher eine Übertreibung feststellte und ebenfalls 33¹/₃ 0/0 empfahl, verworfen.

September 1909 stellt Prof. W. Besserung insofern fest, als die geringe Unfallhysterie vollkommen verschwunden ist. 10⁰/%.

94. Berg, Klempnermeister. Unfall vom 2. November 1906. Kontusion der Wirbelsäule. Neurasthenie als Folge des Rentenkampfes. 0⁰/% durch Urteil des Reichsversicherungsamtes.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel aus einer Höhe von 2 m auf den Rücken von der Leiter. Nach der Verletzung hat Patient noch 8 Tage gearbeitet, dann 14 Tage zu Hause gelegen, danach 6 Wochen in Krankenhäusern.

2. Verlauf: Erste Begutachtung durch Dr. H. in Berlin vom 22. Februar 1907: angebliche Schwerhörigkeit und Schmerzen bei jeder Bewegung des Rumpfes, angeblich Schwindelanfälle, Atemnot. Wirbelsäule auf Druck angeblich schmerzhaft. Röntgenuntersuchung ohne abnormen Befund. Nervenschwäche. Übertreibung. Keine objektive Erwerbsbeschränkung.

Gutachten von Dr. K. in Berlin 10. März 1907: Objektiver Befund negativ. An- und Auskleiden des Patienten, wenn unbeobachtet, ohne jede Schwierigkeit, stärkste Übertreibung. Die Berufsgenossenschaft lehnte die Ansprüche ab, worauf der Patient Berufung beim Schiedsgericht einlegte. Es werden 2 Gutachten eingeholt vom Nervenarzt Dr. E. in Berlin und dem Chef eines grossen Krankenhauses. Der erste stellte negativen objektiven Befund fest und Hypochondrie, zu-

sammenhängend mit dem Unfall. Erwerbsbeschränkung 50%. Der zweite Arzt konnte keine Unfallsfolgen feststellen. Zu gleicher Zeit brachte der Patient noch ein Gutachten von Dr. C. in Berlin, welcher Arbeitsunfähigkeit infolge des Unfalls feststellte. Die Berufung wurde verworfen. Dabei stellte das Schiedsgericht fest, dass der Kläger nach beendeter Verhandlung sicher und fest aus dem Sitzungssaal ohne Stock ging, während er vorher sehr hinfällig sein wollte. Der Rechtsanwalt des Verletzten legte Rekurs beim R.-V.-A. ein und überreichte zu gleicher Zeit ein Gutachten von Prof. S. in Berlin; als Folge des Unfalls besteht danach eine Beeinträchtigung der Gehfähigkeit. $33\frac{1}{3}\%$. Das R.-V.-A. zog ein Gutachten von Prof. G. in Berlin bei, dessen Urteil dahin ging, dass Berg infolge des Unfalls an einer Neurose litte, die sich insbesondere an einer gesteigerten Erregbarkeit des Herzervenapparates äusserte. Die konstante, nur im Schlaf zurückgehende Pulsbeschleunigung wäre, wenn auch vielleicht nur als Zeichen der mit den Untersuchungen verbundenen seelischen Spannung, doch als Beweis für eine erhöhte Erregbarkeit aufzufassen. $33\frac{1}{3}\%$. Trotz dieses Gutachtens wurde vom R.-V.-A. der Rekurs zurückgewiesen, da die von Prof. G. festgestellten Erscheinungen anfänglich vollkommen gefehlt hatten und erst in dem Kampf um die Rente entstanden wären.

Später beantragt Patient das Wiederaufnahmeverfahren und bringt auch ein Zeugnis mit, welches ihn als arbeitsunfähig erklärt. Der Antrag des Klägers wird jedoch vom R.-V.-A. abgelehnt.

95. Biedermann, Maurer. Unfall vom 12. April 1910. Verstauchung der Wirbelsäule. Unfallsneurasthenie. $33\frac{1}{3}\%$.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel auf den Rücken, als er aus einem Fenster auf ein Pappdach steigen wollte.

2. Verlauf: Die Schmerzen waren anfänglich nur gering, wurden aber allmählich schlimmer, so dass er bald aufhören musste zu arbeiten.

Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik im September 1910: Wirbelsäule druckschmerzhaft, Röntgenbild ohne jeden Befund. Beweglichkeit nahezu normal. Leichte Unfallsneurasthenie. $33\frac{1}{3}\%$.

96. Böhme. Kontusion des Brustkorbes. Neurasthenie. 60% vorgeschlagen.

1. Akten liegen nicht vor.

2. Verlauf: Begutachtung in unserer Klinik am 14. November 1908: Patient klagt über Luftmangel und Schmerzen an der Brust. Facies neurasthenica. Knie-scheibenreflexe rechts frei, links gesteigert. Starker Fussklonus. Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule und des Beckens, bei abgelenkter Aufmerksamkeit nicht. 60% vorgeschlagen.

97. Dornfeld, Fabrikarbeiter. Unfall vom 22. Januar 1905. Kontusion des Rumpfes, vor allem des Rückens. Neurasthenie. Nach 5 Jahren noch um 10% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von der Transmission erfasst und herumgeschleudert.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. M. in C. stellte Hautabschürfungen am Gesicht, Kopf, Rücken, Schultern, Armen und Beinen, sowie Blutunterlaufungen am Rücken fest. Besinnung nicht ganz klar. Im März 1905 Untersuchung durch den Nervenarzt Dr. H. in Ch.: Patient hatte Schmerzen überall, Schwindelgefühle schon bei Lagewechsel, Herzklopfen, Kurzatmigkeit, Gedächtnisschwäche, Sehschwäche, Schmerzen besonders an den Rippen und an der Wirbelsäule; Druckschmerzhaftigkeit vor allem neben der Wirbelsäule und am Kopf. Völlige Erschöpfung. Tremor. Erhöhung der Reflexe. Röntgenbilder o. Bes.

Mai 1905 Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik: Besserung durch Abnahme der Schmerzen im Kreuz und Nacken; Wirbelsäule noch druckempfindlich. $33\frac{1}{3}\%$.

Diese Rente wurde im Jahre 1906 infolge Besserung durch Verschwinden der Druckempfindlichkeit auf 20% und im Jahre 1909 durch Besserung der Beweglichkeit der Wirbelsäule auf 10% herabgesetzt. Das Schiedsgericht verwirft auf Grund eines Obergutachtens von Prof. W. in L.-St. die Berufung.

98. Dressbach, Schmied. Unfall vom 24. Okt. 1905. Zerrung der Halswirbelsäule, Kontusion des Nackens und Hinterkopfes. Leichte Neurasthenie. Nach 5 Jahren noch um 20% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel die Kellertreppe rückwärts hinunter und schlug mit Kopf und Rücken auf.

2. Verlauf: Untersuchung durch Dr. K. in K. vom 11. Februar 1906: Starke Kontusion des Hinterhauptes und Zerrung der Halswirbelsäule. Schwindelgefühl. Kopfschmerzen. 25%.

Neuuntersuchung durch den Kreisarzt Dr. Sch. in K. vom 24. Dezember 1906: angeblich blutigen Auswurf. Nacken auf Druck empfindlich. Bewegungen der Halswirbelsäule beschränkt. Nervöse Symptome. 10%. Patient legt Berufung ein unter Einreichung eines Gutachtens von Dr. C. in K., welcher die Störung durch den Unfall noch auf 20% schätzt; dieser Ansicht tritt das Schiedsgericht mit seinem Urteil bei.

Im Januar 1908 reichte Patient ein neues Gutachten von Dr. C. in K. ein, nach welchem Patient bei einer Halsdrehung plötzlich einen starken Schwindelanstoss bekam und 20 Minuten bewusstlos war; die Erwerbsbeschränkung betrüge 50%. Der Antrag des Patienten auf Rentenerhöhung wurde jedoch vom Schiedsgericht auf Grund eines Gutachtens von Prof. L. in K. zurückgewiesen; das Röntgenbild hatte irgend eine krankhafte Veränderung nicht ergeben.

Im April 1908 stellt Patient Antrag auf Rentenerhöhung. Durch Schiedsgerichtsurteil vom 2. Juni 1908 wird die Rente für einige Monate auf 50% erhöht, im übrigen auf 20% belassen.

99. Ebisch, Arbeiter. Unfall vom 11. Februar 1903. Quetschung am Rücken und Kreuz. Hypochondrie. Nach 4 Jahren vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient kam zu Fall und schlug mit dem Kreuz und Rücken auf.

2. Verlauf: Gutachten von Dr. W. in Ch. vom Mai 1903: Patient will Blut gespuckt haben, Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule und des Brustkorbes, Rumpfbewegungen langsam und sehr schmerzhaft, weinte vor Schmerzen. 50%.

Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik: Besserung durch Nachlassen der Schmerzhaftigkeit und Zunahme der Beweglichkeit. $33\frac{1}{3}\%$, welche Rente durch Schiedsgerichtsurteil und Reichs-Vers.-Amtsurteil bestätigt wurde.

Juli 1904 Neuuntersuchung durch Nervenarzt Dr. H. in Ch.: Druckempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule, wenig widerstandsfähige Konstitution. Ausbildung von Hemmungsvorstellungen, welche unbewusst verallgemeinert werden, Lahmlegung des Willens, Blutarmut, Unterernährung infolge mangelhaften Gebisses. Hypochondrie. Empfiehlt nochmalige Behandlung.

Durch spätere Untersuchungen vom März 1905, März 1908 und April 1909 wird die Rente allmählich herabgesetzt und eingezogen: Besserung durch Verschwinden der Druckempfindlichkeit, durch Zunahme der Beweglichkeit und durch Gewöhnung.

100. E., Arbeiter. Unfall vom 27. November 1899. Quetschung des Beckens (Simulation?). Nach 4 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel zu Boden, ein 5—6 Ztr. schwerer Eisendeckel fiel dem Patienten auf das Becken.

2. Verlauf: Nach Angabe des behandelnden Arztes Dr. G. in N. hatte Patient zuerst grosse Druckschmerzhaftigkeit am Damm und starke Behinderung der Heb- und Sitzfähigkeit; die Bewegungsfähigkeit der Beine überhaupt minimal. Diagnose: Bänderverletzung sämtlicher Beckengelenke.

Nachuntersuchung in unserer Klinik im Februar 1901: Patient will nur mit 2 Krücken oder 2 Stöcken mühsam gehen können, könne sich nicht bücken, sei stets unruhig. Der Befund ist negativ; Patient sucht plump zu täuschen. Allein gelassen, zieht er sich in 3 Minuten fix und fertig ohne fremde Hilfe an, obwohl er sich vorher kaum rühren können will. 20 %.

Nachuntersuchung im Januar 1902: Patient hat die Arbeit wieder aufgenommen, verdient 3 Mk. bis 3.20 Mk. als Weber. 10 %.

Diese Rente wird auf ein weiteres Gutachten aus unserer Klinik im Januar 1904 eingezogen, da Befund negativ. Röntgenbild ist offenbar nie gemacht worden.

101. Feig, Schmied. Unfall vom 23. September 1907. Schwere Brandverletzungen am ganzen Rücken, seelische Depression. Nach 3 Jahren noch um 50 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient schlug mit dem Hammer gegen eine Lampe, das Erdöl ergoss sich auf den Patienten; die Kleider fingen Feuer und Patient wurde schwer verbrannt.

2. Verlauf: Im Krankenhause wurden an dem Patienten verschiedenfache Hautverpflanzungen vorgenommen.

Gutachten des behandelnden Arztes Dr. Sch. in A. vom 26. Juli 1908: Patient ist noch vollkommen erwerbsunfähig, Wunden noch nicht verheilt. Beugefähigkeit des Rumpfes durch Wunden am Rücken sehr behindert.

Gutachten von Dr. A. in Ch. vom 3. August 1909: Patient arbeitet seit 4 Wochen wieder, die Narben sind überall verheilt, zum Teil mit Störung der Gefühlsempfindung. Beweglichkeit des Rückens gebessert. Seelische Depression. 60 %.

Diese Rente wird im September 1910 auf 50 % herabgesetzt; Beschwerden von seiten des Rückens verschwunden, Bewegungsbehinderung in beiden Schultergelenken.

102. Fickenwirth, Bergarbeiter. Unfall vom 12. Mai 1908. Quetschung des Brustkorbes und Rückens. Unfallsnervenschwäche. Nach 2 Jahren noch 30 %.

1. Hergang des Unfalls: Patient kam mit dem Brustkorb zwischen Hunt und Gehölz.

2. Verlauf: Die Untersuchung im Juli 1909 in unserer Klinik ergab Altersschwäche, keine Unfallsfolgen. Das Röntgenbild zeigte normalen Befund. 10 %; Prof. W. in L.-St., welcher als Obergutachter zugezogen war, stellte Unfallsnervenschwäche fest, empfahl 20 %. Vor dem Schiedsgericht erhält Patient durch Vergleich 30 % Vollrente.

103. Glüher, Dachdecker. Unfall vom 12. Dezember 1909. Kontusion des Gesässes, Erschütterung des Rückenmarkes. Schwere Neurasthenie. Ziemlich hohe Erwerbsbeschränkung noch heute.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel auf dem Glatteis mit grosser Wucht auf das Gesäss, konnte nicht wieder aufstehen, war 14 Tage bettlägerig.

2. Verlauf: Gutachten Dr. Sch. in N. April 1910: Taubheit in den Füßen, Gefühl der Unsicherheit beim Gehen und Stehen, ängstlicher und nervöser Eindruck, schwere Neurasthenie.

Untersuchung und Beobachtung in unserer Klinik im Juni 1910: Patellar-klonus, Fussklonus, sämtliche Reflexe gesteigert, Ataxie, schwere Neurasthenie, zu leichter Arbeit fähig, nicht erwerbsbeschränkt im Sinne des Invalidengesetzes.

104. Hendel, Bergarbeiter. Unfall vom 26. April 1910. Kontusion des Rückens und des übrigen Körpers, Neurasthenie. 60%.

1. Hergang des Unfalls: Verschüttung des Körpers durch einbrechendes Gestein.

2. Verlauf: Auf Empfehlung des behandelnden Arztes wird Patient bei uns mediko-mechanisch behandelt; bei der Entlassung (Mai 1910) ist folgender Befund: Der ganze Körper tut weh, das rechte Bein schleppt nach, die Körpermuskulatur schlaff, alle Bewegungen langsam, starke Magenbeschwerden, objektiver Befund gering, Gewichtsabnahme. Beschäftigt sich sehr mit seiner Krankheit, macht über alle möglichen Kleinigkeiten und Ereignisse seine Notizen, hält sich für arbeitsunfähig. 60%. Die eingelegte Berufung zieht Patient wieder zurück.

105. Illmann, Bergarbeiter. Unfall vom 29. November 1908. Kontusion der Lendenwirbelsäule. Unfallshysterie, Melancholie. 100%.

1. Hergang des Unfalls: Das Haspelhorn schlug dem Patienten auf das Kreuz, so dass er $\frac{1}{4}$ Stunde bewusstlos war, musste 2 Wochen festliegen.

2. Verlauf: Im Juli 1909 wurde Patient von uns mit Röntgenstrahlen durchleuchtet und behandelt: R. B. sicher ohne Befund, Lendenwirbelsäule etwas druckempfindlich, Beweglichkeit gut, keine Gefühlsstörung, kein Trendelenburg. 25%. Die Berufung hiergegen vom Schiedsgericht zurückgewiesen, ebenso vom R.-V.-A.

Im Februar 1910 erschien Patient freiwillig in unserer Klinik; da er nichts arbeiten konnte, möchte er eine höhere Rente haben; die Untersuchung ergab: deutliche Unfallshysterie, mit stärkster Quattelformbildung bei Berührung der Haut. Eine Nachuntersuchung durch Dr. T. im Hermannshaus Leipzig stellte ebenfalls Unfallshysterie fest. Rente 25%.

Im August 1910 muss Patient wegen melancholischer Verstimmung in einer Heilanstalt untergebracht werden, aus welcher er nach einiger Zeit wieder entlassen wird. 100%.

106. Köhler, Bergarbeiter. Unfall vom 30. September 1905. Verletzung der Wirbelsäule, traumatische Neurose. Nach 4 Jahren noch um 40% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient kam mit Kopf und Brust zwischen Bergbau und Hunt. Der Rücken war blutunterlaufen.

2. Verlauf: Der erstbehandelnde Arzt Dr. B. in Oe. stellte Verstauchung der Halswirbelsäule fest.

Behandlung in der Heilanstalt von Dr. P. in Aue; bei der Entlassung 30. Juli 1906: Der Dornfortsatz des I. L.-W. noch etwas verbreitert, der obere Brustteil etwas steif. Röntgenbild o. Bes. 20%.

Später wurde Patient durch das Kgl. Krankenstift in Z. nachuntersucht (September 1907); dabei wurde eine traumatische Neurose festgestellt und 60% vorgeschlagen, diese Rente jedoch nicht gewährt.

Auf ein neues Gutachten von O.-M.-R. H. 23. April 1908 wird die Rente auf 40% festgesetzt.

107. Krebs, Arbeiter. Unfall vom 7. August 1901. Quetschung des Brustkorbes. Traumatische Neurose. Nach 7 Jahren vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient stieg aus der Trommel einer Mörtelmaschine, als diese bereits in Lauf gesetzt wurde und den Patienten an der Brust quetschte. Nach wenigen Tagen Wiederaufnahme der Arbeit.

2. Verlauf: Im Sommer 1903 klagte Patient wieder mehr und wurde zur Behandlung in unsere Klinik eingewiesen; bei der Entlassung August 1903 klagte Patient noch über Schmerzen in Brust und Kreuz bei Anstrengungen, Befund ziemlich negativ, Rippen etwas druckempfindlich. Traumatische Neurose. 25 %.

Bei einer Nachuntersuchung im September 1907 durch M.-R. St. in B.: Puls etwas hoch, Herztöne rein, starke Übertreibung, arbeitet nahezu wie andere. 10 %.

Die Berufung wird auf Grund eines Obergutachtens von Prof. W. in L.-St. zurückgewiesen und die Rente ganz aufgehoben; das R.-V.-A. trat dem Schiedsgerichtsurteil bei.

108. Lehm, Frau. Unfall ungefähr im Jahre 1905. Quetschung von Kopf und Halswirbelsäule. Schwerste Neurasthenie und Übertreibung. 20 %.

1. Hergang des Unfalls unbekannt, da Akten nicht vorliegen.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik, Entlassung im Juni 1907: Patientin behauptet bei jeder, auch der geringsten Anstrengung ein Drehen und Schwindel im Kopf zu bekommen, kann angeblich kein Bett machen, sich nicht bücken usw., nicht einmal Staubwischen. Die Beobachtung zeigt, dass sie das aber alles machen kann ohne jede Störung. Der Befund ist vollkommen negativ. Höchstens 20 % Abfindung.

109. Liebezeit, Müllergeselle. Unfall vom 7. Oktober 1903. Quetschung der Brust, allgemeine Nervenschwäche. Nach 6 Jahren vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel auf dem Hof auf den Rücken.

2. Verlauf: Er hat nach dem Unfall noch 3 Stunden gearbeitet, bekam dann so starke Atemnot, dass er aufhören musste. Der behandelnde Arzt fand neben einer Lungenblähung vor allem Druckempfindlichkeit in der Höhe des IV.—VI. Br.-W. 100 %.

Bei der Untersuchung in unserer Klinik klagte Patient über Mattigkeit, Atemnot, schlechten Schlaf, Schwindel, Herzklopfen. Befund negativ, jedoch starke Depressionszustände. $33\frac{1}{3}$ %, welche Rente durch das Schiedsgericht aufrecht erhalten wurde (Obergutachten Prof. W. in L.-St., welcher Übertreibung und Depressionszustände des Nervensystems feststellte).

Spätere Untersuchungen, September 1905, Oktober 1907 und Oktober 1909 ergaben einen steten Zurückschlag des Depressionszustandes, sodass die Rente im Oktober 1909 eingezogen werden konnte.

110. Parchantsky, Bergarbeiter. Unfall vom 12. September 1906. Quetschung der Beckengegend. Neurasthenie. Nach 3 Jahren noch um 30 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Ein Gewicht von 30 Ztr. fiel dem Patienten auf den Rücken und quetschte ihn zusammen.

2. Verlauf: Dezember 1907 war Patient nach dem Gutachten des behandelnden Arztes noch vollkommen erwerbsunfähig.

Behandlung in unserer Klinik, Entlassung im Februar 1908: Das Röntgenbild lässt eine Verletzung der Knochen nicht erkennen; die Beweglichkeit der

Wirbelsäule ist normal, die der Beine noch etwas schmerzhaft. 50 0/0. Die Berufung wurde zurückgewiesen.

Untersuchung durch Dr. L. in Fr. in Österreich: Besserung des Ganges, keine Druckempfindlichkeit. 30 0/0.

Im November 1909 wurde Patient zur Begutachtung einem Arzte zugewiesen; da er jedoch zur Untersuchung nicht kam, sollte die Rente eingezogen werden.

Rosoly, Töpfereiarbeiter. Hypochondrische Form der traumatischen Neurasthenie. Nach 2 Jahren noch um 25 0/0 erwerbsbeschränkt. Siehe unter 86.

111. Schlesinger, Klempner. Traumatische Neurose. 50 0/0. Akten nicht vorhanden, weiterer Verlauf unbekannt.

1. Hergang des Unfalls: Bei einem Eisenbahnunglück wurde er, wie er angibt, aus dem Wagen geworfen; wie er zu Fall kam, weiss er nicht mehr, war etwas bewusstlos.

2. Verlauf: Patient musste 8 Tage liegen, kein Zeichen von Mastdarm- oder Blasenlähmung. Die Kreuzgegend soll unterlaufen gewesen sein. Nach 10—12 Wochen nahm er seine Arbeit wieder auf, musste aber sofort wieder aufhören, da eine Hautnarbe an der Hand aufplatzte. Wegen der Kreuzschmerzen allein hätte er weiter arbeiten können, jedoch konnte er sich nur schwer bücken.

Gutachten aus unserer Klinik vom 16. Mai 1904: angeblich Kreuzschmerzen, besonders beim Heben und Tragen, ausstrahlend nach dem Bein, leichter Depressionszustand. Druck auf Kreuzbein und Kreuzdarmbeinfuge schmerzhaft, keine Verdickung, Beweglichkeit der Wirbelsäule langsam, angeblich schmerzhaft. Röntgenbild o. Bes. Deutliche Unfallneurasthenie. 50 0/0.

112. Schödel, Bergarbeiter. Unfall vom 19. Mai 1900. Quetschung des Rückenmarkes. Neurasthenie (?). Nach 10 Jahren noch um 40 0/0 erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient kam mit dem Körper zwischen Hunt und Stempel.

2. Verlauf: Während der Behandlung im Krankenstift zu Z. fing der Arm an, stärker abzumagern und der Gang wurde unsicher; Rückenmark und Nerven waren offenbar erheblich geschädigt. Erst im Mai 1901 konnte Patient ohne Stock gehen. 50 0/0.

Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik September 1902: Ein Rückenmarksleiden liegt sicher nicht vor, höchstens eine reizbare Nervenschwäche. Patient übertreibt sehr, wenn unbeobachtet, kann er flott marschieren. Leichte Muskelschwäche $33\frac{1}{3}$ 0/0. Durch schiedsgerichtliche Entscheidung wurde die Rente auf $66\frac{2}{3}$ 0/0 erhöht, da Prof. K. in Z. Blutungen im Rückenmark annahm, während Prof. H. in L. eine Verschlimmerung für ausgeschlossen hielt, aber starke Übertreibung feststellte.

Im Februar 1903 wurde die Rente durch ein Gutachten von Prof. K. auf 40 0/0 herabgesetzt, durch ein weiteres Gutachten im Dezember 1905 auf 30 0/0. Patient legte Berufung ein.

Die Rente wird ihm auf ein Gutachten von Prof. W. in L.-St. im April 1906 auf 40 0/0 erhöht, da organische Veränderung des Rückenmarkes heute vorliege. Der Gang sei spastisch. Die Füße bleiben auf dem Fussboden kleben.

113. Schöninger, Papierfabrikarbeiter. Unfall vom 6. April 1906. Gehirnerschütterung, Quetschung der Halsmuskulatur. Neurasthenie. Nach 4 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient glitt auf dem Boden aus und schlug mit dem Hinterkopf auf, war bewusstlos.

2. Verlauf: Behandlung und Beobachtung in unserer Klinik Juni 1906: Unfallsneurastheniker. 30 %. Kann sich angeblich nicht bücken, oft schwindelig, dumpfes Gefühl in den Ohren usw.

Nachuntersuchung im März 1907: Nachlassen der Schwindelgefühle, 10 %. Schiedsgerichtsarzt empfiehlt ebenfalls 10 %; trotzdem erhält Patient durch Schiedsgerichtsurteil 20 %, welche jedoch vom R.-V.-A. wieder auf 10 % reduziert werden.

Später (Februar 1909) erlitt Patient noch eine Verletzung am Hals in einem anderen Betriebe; beide Verletzungen wurden im Schiedsgericht durch Vergleich erledigt.

114. Schubert, Maschinenheizer. Unfall vom 18. November 1898. Quetschung der Kreuzgegend. Neurasthenie. Nach 11 Jahren noch um 30 % erwerbsbeschränkt wie erst.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde zwischen einen Wagen und ein Haus gedrückt.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik, Begutachtung am 30. Juni 1899: Dornfortsätze des I. und II. L.-W. druckempfindlich, ziemliche Steifheit der Wirbelsäule, offenbar Bänderzerrung. Auch Beschwerden nervöser Art. 30 %. Da die Zugehörigkeit zur Berufsgenossenschaft nicht klar war, wurde Schiedsgerichtsurteil herbeigeführt, welches die Berufsgenossenschaft zu 30 % verurteilte. Auf ein Obergutachten der psychiatrischen Klinik in L. wurde vom Reichs-Vers.-Amt die Rente ebenfalls auf 30 % festgesetzt.

8. April 1901 Neuuntersuchung in unserer Klinik: Patient kann angeblich gar nichts arbeiten, Kreuzbein jetzt druckempfindlich, Bücken gewandt und schnell. 30 %.

Spätere Untersuchungen ergaben keine Besserung.

115. Schubert, Maurer. Unfall vom 3. August 1903. Kontusion der Kreuzgegend. Neurasthenie. Nach 5 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von einem Bauholzstamm auf die Lendengegend getroffen.

2. Verlauf: Der erstbehandelnde Arzt Dr. M. in L. untersuchte den Patienten zum ersten Male am 7. August: Kreuzbeingegend blutunterlaufen, starke Druckempfindlichkeit. Patient bezieht wegen einer früheren Verletzung am Kreuz bereits 20 %.

Untersuchung im Februar 1904 durch unsere Klinik: 20 % für beide Unfälle empfohlen, da Befund nur mehr gering. Durch schiedsgerichtliches Urteil erhält Patient im ganzen 30 %.

Im Januar 1908 wird die gesamte Rente wieder auf 20 % herabgesetzt, da etwas Krankhaftes nicht mehr zu finden ist.

116. Voigt, Textilarbeiterin. Unfall vom 27. Novbr. 1901. Schwere Körperquetschungen. Neurasthenie.

1. Hergang des Unfalls: Patientin wurde zwischen Wagen und Zylinderbaum gedrückt. Bewusstlos.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. W. in C. fand die Frau bewusstlos vor, der ganze Körper bis zu den Augen blau verfärbt, nach Luft ringend, der Puls klein, Hautabschürfungen am Rücken, Lungenentzündung, schwere Anämie. Nach 1 Jahr nahm sie die Arbeit zur Hälfte wieder auf. Depressionszustände. 50 %.

Im September 1903 Behandlung in unserer Klinik: Rein nervöse Beschwerden. 25 %. Die dagegen eingelegte Berufung verworfen.

Durch ein Gutachten aus unserer Klinik vom 13. September 1904 wurde die Rente auf 15% herabgesetzt, da die Beweglichkeit fast frei geworden war. Die Berufung wurde verworfen.

Im Jahre 1906 wurde die Rente auf ein Gutachten von dem Nervenarzt Dr. H. in Ch. vollkommen eingezogen, da die nervösen Beschwerden in keinem Zusammenhang mit dem Unfall stünden, sondern eine Folge der individuellen Veranlagung seien. Invalidenrente empfohlen. Schiedsgericht und L.-V.-A. treten bei.

117. Wolf, Textilarbeiter. Unfall vom 14. März 1895. Kontusion der Kreuzgegend (Rückenmarksverletzung?). Schwere Neurasthenie. Nach 15 Jahren noch um 80% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient rutschte beim Säcketragen aus, stürzte hin und wurde blass und konnte nur mehr ganz kurze Zeit arbeiten.

2. Verlauf: Erste Begutachtung durch Prof. K. in Z. Januar 1896; schlecht genährt, blass, vorsichtiger Gang, Blick starr, leidender Gesichtsausdruck, Puls 108, steigt rasch auf 120, Händezittern, Lendenwirbeldornfortsätze druckempfindlich. Neurastheniker. 50%. Vor dem Schiedsgericht auf 75% durch Vergleich erhöht.

Untersuchung durch Dr. Sch. in Dr. Juli 1896: Schwere Neurasthenie. 80%.

Zäuner, Bergarbeiter. Muskelzerrung der Lendengegend. Nach 9 Jahren noch um 40% erwerbsbeschränkt.

Siehe unter I, B, 92.

II. Fälle von zweifelhaften Brüchen.

A.

118. Beisel, Betriebsunternehmer. Unfall vom 30. September 1903. Wirbelbruch, Wirbel-Entzündung. Nach 7 Jahren noch um 50% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel rücklings vom Wagen mit dem Kopf auf die Strasse. Bewusstlos.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt stellte eine Quetschung des Brustkorbes (das Hinterrad soll über den Patienten gegangen sein) und der rechten Kreuzgegend fest. Der erste Brustwirbel stand auffallend vor und war druckempfindlich, ebenso die Kreuzgegend. 30—35%. Die Berufsgenossenschaft gewährte jedoch nur 20%.

Neubegutachtung durch Dr. J.: Patient klagte über Verschlechterung, die Schmerzen in der Wirbelsäule wären schlimmer geworden, putziges Gefühl in Schulter und Arm. Der I. Br.-W. ragte vor und wäre bei Drehbewegungen des Kopfes sehr schmerzhaft. Leichte Schulterbeschwerden. 33 $\frac{1}{3}$ %.

Diese Rente wurde auf ein Obergutachten von Prof. V. in H. im März 1905 hin auf 50% erhöht; nach dessen Gutachten liegt eine schwere entzündliche Erkrankung und Veränderung der Wirbelsäule vor, wodurch auch das Rückenmark einigermassen in Mitleidenschaft gezogen ist.

Neuuntersuchung durch Dr. K. im März 1908: Der Gibbus am I. Brustwirbel ist noch schmerzhaft, die Wirbelsäule ziemlich steif, geringe Besserung eingetreten: 40%, welche auf die eingelegte Berufung hin auf 50% erhöht werden.

119. Böhm, Schieferdeckermeister. Unfall vom 24. Mai 1910. Wirbelbruch (?) 33 $\frac{1}{3}$ %.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel $4\frac{1}{2}$ m hoch von einem Scheunendach herunter.

2. Verlauf: (Akten liegen nicht vor) Begutachtung durch Dr. P. in A.: $33\frac{1}{3}\%$, welcher Begutachtung unsere Klinik sich anschloss: Dermographie, fibrilläre Zuckungen der Zunge, keine Steigerung der Reflexe. Wirbelsäule nicht mehr gibbusartig. I.—III. Wirbel ragte vielleicht etwas vor, Beweglichkeit etwas behindert. Auf dem Röntgenbild erschienen der II. und III. L.-W. aufeinander gepresst und etwas schief. Von einem Abbruch des Querfortsatzes, der andererseits angegeben worden ist, konnten wir nichts finden.

Obergutachten von Dr. M. in L.-St.: Gehirnerschütterung hat vorgelegen, Arteriosklerose, 25% .

120. Brunner, Handarbeiter. Unfall vom 15. Mai 1899. Stauchung (Bruch?) der Brustwirbelsäule. Nach 10 Jahren noch um 10% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel in einen $2\frac{1}{2}$ m tiefen Keller.

2. Verlauf: Dezember 1899 stellte S.-R. H. in Z. eine spitzwinkelige Vorbuchtung am unteren Teil der Brustwirbelsäule fest (Brustwirbelbruch!). Druckempfindlichkeit, starke Behinderung der freien Beweglichkeit, die Füße schleiften auf dem Boden. $70-80\%$.

2 Jahre darauf hatte sich das Leiden soweit gebessert, dass Patient sich eine Kleinigkeit wieder verdienen konnte, die Beweglichkeit war viel freier geworden, der Gang auch etwas besser. 60% . Die dagegen eingelegte Berufung verworfen.

1902 Untersuchung in unserer Klinik: starker Vorsprung eines Wirbels ist nicht mehr nachweisbar, der Gang ziemlich aufrecht, noch deutliche Druckempfindlichkeit. Das Röntgenbild lässt eine deutliche Verletzung der Knochen nicht erkennen, ebenso sind auch die Brucherscheinungen zurückgegangen. 40% , welche nach Ablauf eines weiteren Jahres auf 30% herabgesetzt werden. Die dagegen eingelegte Berufung wird verworfen.

Oktober 1905 wurde von unserer Klinik die Einziehung der Rente vorgeschlagen; auf Grund eines Obergutachtens von Prof. B. in Z., welcher ein leichtes Hervorragen der Wirbel noch fand, wurde die Rente auf 10% vom Schiedsgericht festgesetzt; später wurde Patient mit 350 Mk. abgefunden.

121. Ernst, Dienstmagd. Unfall vom 20. November 1905. Bruch der Schädelbasis und Gehirnerschütterung. Erschütterung der Wirbelsäule. Nach 2 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patientin fiel 4—5 m hoch auf die Tenne, mit dem Kopf voraus.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik im März 1907: Verkrümmung der Wirbelsäule. Röntgenbild lässt keinen Knochenbruch erkennen, der Befund ist so gut wie negativ. Von dem anderwärts festgestellten Schädelbasisbruch sind Erscheinungen nicht zurückgeblieben. 10% , von der Versicherung jedoch abgelehnt.

122. F., Agent. Unfall vom April 1905. Bruch am 5. Lendenwirbel (?). Nach 6 Jahren angeblich noch arbeitsunfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient sprang bei einem Eisenbahnunglück 1 m hoch vom Wagen ab.

2. (Akten liegen nicht vor): Zunächst wurde in unserer Klinik ein Bruch am V. Lendenwirbel festgestellt. Seit Jahren liegt Patient mit der Kgl. B. Bahnverwaltung im Streite. Patient wurde von allen möglichen Autoritäten untersucht welche bald mal „unseren“ Bruch fanden, bald aber auch nicht. 4 Jahre später

wurde „unser“ Bruch von einer ersten Autorität (Univ.-Prof. Dr. L. in M.) als vorhanden anerkannt und Patient wurde abgefunden.

123. Goth, Maurer. Unfall vom 12. September 1899. Distorsion der Wirbelsäule, Brustbeinbruch. Nach 8 Jahren noch um 10% erwerbsbeschränkt (bis heute).

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte 3 Stockwerk hoch herunter.

2. Verlauf: Gutachten von Prof. K. in Z.: Zuerst Bewusstlosigkeit, Brustbein gebrochen. Wirbelsäule sehr schmerzhaft, keine Lähmungserscheinungen. Urin und Stuhlgang angehalten. Hautemphysem. Bewegungsbehinderung der Halswirbelsäule. Taubes Gefühl in den Händen. Zu gleicher Zeit starke Übertreibung (?). 66²/₃%; die dagegen eingelegte Berufung wurde vom Schiedsgericht verworfen.

Durch ein Gutachten von M.-R. L. in Z. vom 14. Oktober 1910 wurde die Rente auf 50% herabgesetzt. Keine Übertreibung. Angeblich Schwindelgefühle und Schmerzen.

Mai 1901 wurde nach Behandlung in unserer Klinik eine Rentenherabsetzung auf 33¹/₃% empfohlen. Keine Übertreibung, keine Hysterie.

Allmählich wird ihm die Rente trotz mehrfacher Berufungen und trotzdem Patient nur ganz wenig arbeiten können will, auf 10% herabgesetzt, welche Rente Patient heute noch bezieht. Seine hiergegen eingelegte Berufung ist vom Schiedsgericht verworfen worden.

124. Gruschwitz, Maurer. Unfall vom 27. September 1909. Verstauchung der Halswirbelsäule (Muskelknochenbildung). 35% (Fig. 25).

1. Hergang des Unfalls: Eine 10 m lange, 15 cm breite Stange fiel dem Patienten auf den Nacken, er wurde schwindelig, konnte nicht weiter arbeiten.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik; bei der Entlassung am 22. Febr. 1910 folgendes Gutachten: Schmerzen im Kopf und Nacken, besonders bei Druck und Bewegungen, schlechter Schlaf, häufig Schwindel, so dass Patient fällt, trübe vor den Augen. Stauchung des Kopfes nicht mehr schmerzhaft, Beweglichkeit des Halses ziemlich frei, jedoch schmerzhaft. Bücken mit starker Rötung des Gesichtes verbunden. 35%. Auf dem Röntgenbild (s. Fig. 25) ist eine ganz deutliche Verletzung nicht zu erkennen; offenbar hat ein Abriss an den Querfortsätzen der unteren Halswirbel stattgefunden. Von dieser Stelle ausgehend sieht man nach oben eine eigentümliche breite, bandförmige Schattenbildung von Knochenkonsistenz ziehen.

Neuuntersuchung im November 1910 ergibt keine Besserung; Patient ist gegen Alkohol sehr empfindlich.

125. Helbig, Bergarbeiter. Unfall vom 28. Juli 1910. 30—40%.

1. Hergang des Unfalls: Patient kam zwischen 2 Hunte, so dass sein Becken zusammengepresst wurde.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik, Entlassung am 14. Januar 1911; Patient klagt noch über Schmerzen beim Laufen und beim Bücken, glaubt nur leichte Arbeiten verrichten zu können. Das Röntgenbild lässt eine Verletzung nicht erkennen, es liegt aber wahrscheinlich doch eine geringe Lockerung in der Kreuzdarmbeinfuge rechts vor; daselbst mässig starke Druckempfindlichkeit. Behinderung der Beweglichkeit im rechten Hüftgelenk. Gang des nicht beobachteten Patienten ziemlich gut. 30—40% als Schonungsrente.

126. Jahreis, Textilarbeiter. Unfall vom 15. Februar 1909. Verletzung der Wirbelsäule (Bandverletzung.) Kümmell'sche Krankheit (?). 60—70%.

1. Hergang des Unfalls: Patient glitt auf der Treppe aus und stürzte 5—6 Stufen hinunter; fiel dabei auf das Kreuz.

2. Verlauf: Patient lag 8 Wochen im Stadtkrankenhaus zu Pl. und wurde uns dann im August 1909 zur Behandlung zugewiesen. Das Röntgenbild ergab keine deutliche Veränderung an den Wirbeln. Die Wirbelsäule war vom 6. Br.-W. ab sehr druckempfindlich. Der 11. Br.-W. ragte spitz vor, die Beweglichkeit der Wirbelsäule war vollkommen aufgehoben, offenbar starke Bandverletzung, vielleicht Wirbelsäulenentzündung nach Kümmell. Durch die Behandlung ging der Wirbelsäulenbuckel weiter zurück, auch wurde die Wirbelsäule etwas beweglich. 60 bis 70 %.

Patient legte später Berufung gegen diese Rentenfestsetzung ein, eine Entscheidung ist noch nicht getroffen.

127. Kühnert, Färbereiarbeiter. Unfall vom 18. Januar 1908. Beckenbruch? Wirbelsäulenverstauchung. Nach 2 Jahren noch um 10 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel eine Treppe herunter.

2. Verlauf: Nach Aussage des behandelnden Arztes Dr. W. in Gl. war Patient zuerst bettlägerig, Bewegungen im Bein unmöglich. 3 tätige Blasenlähmung. Im Juni erst mit einem Stock gehen, starke Schmerzhaftigkeit. 100 %.

Im September 1908 bereits wesentliche Besserung, nur noch Schmerzen im Kreuz, leichtes Hinken. 50 %. Diese Rente wurde durch ein Gutachten aus unserer Klinik noch im Jahre 1908 auf 20 %, später auf 10 % herabgesetzt; Trendelenburg negativ. 6.—12. Br.-W. angeblich etwas druckempfindlich, ebenso der Ischiasnerv, Beweglichkeit frei.

128. Krausse, Eisenarbeiter. Unfall vom 26. April 1910. Kontusion der Wirbelsäule (Bruch?) Nach einem halben Jahre noch um 15 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Dem Patienten fiel ein Rad auf den Rücken.

2. Verlauf: Der erstbehandelnde Arzt stellte Hautabschürfungen am Rücken und Druckempfindlichkeit des III.—V. Brustwirbeldornfortsatzes fest; ebenso war die lange Rückenmuskulatur schmerzempfindlich. Eine Behandlung lehnte Patient ab.

Von unserer Klinik wurde eine Rente von 25 % vorgeschlagen. Das Röntgenbild liess nicht mit Sicherheit eine Verletzung erkennen. V.—VIII. Br.-W. auf Druck empfindlich, die Beweglichkeit gering behindert.

Nachuntersuchung durch Dr. M. in Ch. im September 1910: die Hautempfindung ist auf dem ganzen Rücken aufgehoben, die Kniescheibenreflexe sind fast völlig erloschen. 15 %; Patient erhält zuerst 25, dann 15 %.

129. Lauterbach, Steinbrucharbeiter. Unfall vom 10. November 1909. Distorsion der Halswirbelsäule, Kontusion des Brustkorbes, Bruch am linken Knie.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel in die Sandgrube 3 m herunter und wurde bis an den Hals verschüttet.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik; Entlassung am 26. März 1910: Halswirbelsäulenquerfortsätze etwas druckempfindlich, Atlas etwas atrophisch, am 4. Halswirbel eine leichte Vorragung, Beweglichkeit ziemlich frei, Bruch am linken Kniegelenk. 50 %. Berufung verworfen.

130. Lenk, Kutscher. Unfall vom 1. August 1907. Verletzung der Halswirbelsäule (Bruch?). Nach 1 Jahre bereits vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte vom Wagen mit dem Kopf auf den Boden auf.

2. Verlauf: Hautabschürfungen, Blutunterlaufungen, Schmerzen bei Bewegungen im Nacken mit Knirschen; der behandelnde Arzt Dr. O. in R. empfahl 20—30 %.

Neuuntersuchung im Februar 1908 durch S.-R. H. in Z.: Schmerzen und schwere Beweglichkeit im Hals. 10 %.

Untersuchung in unserer Klinik im Februar 1908: Röntgenbild scharf, negativ, IV. Halswirbel steht schräg auf den V. Die Konturenzeichnung am Querfortsatz des V. und der Gelenkverbindung zwischen IV. und V. an der einen Seite anders als an der anderen; offenbar Einbrüche daselbst.

Im September 1908 wurde die Rente aufgehoben, da Befund negativ.

131. Low, Arbeiter. Unfall vom 26. November 1903. Einbrüche am V. Lendenwirbel. Nach 6 Jahren noch um 20 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel die Treppe herunter auf den Rücken auf Stufen; besinnungslos.

2. Verlauf: Mehrere Monate vollkommen erwerbsunfähig. Behandlung im mediko-mechanischen Institut zu Dr.; Entlassung 14. Mai 1904: Lendenwirbelsäule und Kreuzbein auf Druck schmerzhaft, leichte nervöse Erscheinungen. $33\frac{1}{3}$ %.

29. November 1907 Untersuchung in unserer Klinik: auf dem Röntgenbild erscheint die Verbindung zwischen V. L.-W. und Kreuzbein unklar (Einbrüche?). Beide Kreuzdarmbeine ragen etwas vor, keine Besserung. $33\frac{1}{3}$ %.

Im April 1909 Herabsetzung der Rente auf 20 % auf Grund des Gutachtens von S.-R. H. in Z.: Besserung durch Nachlassen der Schmerzhaftigkeit und Zunahme der Beweglichkeit.

132. Ludwig, Arbeiter. Unfall vom 11. Mai 1904. Bruch (?) des 2. Lendenwirbels. Nach 4 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Ein fallender Stamm traf den Patienten am Rücken. Patient musste nach Hause gefahren werden.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. Sch. in H. stellte Bluterguss in der Umgebung des 8.—12. Brustwirbels fest; Patient konnte nicht stehen und gehen, sich nicht aufrichten. Drei Monate nach dem Unfall konnte er wieder leichte landwirtschaftliche Arbeiten verrichten. Der 9.—11. Brustwirbel stand etwas vor. 30 %.

Diese Rente wurde auf ein neues Gutachten im Oktober 1904 auf 15 % herabgesetzt, da Beugen der Wirbelsäule normal; durch Schiedsgerichtsurteil wurde jedoch die Berufsgenossenschaft zu 30 % verurteilt.

Obergutachten Mai 1905 durch Prof. W. in L.-St.: Offenbar Kompressionsfraktur des 2. Lendenwirbels, 30 %.

Diese Rente wurde im August 1906 durch ein Gutachten von Dr. U. in L. auf 20 % herabgesetzt und die dagegen eingelegte Berufung verworfen.

Im August 1908 wurde Patient in unserer Klinik untersucht: Das Röntgenbild sowie die übrigen Untersuchungen ergaben vollkommen negativen Befund; keine Atrophie des Wirbels. 0 %.

Die Berufung wurde vom Schiedsgericht verworfen.

133. Martin, Schlosser. Unfall vom 14. Mai 1903. Verstauchung der Halswirbelsäule (Infraktion, Myositis ossificans traumatica). Nach 7 Jahren noch um 20 % erwerbsbeschränkt. (Fig. 26.)

1. Hergang des Unfalls: Ein Wollballen traf den Patienten in gebückter Stellung auf den Kopf.

2. Verlauf: Dem behandelnden Arzte gab Patient an, dass er bei dem Unfall Prasseln im Hals verspürt und die Gedanken verloren hätte; seitdem hätte er Schmerzen bei Bewegungen des Kopfes, sowie Reiben und Knirschen im Hals.

Bei der Untersuchung am 14. September 1903 war der ganze Nacken schmerzempfindlich und die Beweglichkeit der Halswirbelsäule aktiv und passiv stark beschränkt. Knirschende Geräusche bei Bewegungen. 25 %.

Neuuntersuchung im Juni 1905 durch unsere Klinik: Halswirbelsäule etwas nach links geneigt, Dornfortsätze stark vorragend, besonders 4. und 5. mit Verdickung und Druckempfindlichkeit. Links davon leichtes Knirschen. Halswirbelsäule links konvex, linker Deltamuskel etwas vorragend und druckempfindlich. Bewegungen deutlich mit Knirschen und Knacken. Kopf normal beweglich, Halswirbelsäule stark behindert. Das Röntgenbild (siehe Figur 26) ergab: Gegend des V. Dornfortsatzes unscharf. V. Halswirbel schräg, linke Hälfte tiefer, links fehlt Gelenkspalte. Dafür unregelmässige Knochenmassen. Querfortsatz des V. Halswirbels wahrscheinlich gebrochen, ausserdem Muskelknochenbildung. 20 %.

134. Masson, Ziegeleiarbeiter. Unfall vom 1. Juli 1902. Verletzung der Halswirbelsäule. Nach 8 Jahren noch um 60 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel aus 3 m Höhe auf Kopf und Nacken.

2. Verlauf: Dr. O. in P. Gutachten vom 8. Oktober 1902: Starker Bluterguss im Nacken und Quetschung der Weichteile. Schmerzen bei Bewegungen und Schwindel im Kopf. 100 %.

Nachuntersuchung durch unser Institut 10. Mai 1903; Kopfstellung nach rechts geneigt. Halswirbel und obere Brustwirbel nach rechts konvex, kann mit Mühe den Kopf gerade richten, sinkt aber sofort zurück; kann nur wenig arbeiten. Das Röntgenbild ergab eine Verdickung der Querfortsätze der unteren Halswirbel. Nervöse Symptome fehlen. 80 %.

Diese Rente wurde ein Jahr darauf auf 60 % herabgesetzt, da sich die Beweglichkeit gebessert hatte.

Seither ist keine Besserung mehr eingetreten.

135. Schwarze, Töpfereiarbeiter. Unfall vom 7. April 1908. Quetschung des Oberkörpers. Bruch (?) des 7. Brustwirbels. Nach zwei Jahren noch um 50 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Dem Patienten fiel eine Karre Ton aus 1 m Höhe auf den Rücken. Dabei rutschte er aus und fiel noch $3\frac{1}{2}$ m tief hinunter.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. S. in E. fand Blauverfärbung des Rückens, starke Druckempfindlichkeit der rechten Brusthälfte und der ganzen Brust- und Lendenwirbelsäule. Der Dornfortsatz des VII. Br.-W. vorstehend. Trockenes Reiben an der VI. Rippe rechts hinten. 50 %.

Diese Rente wurde durch spätere Gutachten aus der medizinischen Klinik zu J. aufrecht erhalten, da Beweglichkeit der Wirbelsäule andauernd schwer behindert.

136. Weck, Textilarbeiter. Unfall vom 28. September 1903. Bruch (?) des II. Lendenwirbels (Kümmell). Nach 7 Jahren noch um 40 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel durch eine Öffnung 4 m hoch herunter auf eine Mauer, konnte gleich schlecht laufen.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt fand Kreuz- und Beckengegend angeschwollen und schmerzempfindlich. Urin mit Blut vermischt, musste mit Katheter entleert werden. Über $\frac{1}{4}$ Jahr bettlägerig. Gesässmuskulatur stark geschwollen. Die Schmerzen wurden wieder schlimmer, so dass Patient 1 Jahr nach dem Unfall die bereits wieder aufgenommene Arbeit niederlegen musste. Es entstand ein Buckel an der Lendenwirbelsäule. (Kümmell.) 50 %.

Untersuchung in unserer Klinik am 21. Oktober 1904: Röntgenbild ergab keinen deutlichen Bruch; doch erschien auf dem Röntgenbild der II. Lendenwirbel

deutlich verschmälert (Buckelstelle). 60 0/0. Die Rente wurde durch Schiedsgerichtsurteil von 60 0/0 auf 80 0/0 erhöht.

Erneutes Gutachten aus unserer Klinik vom 24. August 1907: Beweglichkeit normal, keine Sensibilitätsstörung. II. und III. L.-W. noch etwas vorstehend. Druckempfindlichkeit angeblich enorm. Übertreibt stark. Neurastheniker. Röntgenbild o. Bes. 40 0/0. Durch Schiedsgerichtsurteil bestätigt.

Später behauptete Patient mehrfach Verschlimmerung, was jedoch vom Schiedsgericht und vom L.-V.-A. stets als unrichtig erkannt wurde.

B. Fälle mit sogenanntem Verheben als Entstehungsursache.

137. Berger, Müller. Unfall vom 28. März 1889. Muskelzerrung im Rücken (Verhebungsbruch?). Nach 11 Jahren Aufhebung der Rente.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben eines Walzsteines mit einer Hebelstange verspürte Patient auf einmal einen plötzlichen Stich im Rücken und konnte nicht mehr arbeiten.

2. Verlauf: Dr. M. in B. stellte eine Schwellung zwischen Darmbein und untersten Rippen fest, welche auf Druck schmerzhaft war, ebenso linke Darmbeinschaukel; offenbar Muskelzerreissung, welche durch andere Ärzte bestätigt wurde. 50 0/0.

Untersuchung am 21. September 1889 durch O.-M.-R. St. in D. ergab keinen objektiven Befund; offenbar Übertreibung. 0 0/0.

Durch Schiedsgerichtsentscheidung vom 18. November 1889 erhielt Patient 25 0/0, welche ihm trotz vieler Gutachten dafür und dawider bis Juli 1893 belassen wurden, von da ab 15 0/0, da noch eine geringe Steifigkeit der Wirbelsäule vorhanden war.

Im September 1900 wurde dem Patienten die Rente eingezogen und seine Berufung verworfen.

138. Beuthner, Maurer. Unfall vom Juli 1904. Wahrscheinlich Knochenverletzung des IV. Lendenwirbels und an der Kreuzdarmbeinfuge. Nach 3 Jahren zu 25 0/0 erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fühlte beim Heben eines schweren Sandsteines im Rückgrat plötzlich starke Schmerzen, arbeitete an diesem Tag noch weiter, ging am nächsten Tag zum Arzt.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt stellte Muskeldehnung fest, Patient konnte sich nur schwer bücken.

Unserer Klinik zur Behandlung zugewiesen, klagte Patient, der ausserdem lungenkrank war, über starke Schmerzen am II. bis IV. Lendenwirbel, vor allem bei Bewegungen. Das Röntgenbild zeigte einen leichten Schiefstand des IV. Lendenwirbels nach links neigend, der Schatten des linken unteren Gelenkfortsatzes dieses Wirbels erschien nach der Mitte verschoben, der rechte etwas nach aussen. Leichte Unregelmässigkeiten an der Kreuzdarmbeinfuge rechts; die Spitze des IV. Dornfortsatzes erschien abgebrochen, vielleicht auch der Querfortsatz des V. L.-W.; Winkel zwischen Wirbelsäule und Darmbein rechts erheblich kleiner als links. 50 0/0. Die dagegen eingelegte Berufung wurde vom Schiedsgericht und Reichs-Versicherungsamt zurückgewiesen.

Neuuntersuchung im Juli 1906: Druckschmerzhaftigkeit an der Kreuzdarmbeinfuge rechts und am IV. L.-W. Beweglichkeit frei. Das Röntgenbild lässt eine Kümmell'sche Krankheit nicht erkennen. Die Gelenkkonturen sind besser differenziert als früher. 30 0/0.

Das Schiedsgericht gewährte ihm auf Grund eines Gutachtens von S.-R. H. in Z. wieder 50 0/0, wogegen die Berufsgenossenschaft Rekurs zum R.-V.-A.

anmeldete. Das R.-V.-A. gewährte dem Patienten in Anlehnung an unser Gutachten 40 %.

Neuuntersuchung im Juli 1907: Befund negativ; vielleicht noch leichte Schmerzen. 25 %. Die Berufung des Patienten wurde vom Schiedsgericht verworfen.

Später verübte Patient Selbstmord; die Hinterbliebenen wollten den Tod als durch den Unfall bedingt anerkannt wissen, da er infolge der Rentenherabsetzung schwermütig geworden wäre. Die Ansprüche wurden durch Schiedsgerichtsurteil (November 1908) auf Grund des Obergutachtens von Prof. B. in Z. zurückgewiesen. Dieser Gutachter wies den Zusammenhang mit dem Unfall ab, meinte auch, dass ein Knochenbruch nicht vorgelegen hätte, weil die späteren Röntgenbilder normal gewesen wären und eine Knochenverletzung sich nicht so zurückbilden könnte.

139. Walther, Schlosser. Unfall vom 6. September 1907. Verletzung der Lendenwirbelsäule durch Muskelzerrung. Nach 3 Jahren noch um 15 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient wollte mit einer Brechstange einen 30 bis 40 Ztr. schweren Zylinder heben. Stechen in der Wirbelsäule. Arbeitete weiter, musste dann 14 Tage aussetzen.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt fand Schmerzempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule, besonders bei Stauchung von oben; IV. L.-W. auf Druck empfindlich. Leichtes Hinken auf dem linken Bein. 25 %.

Begutachtung November 1907 in unserer Klinik: Auf dem Röntgenbild sind die Konturen des V. L.-W. nicht ganz scharf. Deutliche Verletzungen nicht zu erkennen; das linke Bein etwas abgemagert. Beweglichkeit der Wirbelsäule etwas behindert. 25 %.

Neuuntersuchung im Mai 1909: Schmerzen offenbar nachgelassen, Beweglichkeit normal. Trendelenburg negativ. 15 %.

C. Fälle mit nervösen Störungen als Unfallsfolge.

Goth, Maurer. Distorsion der Wirbelsäule, Brustbeinbruch. Nach 8 Jahren noch um 10 % erwerbsbeschränkt (bis heute).

Siehe unter IIA, 123.

140. Richter, Ziegeleiarbeiter. Unfall vom 2. Juni 1908. Kontusion der Wirbelsäule (Bruch?), Unfallneurose, Geisteskrankheit.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel mit einem Hunt zusammen den Fahrstuhlschacht hinunter.

2. Verlauf: Begutachtung und Beobachtung in unserer Klinik. Das Röntgenbild zeigte am Übergang vom Lendenwirbel zum Kreuzbein einige Unregelmäßigkeiten. 50 %.

Die Rente wurde auf ein Gutachten von Prof. B. in Z. vom Schiedsgericht auf 90 % erhöht, da inzwischen schwere geistige Störungen hinzugetreten waren; Patient wurde gemeingefährlich und musste in einer Anstalt untergebracht werden. Das Gutachten der Heilanstalt lautete auf ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall. Traumatische Seelenstörung.

III. Frakturen der Rippen, der Wirbelsäule und des Beckens.

A.

141. Albani, Handarbeiter. Unfall vom 1. April 1902. Quetschung des rechten Fusses, des Brustkorbes (Rippenbruch)

und des Kreuzes. Nach 2 Jahren von seiten der Brustkorb- und Kreuzbeinverletzung keine Beschwerden mehr.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel von einem Wagen 4—5 m hoch herunter auf rohes Eisen.

2. Verlauf: Zunächst einige Tage Bluthusten. Brustbeschwerden nach 3 Wochen vollkommen verschwunden, dagegen noch Schmerzen im Kreuz und Fuss. Die Lendenwirbelsäule etwas schwer beweglich. Patient bezog zunächst 75 0/0, nach einem Jahr durch Schiedsgerichtsurteil 66²/₃ 0/0.

Eine Untersuchung im November 1903 zeigt, dass Kreuz und Brustkorb vollkommen ohne Beschwerden sind, während die Folgen der Fussgelenkverletzung noch ziemlich grosse sind. 50 0/0, welche Patient heute noch bezieht.

142. Bading, Feuermann. Unfall vom 2. Juni 1908. Kontusion des Brustkorbes und der Wirbelsäule (Rippenbruch). Nach einem halben Jahre 40 0/0 Erwerbsbeschränkung (bis heute).

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel mit der linken Seite auf einen Kasten.

2. Verlauf: Dr. M. in W. stellte Bruch der X. und XI. Rippe fest, ausserdem beständen starke Kreuzschmerzen und Schmerzen in den Gesässknochen. Objektiver Befund ausser Druckempfindlichkeit gering.

Die Untersuchung durch unsere Klinik vom 10. November 1908 ergab ausser deutlichen Alterserscheinungen Knochenverdickung an der X. Rippe, Druckempfindlichkeit der Wirbeldornfortsätze (Brust- und Lendenwirbelsäule) und des Kreuzbeines, Röntgenbild ohne krankhaften Befund. 40 0/0. Spätere Untersuchungen ergaben keine Besserung.

143. Bauer, Akkordarbeiter. Unfall vom 5. Oktober 1905. Kontusion des Rückens, Bruch der XI. Rippe. Nach 2 Jahren vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Beim Ziehen einer Schraube rutschte Patient ab und fiel rücklings auf die Erde.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt stellte Rippenbruch fest und empfahl Durchleuchtung.

2. Oktober 1906 wurde Patient von uns begutachtet: das Röntgenbild zeigte einen gut verheilten Bruch an der XI. Rippe. 10 0/0.

Ein Jahr darauf Neubegutachtung durch uns. In der Gegend der Bruchstelle am Rippenfell Reiben zu hören. 10 0/0.

Einen Monat darauf Nachbegutachtung durch Prof. B. in Z.: Reiben verschwunden. 0 0/0.

144. Beckert, Maurer. Unfall vom 19. Juni 1902. Kontusion von Brust und Rücken, Rippenfraktur. 0 0/0.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel mit dem Brustkorb auf Holz auf ebener Erde.

2. Verlauf: Der erstbehandelnde Arzt (Dr. M. in K.) stellte Schmerzhaftigkeit an den Rippen, eine Knochenverdickung an der III. Rippe und Atembeschwerden fest.

Bei der Untersuchung in unserer Klinik April 1903: Befund negativ; Kurzatmigkeit bedingt durch Herzfehler. 0 0/0.

145. Bimbös, Bergarbeiter. Unfall vom 21. September 1892. Bruch des XI. und XII. Brustwirbels (Gibbus). Nach 18 Jahren noch um 85 0/0 erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Ein Deckenbruch von 1¹/₂ bis 2 Ztr. Schwere traf den in der Grube arbeitenden Patienten auf den Rücken.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. Sch. in J. fand einen deutlichen spitzen Gibbus am XI. und XII. Brustwirbel, offenbar Dornfortsatz und Querfortsatz schwer beschädigt, wahrscheinlich Ausschwitzung im Wirbelkanal und Druck auf das Rückenmark. Beine kühl und taub. Geht mit 2 Krücken wenige Schritte. 100 %.

Im Jahre 1900 wurde die Berufsgenossenschaft darauf aufmerksam gemacht, dass Patient ganz gut arbeiten könnte, das Gutachten von Dr. S. in J. lautete jedoch wiederum auf 100 %.

Im Jahre 1909 Untersuchung durch Prof. Fl. in G.: Patient kann mit Krücken flink gehen, kann sich allein an- und ausziehen. Verkrüppelter Fuss von der Kindheit her. 75 %. Auf Grund eines Obergutachtens von Prof. G. in W., welcher zwar Besserung feststellt, jedoch die Erwerbsfähigkeit des Patienten als gering angibt, wird der Antrag der Berufsgenossenschaft beim Schiedsgericht auf Herabsetzung der Rente abgelehnt; das R.-V.-A. hingegen setzte die Rente auf 85 % fest, da Patient sich an Krücken gut fortbewegen und das Bein selbstständig heben könne.

Notiz: Patient war offenbar gar nicht gelähmt, es ist dies auch in keinem Gutachten direkt behauptet. Das Krückengehen und die hohe Rente sind daher sehr verwunderlich. Prof. F. schreibt ausdrücklich, dass er mit den Beinen geht, sich nur auf die Krücken stützt, sich nicht mit den Krücken fortschwingt.

146. Blust, Schmied. Unfall vom 13. Dezember 1902. Bruch der Wirbelsäule mit teilweiser Lähmung. Nach 8 Jahren noch um 30 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel 3 m hoch herunter auf das Gesäss und zwar auf gefrorenen Boden. Angeblich bewusstlos.

2. Verlauf: Gutachten von Dr. W. in E. vom März 1903: Zuerst bestanden Schwierigkeiten beim Kotentleeren und Urinieren. Beide Beine waren eingeschlafen und konnten nicht bewegt werden; später stellte sich die Gehfähigkeit wieder ein. Der Dornfortsatz des V. Lendenwirbels ragte stark nach hinten vor. Die Wirbelsäule empfindlich und schwer beweglich, der Gang sehr erschwert. Offenbar Bruch der Wirbelsäule. 70 %. Patient war früher schon geistesgestört.

Neuuntersuchung im Oktober 1903 durch Dr. W. in E.: Gang etwas gespreizt und unsicher, Kreuzbein noch schmerzhaft. Der Leistenbruch hängt nicht mit dem Unfall zusammen. 50 %, welche im Jahre 1904 auf ein Gutachten desselben Arztes hin auf 30 % herabgesetzt werden sollen. Es wurde ein Obergutachten von der chirurgischen Klinik in Fr. eingeholt, welche ebenfalls die Herabsetzung auf 30 % empfahl. Spätere Untersuchungen ergaben keine Besserung, da die Beweglichkeit immer noch erschwert war, ja selbst die Urinentleerung noch Beschwerden machte.

147. Dost, Arbeiter. Unfall vom 22. Dezember 1902. Bruch der linken Darmbeinschaukel. Nach 1 1/2 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient geriet zwischen 2 Wagen.

2. Verlauf: Nach 5 Monaten konnte Patient nur mit Krücken gehen.

Bei der ersten Begutachtung im März 1903: Taubheitsgefühl im linken Bein, Schmerzhaftigkeit der Darmbeinschaukel. 50 %.

Später Begutachtung im Juli 1903 in unserer Klinik: Schmerzhaftigkeit beim Gehen im linken Bein, Druckempfindlichkeit am Ischiasnerven. Beweglichkeit des Beines frei. Muskulatur noch etwas abgemagert. Gang nahezu normal. 15 %.

Ein Jahr darauf wurde die Rente vollkommen eingezogen, da Patient nicht zur Untersuchung erschien.

148. Ebert, Bahnarbeiter. Unfall vom 21. Januar 1910. Linksseitiger Pfannenbruch mit Verkürzung des Beines. 60% (Figur 1).

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von der Lokomotive überfahren.

2. Verlauf: Vom Mai bis Juli wurde Patient in unserer Klinik behandelt: Das Röntgenbild (siehe Figur 1) ergab einen Einbruch der Pfanne und Verkürzung des Beines $2\frac{1}{2}$ cm, Beweglichkeit im Hüftgelenk stark behindert, Muskulatur des Beines stark abgemagert, Gang sehr hinkend. 60% Schonungsrente vorgeschlagen.

149. Enge, Bergarbeiter. Unfall vom 17. Oktober 1906. Bruch am III. Lendenwirbel. Nach 3 Jahren noch um 25% erwerbsbeschränkt (bis heute). Figur 2.

1. Hergang des Unfalls: Den Patienten traf ein grosses Stück Kohle aus 2 m Höhe auf den Rücken.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt konnte keinen objektiven Befund feststellen; auf sein Gutachten hin gewährte die Berufsgenossenschaft 25%.

Untersuchung in unserer Klinik im August 1907: Beweglichkeit ziemlich stark behindert, III. L.-W. vollkommen verzeichnet, verschmälert, der Körper zeigte an seiner rechten Hälfte einen eigentümlichen, ambosartigen, über den Querfort-

Fig. 1.

Fig. 2.

satz hinweg sich erstreckenden Knochen (offenbar Folge eines Bruches), (siehe Figur 2). 25%.

Eine neue Untersuchung im Jahre 1909 ergab keine Besserung, eher eine Verschlechterung.

150. Engewald, Privatpatientin. Unfall vom 16. Mai 1909. Kompressionsbruch des III. Lendenwirbels. Kümmell'sche Krankheit. Nach 1 Jahre wieder vollkommen erwerbsfähig. (Figur 3.)

1. Hergang des Unfalls: Patientin fiel 2 Stockwerk hoch vom Fenster.

2. Verlauf: Die Patientin lag 6 Wochen im Krankenhaus zu Gl., wobei sich an den unteren Brustwirbeln ein stets grösser werdender Buckel herausbildete. Trotz des Buckels lernte das Mädchen allmählich wieder gehen, wenn auch nur mit Unterstützung und Anstrengung. Später wurde Patientin mir zur Behandlung überwiesen; in dem von mir angegebenen Redressierapparat wurde der Buckel vollkommen ausgeglichen; das Mädchen trug längere Zeit Gipsverband, später ein Korsett (im ganzen $\frac{3}{4}$ Jahre lang).

Heute ist die Patientin in unserer Klinik als Serviermädchen angestellt und verrichtet jede Arbeit. Der Buckel ist nicht wieder zum Vorschein gekommen.

Das Röntgenbild (siehe Figur 3) zeigt eine Zerstörung beider Meniski und zackige Konturen des Wirbelkörpers mit starker Atrophie (II. L.-W.).

151. Gebhardt, Bergarbeiter. Unfall vom 10. Februar 1903. Bruch der linken Darmbeinschaukel, wahrscheinlich auch des Schambeinastes. Nach 7 Jahren noch um 10% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von Gesteinsmassen getroffen und rückwärts gegen einen Förderwagen geschleudert und verschüttet.

2. Verlauf: Da Patient im Mai 1903 noch vollkommen erwerbsunfähig war, wurde er uns zur Behandlung eingewiesen. Bei der Entlassung war Patient noch um 60% erwerbsbeschränkt: Schmerzen im Kreuz, auch leichte Arbeit fiel im Rücken schwer. Bewegungen der Lendenwirbelsäule erschwert, linke Darmbeinschaukel druckempfindlich.

Fig. 3.

Fig. 4.

März 1904 wurde die Rente auf 40% herabgesetzt, da die Schmerzen nachgelassen hatten.

Dezember 1909: Beweglichkeit im Hüftgelenk und der Wirbelsäule normal; Wirbelsäule gut durchgedrückt, Trendelenburg negativ. 25%.

Diese Rente wurde, da objektiver Befund vollkommen negativ, im Jahre 1910 auf 10% herabgesetzt.

152. Georgi, Geschirrführer. Unfall vom 1. Juli 1910. Beckenbruch, Abbruch des Schambeines, Lockerung der Kreuzdarmbeinfuge. Rente noch nicht festgesetzt. (Figur 4.)

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von einem beladenen Wagen überfahren; er lag dabei zuerst auf dem Bauch, wurde vom Rade mit herumgedreht, bis er auf den Rücken lag, dann blieb das Rad auf ihm stehen.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt fand im Urin etwas Blut. Der Urin musste künstlich geholt werden. Patient konnte erst garnicht stehen. Behandlung empfohlen.

Nach mehrwöchentlicher Behandlung in unserer Klinik wurde Patient am 1. Januar 1911 entlassen: das Röntgenbild hatte einen Abbruch des rechten Schambeines ergeben (siehe Fig. 4); der Beckeneingang war durch das abgesprengte Stück verschoben; wahrscheinlich war auch die rechte Kreuzdarmbeinfuge gelockert und eingerissen gewesen, wenigstens deuteten einige Unregelmässigkeiten auf der Zeichnung darauf hin. Becken noch druckempfindlich, Wirbelsäule etwas steif, rechtes Bein abgemagert, Trendelenburg'sches Phänomen jedoch negativ. 60 %.

153. Gr., Gutsbesitzersehefrau. Unfall ungefähr Januar 1910. Abbruch des Steissbeines. Nach 1 Jahre um 15—20% erwerbsbeschränkt.

Fig. 5.

Fig. 6.

1. Hergang des Unfalls: Patientin stürzte vom Wagen auf das Gesäss.

2. Verlauf: Patientin wurde im November 1910 von uns begutachtet. Schmerzen am Kreuz- und Steissbein. Starke Callusbildung am Übergang vom Kreuz- zum Steissbein; daselbst Druckempfindlichkeit. Steissbein nicht beweglich. 15—20 %.

154. Gruner, Bergarbeiter. Unfall vom 22. Novbr. 1910. Beckenbruch, Abbruch des rechten Schambeines, Bruch der Kreuzdarmbeinfuge. Ca. 25% erwerbsbeschränkt. (Figur 5.)

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von mehreren Hunten an einen Schutzpfeiler gedrückt, konnte nicht mehr aufstehen und auch nicht gehen.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik: Das Röntgenbild (siehe Fig. 5) zeigte einen vollkommenen Abbruch des Schambeines und eine ausgesprochene Lockerung an der rechten Kreuzdarmbeinfuge.

Patient hat so gut wie keine Schmerzen, nur das Laufen macht ihm noch etwas Beschwerden und das Bücken. Patient will möglichst bald seine Arbeit wieder aufnehmen. 25 %.

155. Hertel, Bergarbeiter. Unfall vom 24. Juni 1909. Bruch an der Lendenwirbelsäule. Nach $1\frac{1}{2}$ Jahren noch um 40% erwerbsbeschränkt. (Figur 6.)

1. Hergang des Unfalls: Im Bergwerk war das Dach eingebrochen, Patient lag unter den Trümmern, wurde ausgegraben, zunächst bewusstlos.

2. Verlauf: Nach dem Gutachten des behandelnden Arztes S.-R. Dr. W. war Patient im Dezember 1909 noch vollkommen erwerbsunfähig; zuerst hatte er im Königlichen Krankenstift zu Z. längere Zeit gelegen.

Vom Januar bis Ende Februar Behandlung in unserer Klinik: das Röntgenbild (siehe Fig. 6) zeigt deutlich einen Bruch zwischen II. und III. Lendenwirbel; geringe Abknickung der Wirbelsäule an dieser Stelle. Schmerzen im Kreuz und im rechten Bein. Beweglichkeit der Wirbelsäule noch ziemlich behindert. Bei tiefem Bücken treten der II. und III. L.-W. stark hervor. Rechtes Bein noch etwas abgemagert, Trendelenburg negativ. 40%.

Nachuntersuchung im Dezember 1910 in unserer Klinik: Eine Änderung ist nicht eingetreten. 40%.

156. Hänecke, Schmied. Unfall vom 10. August 1908. Wirbelbruch, Rückenmarksverletzung. Nach 2 Jahren noch vollkommen erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von einem niederstürzenden Scheunendach zu Boden geschlagen.

2. Verlauf: Behandlung im Allgemeinen Krankenhaus zu H.; dort wurde ein Bruch des I. L.-W., der II. und III. linken Rippe, des rechten Schulterblattes und ein komplizierter linksseitiger Unterschenkelbruch festgestellt. Schädigung des Rückenmarkes. Störung der Stuhl- und Harnentleerung. Korsett.

Patient ist im April 1910 noch vollkommen erwerbsunfähig. Gutachten von Dr. Sch. und Dr. H. aus dem Krankenhaus zu H. (5. April 1910): ohne Schmerzen nicht gehen, der Harn träufelt stets ab, der Stuhl geht wider Willen ab. Untere Brust- und obere Lendenwirbelsäule zeigen deutlichen Gibbus; ausserdem Versteifung des linken Knies, starke Hautgefühlsstörungen. 100%.

157. Hilbert, Geschirrführer. Unfall vom 7. August 1902. Verrenkung der Halswirbelsäule.

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte 3 m hoch vom Wagen.

2. Verlauf: Erstes Gutachten von S.-R. H. in Z. November 1902: Patient war zuerst bewusstlos, darnach merkte er, dass er den Kopf nicht mehr halten und bewegen konnte; ein anderer Arzt soll den Kopf eingenekt haben, darnach wurden die Arme wieder beweglich. Halswirbelsäule schwer beweglich und druckempfindlich; die ganze Wirbelsäule haltlos. Bei Bewegungen Knirschen im Hals, auch in der Lendenwirbelsäule. Gang steif. 100%. Später trat Unfallsysterie hinzu, auch jetzt noch 100%.

158. Hölig, Brückenschlosser. Unfall vom 8. September 1909. Bruch des linken Oberarm-Kopfes, Bruch und Luxation in der Kreuzdarmbeinfuge; Gehirnerschütterung. (Figur 7.)

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte 6—7 m hoch in einen Gasbehälter.

2. Verlauf: Erstbehandlung im Kgl. Krankenstift zu Z., wobei eine Quetschung der linken Hüfte und des Kreuzes festgestellt wurde, ferner ein Bruch am linken Oberarmkopf. 100%.

Dezember 1909: Patient wurde uns zur Behandlung überwiesen; das Röntgenbild (siehe Figur 7) ergab einen Bruch der Kreuzdarmbeinfuge; die rechte Kreuzdarmbeinhälfte ist über den Darmbeinkamm hinaus derart verschoben, dass das

rechte Darmbein gewissermassen in den Beckenraum hinein, der linken Seite entgegengeschoben erscheint. Der Beckeneingang ist verschoben; das Becken steht schief. Die Afterfalte verläuft schräg von rechts oben nach links unten, die linke Gesässhälfte ist grösser als die rechte. Die horizontale Gesässfalte steht links tiefer, das Becken rechts höher, starke Behinderung der Beweglichkeit im Hüftgelenk. Trendelenburg positiv, linkes Bein abgemagert, Gang hinkend, schonend, starke Behinderung der Beweglichkeit in der linken Schulter. Sensibilitätsstörung in der Aftergegend. $66\frac{2}{3}\%$.

159. Jäger, Handarbeiter. Unfall vom 8. Oktober 1891. Wirbelbruch. Nach 20 Jahren noch um 80% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel 6 m hoch von einem Gerüst herunter.
2. Verlauf: Nach dem Gutachten des behandelnden Arztes im Januar 1892 waren zunächst beide Beine und die Blase vollkommen gelähmt und die Haut-

Fig. 7.

gefühle erloschen, während Patient zur Zeit der Untersuchung wieder kurze Strecken unter starkem Hinken gehen konnte und die Blasenschwäche verschwunden war. Brustwirbelsäule vom 4. Wirbel an nach abwärts druckempfindlich. 70%.

Juni 1892 Untersuchung durch Prof. St. in J.: Brustwirbelsäule kyphotisch, X. und XI. Dornfortsatz verdickt und schmerzhaft, Gang stampfend, Reflexe gesteigert, offenbar Wirbelbruch mit Kompression des Rückenmarkes. 100%.

Nachuntersuchung 1899 durch M.-R. L. in Z: Gang steif, spastisch, Wirbelsäule druckschmerzhaft, Gibbus am X. und XI. Brustwirbel. Leichtes Arbeiten möglich. 80—85%.

Diese Herabsetzung der Rente wurde jedoch erst im Jahre 1904 auf ein Gutachten aus unserer Klinik hin vorgenommen; der Gang war noch spastisch, die Beweglichkeit der Wirbelsäule nahezu frei. Schiedsgericht und R.-V.-A. bestätigten die Herabsetzung.

Im Jahre 1907 wurde Patient nochmals in unserer Klinik untersucht; das Röntgenbild liess eine Kümmell'sche Einschnürung nicht erkennen, starke Druckempfindlichkeit. 80%. Patient beantragte Rentenerhöhung, wandte sich an das Ministerium, an das R.-V.-A., wurde jedoch überall abgewiesen.

160. Klemm, Kohlenabladler. Unfall vom 22. September 1902. Quetschung des Rückens, Bruch des Schulterblattes und zweier Rippen, Neurasthenie. Nach 7 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient kam zwischen die Puffer zweier Wagen.

2. Verlauf: Im Mai 1903 noch vollkommen erwerbsunfähig; die Durchleuchtung ergab: Bruch der 7. und 8. Rippe.

Im August 1903 aus der mediko-mechanischen Behandlung entlassen, zeigte Patient folgenden Befund: Wirbelsäule nach links verbogen (schon vor dem Unfall), Schulterblatt etwas verdickt, Rippen druckempfindlich, innere Organe normal. Leichte Neurasthenie. 40 0/0.

Bei einer späteren Untersuchung im August 1907 durch unsere Klinik war der Befund vollkommen negativ; masslose Übertreibung, vielleicht noch geringe Schmerzen. 20 0/0.

Auf das Schiedsgerichtsurteil vom 16. Dezember 1909 wurde die Rente aufgehoben.

161. Kölbel, Handarbeiter. Unfall im Jahre 1901. Wirbelbruch (Querfortsatz), Rippenbruch. Nach 8 Jahren noch um 50 0/0 erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel vom Wagen und schlug mit dem Nacken und der linken Schulter auf, konnte nicht mehr gehen, sondern musste gefahren werden.

2. Verlauf: Gutachten Dr. M. in L. vom 15. Februar 1902: Starke Blutunterlaufungen, Bewegungen des Kopfes schmerzhaft, hintere Rachenwand blutunterlaufen, Bewegungen des linken Armes und der Halswirbelsäule ebenfalls schmerzhaft. Der linke Arm war zuerst gelähmt und empfindungslos.

Behandlung und Nachuntersuchung September 1902 in unserer Klinik: Kein Knirschen in der Halswirbelsäule, Beweglichkeit unbehindert. Nach dem Röntgenbild scheint der linke Querfortsatz des letzten Halswirbels und des I. Brustwirbels abgesprengt, die Rippe direkt am Köpfchen abgebrochen. 50 0/0.

Der Einspruch dagegen wird vom Schiedsgericht verworfen. Spätere Untersuchungen bis zum Jahre 1909 ergaben keine Besserung.

162. Krul, Bergarbeiter. Unfall vom 22. April 1909. Einbrüche am I.—III. Lendenwirbel, Rippenbruch. Nach 2 Jahren noch um 40 0/0 erwerbsbeschränkt. (Figur 8.)

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von einem Fahrstuhl mit hoch gezogen und an die Wand gequetscht. Patient war längere Zeit vollkommen erwerbsunfähig und bettlägerig.

2. Verlauf: Nach dem Gutachten des behandelnden Arztes bestand starker Bluterguss neben der Wirbelsäule, mehrere Hautwunden.

Behandlung in unserer Klinik August bis November 1908: Druckempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule, mässig starke Behinderung der Beweglichkeit der Wirbelsäule. Während der Behandlung trat an der Lendenwirbelsäule ein stets grösser werdender Buckel heraus, so dass Patient ein Korsett tragen musste. Lendenwirbelsäule nach dem Röntgenbild (siehe Figur 8) skoliotisch verbogen, auf der rechten Seite eingepresst, die Miniski fehlen offenbar vollkommen zwischen dem 1., 2. und 3. Lendenwirbel. 50 0/0. Diese Rente wurde durch Urteil des Bergschiedsgerichtes auf 75 0/0 erhöht und zwar ohne dass ein zweiter Gutachter gehört wurde.

Neuuntersuchung im Juli 1909 durch unsere Klinik auf Veranlassung des Vertrauensmannes, dem der Verletzte als arbeitsscheuer Mensch bekannt ist: die Druckempfindlichkeit ist äusserst gering, die Wirbelknochen haben sich auf dem

Röntgenbild inzwischen wesentlich aufgeklärt. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule hat sich ganz wesentlich gebessert. 35—40 %.

Die Rente wurde soweit herabgesetzt und dem Patienten eine Abfindung von 756 Mk. gewährt.

163. Kunz, Schmied. Unfall vom 7. Oktober 1903. Wirbelbruch, Schlüsselbeinbruch, Rippenbruch. Nach 7 Jahren noch um 25 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde infolge Reissens einer Kette eines Flaschenzuges zwischen Wand und Rad gepresst.

2. Verlauf: Patient war bewusstlos und musste längere Zeit liegen.

Gutachten von Prof. K. in Z. Januar 1904: Nach dem Unfall sofort Aufnahme ins Krankenstift, ausgedehnte Blutunterlaufungen am ganzen Rücken,

Fig. 8.

Fig. 9.

Schlüsselbein gebrochen, Atem erschwert. Blase und Mastdarm normal funktionierend. Bruch der oberen Lendenwirbel mit geringer Verschiebung geheilt, leicht kyphotisch vorspringend, Wirbelsäule unbeweglich. Bruch der 8. und 9. Rippe. 50 %.

Durch Urteil des Schiedsgerichts und R.-V.-A. musste erst die Zugehörigkeit des Patienten zur Berufsgenossenschaft festgelegt werden.

Nachuntersuchung im Jahre 1906 durch Dr. H. in Z.: Die Steifigkeit der Wirbelsäule hat sehr abgenommen, die Muskulatur ist kräftiger geworden. 25 %.

Nachuntersuchung in unserer Klinik im Juni 1908: Leichte Kyphose der Lendenwirbelsäule, ziemlich starke Versteifung. Das Röntgenbild zeigt an den Lendenwirbeln eine vollkommen unscharfe Zeichnung der Wirbel. 25 %.

164. Leder, Zimmergeselle. Unfall vom 1. Mai 1909. Bruch der linken Beckenpfanne. Nach 2 Jahren noch um 35 % erwerbsbeschränkt. (Figur 9).

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel aus 3 m Höhe auf die Erde.
2. Verlauf: Patient lag längere Zeit im Krankenhaus in seiner Heimat und wurde uns dann noch zweimal zur Behandlung zugewiesen. Das Röntgenbild (siehe Figur 9) ergab einen deutlichen Bruch der Pfanne; die Innenwand des Beckens ist offenbar gesplittert. Die Beweglichkeit der Hüfte ist ziemlich gut, die Hüftgelenkgegend auf Druck noch schmerzhaft, das linke Bein noch abgemagert. 35 %.

165. Leistner, Handarbeiter. Unfall vom 2. Mai 1904. Bruch des rechten Schulterblattes. Nach 5 Jahren noch um 35 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von einem durchgehenden Pferd zu Fall gebracht, fiel auf den Rücken.
 2. Verlauf: Der behandelnde Arzt stellte Schmerzhaftigkeit der Schulterblattgegend und neben der Wirbelsäule fest. 100 %.
- Oktober 1904 Begutachtung durch unsere Klinik: Röntgenphotographie ergibt Bruch des Schulterblattes, Beschränkung der Beweglichkeit im Arm. 35 %. Eine Besserung trat bis zum Jahre 1909 nicht ein.

Fig. 10.

166. Lenk, Sandgräber. Unfall vom 9. Juli 1906. Brüche am III., IV. und V. Lendenwirbel. Nach 4 Jahren noch um 40 % erwerbsbeschränkt. (Figur 10.)

1. Hergang des Unfalls: Hereinbrechende Steinmassen verschütteten den Patienten.
2. Verlauf: Der behandelnde Arzt fand einen grossen Bluterguss in der Lendenwirbelgegend, $\frac{1}{4}$ Jahr darauf konnte Patient nur mit Mühe mit 2 Stöcken einige Schritte tun.

Darauf Behandlung in unserer Klinik; bei der Entlassung am 9. Januar 1907 war die Beweglichkeit der Wirbelsäule noch stark behindert, der III.—V. L.-W. hatten offenbar Brüche erlitten (siehe Figur 10). 50 %. Die Rente wurde im Jahr 1908 auf 40 % herabgesetzt, da die Beweglichkeit sich gebessert hatte und die Callusmassen aufgeheilt erschienen (verdient jetzt täglich 2 Mk., gegenüber früher 3 Mk.).

167. Liebers, Zimmermann. Unfall vom 4. November 1906. Bruch des linken Schulterblattes. Nach 2 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient glitt aus, kam zu Fall und quetschte sich die linke Seite. Trotz starker Schmerzen im Schulterblatt arbeitete Patient weiter.
2. Verlauf: Zwei Ärzte gaben den Befund als negativ an, so dass Patient keine Rente erhielt; Patient erhob dagegen Einspruch und das Schiedsgericht sicherte ihm Behandlung zu.

Bei der Behandlung in unserer Klinik ergab sich, dass ein Schulterblattbruch vorlag; dieser war ohne weitere Störung ausgeheilt, sodass Patient vollkommen erwerbsfähig aus der Klinik entlassen wurde (November 1908). Seine Berufung wurde vom Schiedsgericht verworfen.

168. Lippold, Maurer. Unfall vom 28. Mai 1900. Kontusion des Kreuzes, Bruch des Brustbeines, Bruch des Fersenbeines. Nach 9 Jahren noch um 50 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel aus 12 m Höhe von der Leiter; bewusstlos.

2. Verlauf: Nach dem Gutachten des behandelnden Arztes Dr. H. in Z. vom August 1900 war Patient 48 Stunden bewusstlos; 4 Wochen Wasserverhaltung. Verdacht auf Wirbelbruch, Fersenbeinbruch. 100 %.

Untersuchung in unserer Klinik November 1901: Patient konnte nur $\frac{1}{2}$ Stunde gehen wegen Schmerzen im Fuss und im Kreuz, Druckempfindlichkeit im Kreuz. 60 %.

Neuuntersuchung Dezember 1902: Beschwerden im Kreuz nur mehr gering, die Fussbeschwerden jedoch noch 60 %.

Bei einer späteren Untersuchung durch Dr. Sch. in Z. November 1906 wurde eine leichte Besserung festgestellt, doch ragte der II. Lendenwirbel etwas vor und Patient wollte den Abgang von Stuhl und Urin nicht merken. 50 %. Prof. B. in Z. trat jedoch diesem Gutachten entgegen und empfahl die Weitergewährung von 60 %, da die Wirbelsäule noch steif wäre.

2 Jahre später (April 1909) wird die Rente auf ein Gutachten von Dr. Sch. in Z. durch Schiedsgerichtsurteil auf 50 % herabgesetzt.

169. Möckel, Bergarbeiter. Unfall vom 4. Mai 1897. Bruch des rechten Schambeines. Nach 10 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient geriet zwischen Hunt und Holzbolzen.

2. Verlauf: Patient wurde im Kgl. Krankenstift zu Z. behandelt. Es wurde ein Bruch des Schambeines festgestellt. Patient nahm bereits nach 2 Monaten seine Arbeit wieder auf, allerdings nur leichtere.

Neuuntersuchung durch Prof. K. im Krankenstift zu Z. vom 15. Oktober 1899: keine Muskelabmagerung, keine Druckempfindlichkeit, Beweglichkeit frei. 10—15 %.

Neuuntersuchung in unserer Klinik am 22. Oktober 1907: Keine Knochenverdickung an der Bruchstelle, Beweglichkeit vollkommen frei. 0 %. Die Rente wurde vom Schiedsgericht eingestellt.

170. Müller, Textilarbeiterin. Unfall vom 6. Oktober 1898. Beckenbruch. Nach 7 Jahren noch um 30 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patientin wurde von einem Wagen an die Wand gedrückt.

2. Verlauf: Prof. K. in Z. stellte einen Bruch am Schambein fest, ausserdem wahrscheinlich eine Lockerung der Kreuzdarmbeinfugen. 75 %.

Diese Rente wurde im Jahre 1900 infolge Nachlassens der Druckschmerzhaftigkeit auf 50 % herabgesetzt.

Im September 1905 Nachuntersuchung in unserer Klinik: die Patientin klagt und übertreibt enorm. Die eine Kreuzdarmbeinfuge steht etwas vor, keine Druckempfindlichkeit, jedoch starkes Hinken. Gewöhnung. 30 %; diese Rente wird durch Schiedsgerichtsurteil bestätigt.

171. Petermann, Rangierer. Unfall vom 23. November 1899. Quetschung des Brustkastens, Rippenbrüche, Lungenverletzung. Nach 11 Jahren noch um 15 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient kam zwischen die Puffer zweier Wagen.

2. Verlauf: Gutachten von Prof. K. in Z. vom 15. Februar 1900: bei der Aufnahme schwerer Kollaps, Hautemphysem, alle Rippen rechts eingedrückt und gebrochen, unförmliches Aussehen, Atemnot hochgradig, Blutausswurf, im Anschluss daran eine Pleuritis. Tiefe Abflachung der Brustseite, in welche man die Hand hineinlegen kann. 100 %.

Neuuntersuchung durch Prof. K. im April 1900: Patient verdient 2.50 Mk., gegenüber früher 6 Mk. Es besteht Schwäche im rechten Arm und Schmerzen am Brustkorb. Kurzatmigkeit. $33\frac{1}{3}\%$.

Neuuntersuchung und Beobachtung in unserer Klinik September 1903: Auf der Brust fauchende Gefäßgeräusche, Puls etwas beschleunigt, Anfälle von Kurzatmigkeit. 25 %.

Neuuntersuchung in unserer Klinik Oktober 1907: Die Herztätigkeit ist ruhiger, kein Zeichen von Atemnot, auch subjektive Beschwerden geringer. 15 %.

Vom Schiedsgericht bestätigt.

Untersuchung im April 1910, wobei die Einziehung der Rente empfohlen wird; der Antrag der Berufsgenossenschaft wird jedoch vom Schiedsgericht zurückgewiesen.

172. Peyerl, Ziegeleiarbeiter. Unfall vom 8. Juni 1910. Luxation beider Darmbeine im Verhältnis zum Kreuzbein. 75 %.

Fig. 11.

1. Hergang des Unfalls: Patient geriet zwischen 2 rollende Kippwagen und eine Lehmwand.

2. Verlauf: Patient lag ein volles Vierteljahr. September bis Dezember 1910 wurde er in unserer Klinik behandelt; das Röntgenbild (siehe Figur 11) zeigt einen ganz schiefen Beckeneingang. Obwohl Patient bei der Aufnahme vollkommen gerade lag, erscheint das linke Darmbein verschmälert; diese Zeichnung ist dadurch bedingt, dass das linke Darmbein hinter das Kreuzbein, das rechte Darmbein vor das Kreuzbein gerutscht ist. Die Wirbelsäule ist schwer beweglich, ebenso beide Beine. Deutliche nervöse Symptome. Patient kann nur mit 2 Stöcken gehen; ausserdem übertreibt Patient noch erheblich. 75 %.

173. Pfeifer, Landwirtin. Unfall vom 31. Juli 1902. Bruch des II. Lendenwirbels und Quetschung des Rückenmarkes. Nach Jahren noch vollkommen hilflos.

1. Hergang des Unfalls: Patientin fiel in der Scheune auf den Boden herunter.
2. Verlauf: Nach dem Gutachten des erstbehandelnden Arztes Dr. D. in C. vom 8. Oktober 1902 war die Blase zuerst vollkommen gelähmt, ebenso beide Beine.
Beobachtung und Behandlung in unserer Klinik, Entlassung am 12. Oktober 1903: Urin- und Stuhlgang erschwert. An Gesäss und Bein Druckstellen. II. L.-W. knöchern verdickt mit Verschiebung der Wirbelsäulenachse (wahrscheinlich Bruch des Dornfortsatzes und Bogens), Becken schief, links höher als rechts, Beinmuskeln schlaff, Beine nahezu total gelähmt, kann weder stehen, noch gehen, noch sitzen. 90 % (!?).

Patientin legte Berufung ein und es wurde ihr die Hilflosenrente gewährt, welche sie, wie es scheint, auch heute noch bezieht.

174. Pross, Dienstknecht.
Unfall vom 22. August 1904. Bruch der rechten Darmbeinschaukel. Nach 2 Jahren nicht mehr erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von einer einstürzenden Hofmauer verschüttet, konnte sich nicht mehr aufrichten, musste nach Hause transportiert werden.

2. Verlauf: Patient lag längere Zeit. Im November 1904 war Patient nach dem Gutachten des behandelnden Arztes bereits nur mehr zur Hälfte erwerbsbeschränkt, schwere Arbeiten konnte er nicht machen.

Behandlung in unserer Klinik, Entlassung im Januar 1905: der Darmbeinbruch ist vollkommen fest verheilt, irgend eine grössere Störung ist nicht nachweisbar; der Gang ist normal, höchstens 15 % Schonungsrente.

Diese Rente wurde, da auch die Schmerzen verschwanden, im Jahre 1906 eingezogen.

175. Riedel, Kutscher. Unfall vom 15. Mai 1908. Bruch der linken Darmbeinschaukel. Nach 2 Jahren noch um 10 % erwerbsbeschränkt. (Figur 12.)

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde vom Wagen herabgeschleudert und 20 m weit geschleift, bewusstlos, musste nach Hause gefahren werden.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt stellte einen mächtigen Bluterguss im linken Gesäss fest, abnorme Beweglichkeit und stark umschriebenen Druckschmerz am Darmbeinkamm.

Im April 1910 wurde Patient in unserer Klinik untersucht; das Röntgenbild (siehe Figur 12) ergab mit Deutlichkeit einen Bruch der Schaukel: am Querfortsatz des V. L.-W. ist ebenfalls ein kleines Stück abgerissen, auch steht das Kreuzbein etwas schräg zum Beckeneingang (wohl Projektion). Höchstens 10 %.

176. Ritter, Textilarbeiter. Unfall vom 11. Dezember 1905. Quetschung von Brust und Rücken, Schlüsselbeinbruch. Nach 4 Jahren noch um 15 % erwerbsbeschränkt.

Fig. 12.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von der Transmission erfasst und herumgeschleudert.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. G. in M. stellte Bruch des Schlüsselbeines und Muskelzerreissung am Rücken und an der Brust fest. Behinderung der Beweglichkeit in beiden Schultergelenken. 30 %.

Nachuntersuchung in unserer Klinik August 1906: Geringe Nervosität. Periarthritis humeri. Druckschmerzhaftigkeit am Kreuzbein. Das Röntgenbild lässt mit Sicherheit eine Wirbelverletzung ausschliessen. 30 %.

Diese Rente wurde später auf 20 und 15 % herabgesetzt; Patient wurde mit 800 Mk. abgefunden.

Fig. 13.

177. Ronas, Tagelöhner. Unfall vom 29. Dezember 1907. Pfannenbruch der linken Hüfte. Nach 3 Jahren noch um 50 % erwerbsbeschränkt. (Figur 13.)

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte von der Scheuer und war bewusstlos.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. M. in W. stellte eine starke Schwellung an der linken Hüfte und an der Beckengegend fest, blaurote Färbung, äusserste Schmerzhaftigkeit. Im April 1908 Gehen nur mit starkem Hinken möglich. 100 %.

Patient wurde in unserer Klinik behandelt und am 1. August 1908 entlassen: geringes Ödem am linken Unterschenkel, Beweglichkeit der Hüfte ziemlich frei, Muskulatur etwas abgemagert. 40 %. Das Röntgenbild (siehe Figur 13) ergab einen Bruch der Pfanne.

Vor dem Schiedsgericht erhielt Patient durch Vergleich 50 %.

178. Röbbenack, Bergarbeiter. Unfall vom 8. Januar 1908. Bruch des V., VI. und VII. Halswirbels. Nach 2 Jahren noch um 30 % erwerbsbeschränkt. (Figur 14.)

1. Hergang des Unfalls: Ein Block von 8—10 Ztr. Schwere löste sich los und traf den Patienten auf Kopf und Rücken, so dass Patient zusammenknickte. Patient war $\frac{1}{2}$ Stunde bewusstlos.

2. Verlauf: Patient wurde in unserer Klinik behandelt und am 26. April entlassen. Er klagte noch über Kopfschmerzen, Schwindel; die Halswirbelsäule wäre auf Druck schmerzhaft, die Beweglichkeit stark eingeschränkt. Das Röntgenbild (siehe Figur 14) zeigte Einbrüche an den Querfortsätzen des V., VI. und VII. Halswirbels; ausserdem Zackenbildung am V. Halswirbel. 40%. Von dem Schiedsgericht wurde die Berufung zurückgewiesen.

Im August 1910 wurde auf ein Gutachten aus unserer Klinik hin die Rente auf 30% herabgesetzt, da die Beweglichkeit zugenommen und die Druckempfindlichkeit nachgelassen hatte. Die Berufung wurde verworfen.

179. Sahrman, Geschirrführer. Unfall vom 21. Januar 1907. Bruch der rechten Hüftpfanne. Nach 4 Jahren noch um 30% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient glitt aus, ein Pferd stürzte auf ihn. Im April war Patient noch bettlägerig.

2. Verlauf: Begutachtung durch unsere Klinik am 29. Juli 1907: Beweglichkeit der Hüfte frei, jedoch schmerzhaft. Bein stark abgemagert. Das Röntgenbild ergab einen Bruch der rechten Pfanne. 50%.

Später wurde die Rente auf ein Gutachten von S.-R. Kl. in Z. auf 40% herabgesetzt und vom Schiedsgericht bestätigt.

Eine weitere Herabsetzung der Rente im April 1910 wurde vom Schiedsgericht teilweise bestätigt und die Rente auf 30% herabgesetzt.

Fig. 14.

180. Schaller, Bergarbeiter. Unfall vom 10. Juli 1905. Bruch am III. und IV. Lendenwirbelkörper, traumatische Neurose. Nach 5 Jahren noch um 60% erwerbsbeschränkt. (Figur 29.)

1. Hergang des Unfalls: Ein 3 m hohes Schalenholz fiel dem Patienten auf den Rücken. Patient wurde taschenmesserartig zusammenklappend zu Boden gedrückt, hatte sofort starke Schulterschmerzen und Kopfschmerzen. Diese wurden schlimmer, sodass er nach 4 Tagen die Arbeit wieder aufgeben musste.

2. Verlauf: Dezember 1905 (bis dahin war Patient arbeitsunfähig) wurde er in unserer Klinik behandelt und untersucht. Die Röntgenbilder (siehe Figur 29) zeigten, dass zwischen dem äussersten Rand des III. und IV. Lendenwirbelkörpers Knochenwucherungen einander entgegenziehen. 50%.

Durch Berufung beim Schiedsgericht erhält Patient auf Grund eines Gutachten von Prof. B. in Z., welcher nervöse hysterische Zustände feststellt, 60%, da nach dem Gutachten von Prof. B. organische Veränderungen nicht vorliegen.

181. Schierz, Bergarbeiter. Unfall vom 17. Mai 1910. Quetschung des ganzen Körpers, Beckenbruch. 70%. (Figur 15).

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte 3 m hoch herunter, ein Wagen mit Kohle auf ihn.

2. Verlauf: Im September 1910 uns zur Behandlung eingewiesen, gab er bei seiner Entlassung im November 1910 folgenden Befund: Nach dem Röntgenbild (siehe Figur 15) besteht eine deutliche Callusbildung am linken Sitzbeinknorrn; ausserdem weisen die Kreuzdarmbeinfugen und der V. Lendenwirbel derartige Unregelmässigkeiten auf, dass man an einen Bruch denken muss. Endlich ist der obere Rand beider Schambeine angebrochen. Die ganze Wirbelsäule und

das Becken sind auf Druck schmerzhaft, ebenso Bewegungen der Wirbelsäule. Glaubhafte Schmerzen, 70 %, da Patient auch sitzend nicht dauernd arbeiten kann.

Fig. 15.

182. Schindler, Bergarbeiter. Unfall vom 15. Dezember 1909. Bruch der rechten Hüftpfanne und beider Sitzbeinknörren. 70—80%. (Figur 16.)

Fig. 16.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde im Bergwerk verschüttet.
2. Verlauf: Zuerst Behandlung im Kgl. Krankenstift zu Z.: Der ganze Körper war blutunterlaufen.

Behandlung in unserer Klinik vom Juli bis September 1910: Die Röntgenbilder (siehe Figur 16) zeigen einen schweren Pfannenbruch, ausserdem Brüche an beiden Sitzbeinen, an der Innenseite mit stärkster Callusbildung. 70—80 %.

183. Schmidt, Arbeiterin. Unfall vom 5. August 1907. Bruch des Schulterblattes, Quetschung des Rückens. Nach 1 Jahre bereits vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patientin wurde von einem umfallenden Wagen gegen eine Säule gepresst.

2. Verlauf: 1907 wurde die Patientin von uns begutachtet: Das Röntgenbild ergab einen Bruch des Schulterblattes 40 %.

Im September 1908 wurde die Rente eingezogen, da Befund vollkommen negativ.

184. Schmidt, Bergarbeiter. Unfall vom 27. Februar 1908. Beckenbruch. Nach 3 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig. (Figur 17.)

Fig. 17.

1. Hergang des Unfalls: Dem Patienten fuhr ein Hunt gegen die rechte Seite, Patient konnte nicht mehr gehen. Patient wollte einen Leistenbruch bekommen haben.

2. Verlauf: 20. Juni 1908 Begutachtung in unserer Klinik: Patient kann nur mehr $\frac{2}{3}$ von früher verdienen, hat angeblich stets Schmerzen beim Gehen; Kreuzdarmbeinfuge ist auf Druck empfindlich, ebenso der grosse Sitznerv in seinem ganzen Verlauf. Nach dem Röntgenbild ist die rechte Beckenhälfte etwas eingedrückt und der untere Schambeinast durchgebrochen. Muskulatur des rechten Beines abgemagert. 30 %.

Neuuntersuchung im Juli 1909 ergab keine wesentliche Besserung, dagegen wurde die Rente im Januar 1911 wegen Verschwinden der Druckschmerzhaftigkeit und Besserung der Beweglichkeit eingezogen.

185. Schmidt, Steinbrucharbeiter. Unfall vom 29. Oktober 1910. Bruch der linken Beckenschaufel. Noch in Behandlung. (Figur 18.)

1. Hergang des Unfalls: Kam mit dem Becken zwischen Gestein und beladenen Wagen. Konnte 2 Tage lang kein Wasser lassen.

2. Verlauf: Gehen heute noch etwas mühsam, im Zimmer ohne Stock möglich. Linke Darmbeinschaukel stark verdickt und druckempfindlich. Auf dem Röntgenbild (siehe Fig. 18) sieht man eine grosse Absprengung mit Callusbildung. Behandlung demnächst abzuschliessen. Voraussichtliche Erwerbsbeschränkung 40⁰ (Übergangsrente).

186. Senf, Bergarbeiter. Unfall vom 6. Juni 1910. Verlust fast aller Zähne, Bruch der 4., 5. und 6. rechten Rippe, Lungenquetschung, Kontusion der Wirbelsäule, teilweise Muskelzerreissung am rechten Vorderarm mit Lähmung der Streckmuskeln. 75⁰o.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von hereinbrechenden Kohlenmassen verschüttet.

2. Verlauf: Behandlung in unserer Klinik vom 14. September bis 15. November 1910: Dem Patienten tat alles weh. Die Röntgenbilder ergaben einen Bruch dreier Rippen, einen Kahnbeinbruch an der rechten Hand. Beweglichkeit der Wirbelsäule nicht behindert. Starke nervöse Symptome, keine seelische Widerstandsfähigkeit. Weinte stets. 75⁰o.

Fig. 18.

187. Schöllig, Zimmermann. Unfall vom 6. September 1909. Bruch der rechten Hüftpfanne, Zertrümmerung beider Fersenbeine. Nach 1 Jahre noch um 80⁰o erwerbsbeschränkt. (Figur 19.)

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel 8 bis 10 m hoch vom Dach herunter auf die Füsse.

2. Verlauf: Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik (Februar 1910): Bruch der rechten Pfanne (siehe Figur 19), starke Adduktion des rechten Beines, Zertrümmerung beider Fersenbeine. 100⁰o.

Neuuntersuchung im Mai 1910: Beweglichkeit im Hüft- und Fussgelenk gebessert.

Gang mit Hilfe eines Stockes möglich. 80⁰o. Durch Schiedsgerichtsurteil bestätigt.

188. Simchen, Brückenschlosser. Unfall vom 2. Januar 1905. Beckenbruch und Handverletzung; ersterer nach 3—4 Jahren beschwerdefrei. (Figur 20).

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte 8 m hoch herunter.

2. Verlauf: Erste Behandlung durch Dr. B. in M., welcher vollkommene Erwerbsunfähigkeit feststellte.

Behandlung in unserer Klinik Juni 1905: Einbruch am linken Schambein, leichte Verschiebung des Beckeneinganges (siehe Figur 20). 66²/₃ ⁰o. Durch Schiedsgerichtsurteil wurde diese Rente mit Rücksicht auf die gleichfalls vorhandene Handverletzung auf 80⁰o festgesetzt.

Diese Rente wurde im Mai 1906 auf ein Gutachten von Prof. B. in Z. auf 60⁰o herabgesetzt; zugleich stellte Prof. B. noch eine Veränderung an der Kreuzdarmbeinfuge links fest. Die dagegen eingelegte Berufung wurde verworfen.

Oktober 1908 Untersuchung durch unsere Klinik: Vom Becken keine Beschwerden mehr; für die Handverletzung noch 45⁰o.

189. Stark, Fuhrmann. Unfall vom 2. Februar 1906. Brustkorbquetschung, Rippenbrüche, Unfallhysterie. Nach 5 Jahren noch um 80⁰o erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient geriet zwischen einen Baum und einen fahrenden Wagen, wurde ausserdem überfahren.

Fig. 19.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. B. in M. stellte Hautemphysem, starke Schwellung und Verdrehung des Halses fest, ausserdem Crepitation der untersten Rippen rechts neben der Wirbelsäule.

Begutachtung in unserer Klinik Juli 1906: IV.—X. Rippe gebrochen, Gemütsdepression. 80 %. Diese Rente wurde durch Schiedsgerichtsurteil

Fig. 20.

bestätigt auf Grund eines Obergutachtens von Prof. W. in L.-St.: Typische Unfallshysterie, höchstens 80 %.

Im September 1908 konnten wir in unserer Klinik Besserung durch Verschwinden der Klopfempfindlichkeit des Schädels und Zunahme der Kraft feststellen. 65 %, welche durch Schiedsgerichtsurteil aber wieder auf 80 % erhöht wurden.

190. Teichert, Stahlarbeiter. Unfall vom 12. September 1900. Bruch am Darmbein. Nach 10 Jahren noch um 45% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von einem schweren Steinstück auf den Rücken getroffen.

2. Verlauf: Behandlung im Kgl. Krankentstift zu Z., Entlassung am 17. Dezember 1900 nach Heilung des Beinbruchs und vorausgegangener schwerer Eiterung am Oberschenkel. Patient kann mit 2 Stöcken mühsam gehen. 100%.

Nachuntersuchung im Juni 1901 durch Prof. K. in Z.: Patient kann leichte Arbeiten machen, Beckenbruch nur geringe Beschwerden. 50%.

Gutachten aus unserer Klinik Oktober 1901: Keine Besserung, Verschlechterung durch Wiederaufbruch der Fistelwunde. 75%.

Im April 1902 Operation dieser Fistel und Vollrente zur Schonung: diese Rente wurde im August auf 75% herabgesetzt.

Im August 1905 wurde die Rente nach einem Gutachten aus unserer Klinik auf 60% herabgesetzt, da Fistel verheilt und Schmerzen geringer.

Erneute Untersuchung durch unsere Klinik Januar 1909: Bruchstelle am Darmbein nicht mehr schmerzhaft, Trendelenburg negativ, Bein noch abgemagert. 45%. Durch Schiedsgerichtsurteil bestätigt.

191. Träger, Geschirrführer. Unfall vom 9. Juli 1907. Einbruch am 1. und 2. Lendenwirbel. Nach 3 Jahren noch um 60% erwerbsbeschränkt. (Figur 28.)

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde bei der Durchfahrt durch ein Tor auf einem beladenen Wagen sitzend zwischen Mauer und Wagen gequetscht. 8 Wochen ging der Stuhl von allein weg, das Wasser musste ihm abgenommen und die Blase gespült werden.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt fand Hervorragens des IX.—XI. Brustwirbels. Patient ging nur mit 2 Stöcken. 100%.

Diese Rente wurde auf ein Gutachten von Dr. H. in T. hin im Juli 1908 auf 66²/₃% herabgesetzt, da auf dem Röntgenbilde eine Verletzung der Knochen nicht nachweisbar war und die Beweglichkeit der Beine sich gebessert hätte; das Schiedsgericht erhöhte jedoch die Rente wieder auf 80%.

Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik, März 1910: IX.—XI. Brustwirbel etwas vorragend und druckempfindlich, Beweglichkeit noch teilweise behindert, keine Störung der Gefühlsempfindung. Trendelenburg positiv. Gemütsdepression mässigen Grades. Das Röntgenbild (siehe Figur 28) ergibt Intaktheit des IX.—XI. Brustwirbels, dagegen kleine Einbrüche am Körper und Übergang des I. und II. Lendenwirbels. 60%. Berufung verworfen.

192. Topf, Arbeiter. Unfall Mitte Juli 1902. Wirbelentzündung nach Wirbelbruch. Sehnervenatrophie. 100%.

1. Hergang des Unfalls: Durch Bruch des das Rad stützenden Bockes kam Patient zum Fallen und schlug mit dem Rücken auf.

2. Verlauf: Patient wurde im Krankenhaus zu G. behandelt; daselbst wurde entzündliche Verkrümmung der Wirbelsäule festgestellt und Patient mit Korsett entlassen. Beweglichkeit der Wirbelsäule aufgehoben. (100% Gutachten von G.-R. M. zu G.)

Gutachten Prof. St. in J. 9. September 1904: Patient kann nicht mehr gerade gehen, im August 1903 bekam er eine Lähmung, konnte nicht mehr aufreten. Diese Lähmung wurde durch Extension geheilt. Stuhl- und Wasserlassen in Ordnung, geringe Kyphose vom III.—VIII. Brustwirbel, daselbst leichte Schmerzhaftigkeit. Stauchung der Wirbelsäule vom Kopf aus schmerzhaft, kann nur mit Korsett gehen. Röntgenuntersuchung ergab negativen Befund. 100%.

Ein späterer Arzt stellte Schwellung der Leistendrüsen fest, ein anderer völlige Erblindung des rechten Auges.

Obergutachten von Prof. der Augenheilkunde Sch. in R. vom 18. November 1909: Sehschwäche zurückzuführen auf ein Sehnervenleiden. Zusammenhang mit dem Unfall erwiesen. 100 0/0.

193. Voigt, Zimmermann. Unfall vom 19. Oktober 1901. Rippenbrüche und Weichteilquetschung am Rücken. Nach 3 Jahren wieder vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel mit einem brechenden Balken 2½ m tief herunter auf Schutt.

2. Verlauf: Nach dem Gutachten des behandelnden Arztes fanden sich Verdickungen an den Rippen und Druckempfindlichkeit am ganzen Rücken; die Lungen waren nicht verletzt.

Gutachten aus unserer Klinik vom 24. März 1902: Druckschmerzhaftigkeit an den Bruchstellen der Rippen, Beweglichkeit der Wirbelsäule frei. 25 0/0 wegen glaubhafter Schmerzen.

Diese Rente wurde im Jahre 1904 wegen vollkommen negativen Befundes aufgehoben.

194. Weissheit, Dienstknecht. Unfall vom 15. Juli 1891. Lungenzerreissung, Lungenentzündung, Schulterblattbruch. Nach 19 Jahren noch um 20 0/0 erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient kam unter die Räder eines Wagens zu liegen.

2. Verlauf: Es trat eine Lungenentzündung auf, der erstbehandelnde Arzt stellte Lungenzerreissung fest, ausserdem Schulterblattbruch. 25 0/0.

Dr. B. in Tr., der den Patienten einige Monate darauf untersuchte, schätzte ihn um 75 0/0 erwerbsbeschränkt.

Diese Rente wurde im November 1892 auf 50 0/0 herabgesetzt, da die Kurzatmigkeit sich gebessert hatte.

November 1907 Begutachtung in unserer Klinik: Keine Druckempfindlichkeit mehr, Beweglichkeit so gut wie normal. 20 0/0. Dem Antrag der Berufsgenossenschaft auf Herabsetzung in diese Höhe entspricht das Schiedsgericht.

195. Wettwer, Schieferdecker. Unfall vom 2. März 1900. Kontusion des Kreuzbeines, traumatische Coxa vara, Fersenbeinbruch, Brustbeinbruch. Nach 10 Jahren noch um 10 0/0 erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel aus 8—9 m Höhe vom Dach auf den Hof; bewusstlos.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt fand das rechte Darmbein nach oben verschoben. Patient konnte lange nicht gehen, erst nach 6 Monaten konnte er etwas mit Stock gehen.

Im Juli 1901 wurde die Rente auf das Gutachten des behandelnden Arztes hin auf 50 0/0 herabgesetzt, da sich die Schmerzen in Schultern und Leib verloren hätten, dagegen im Kreuz und Fuss noch vorhanden wären.

Neuuntersuchung 3. November 1901 durch M.-R. Dr. L. in Z.: Patient arbeitet wieder auf Dächern, jedoch nur auf flachen; kann nur 5 Tage der Woche arbeiten. Gutachter glaubt nicht an Darmbeinbruch, sondern an Hüfthochstand und Coxa vara. 5/4 Jahre nach dem Unfall hat Patient zum ersten Male wieder gearbeitet, hat aber dabei stets über Schmerzen in der Steissbeingegend geklagt.

Nachuntersuchung im Oktober 1904 durch unsere Klinik: Das Röntgenbild lässt von einem Bruch nichts erkennen, dagegen starke Coxa vara Bildung. 33⅓ 0/0.

Diese Rente wurde im Jahre 1906 durch ein Gutachten aus unserer Klinik auf 20% herabgesetzt, da die Beweglichkeitsstörung nahezu ganz zurückgegangen war. Die Rente wurde durch Schiedsgericht bestätigt.

Im September 1909 war bei einer Untersuchung in unserer Klinik noch eine weitere Besserung zu konstatieren, indem die Beweglichkeit vollkommen frei und die Druckempfindlichkeit verschwunden war. 10%, welcher Einschätzung das Schiedsgericht beitrifft.

196. Winter, landwirtschaftlicher Arbeiter. Unfall vom 5. Februar 1907. Bruch des IV. und V. Lendenwirbels, Luxation der Wirbelsäule. Nach 3 Jahren noch um 20% erwerbsbeschränkt. (Figur 21.)

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde durch zusammenbrechende Erdmassen verschüttet.

2. Verlauf: Behandlung und Beobachtung in unserer Klinik im März 1908, nachdem Patient bis dorthin nicht arbeiten konnte: Bruch des IV. und V. Lendenwirbelkörpers mit Luxation der darübergelegenen Wirbelsäule nach vorn rechts (siehe Figur 21). Querrfurche über dem Magen infolge der Wirbelsäulenabknickung. 35%.

Fig. 21.

Fig. 22.

Neubegutachtung im September 1909: Patient kann nicht schwer heben, arbeitet als Fabrikarbeiter, verdient 9 Mk. Steifheit der Wirbelsäule. 20%. Ablegung des Korsettes empfohlen.

197. Frl. Wolf, Privatpatientin. Unfall im Jahre 1906. Abbruch des Steissbeines. Andauernde Schmerzen noch nach Jahren. (Figur 22).

1. Hergang des Unfalls: Patientin glitt aus und fiel mit dem Gesäss stark auf.

2. Verlauf: Da die Schmerzen längere Zeit nach dem Unfall nicht aufhörten, kam Patientin zur Röntgendurchleuchtung in unsere Klinik. Das Röntgenbild (siehe Figur 22) zeigt eine deutliche Diastase zwischen Kreuz- und Steissbein und eine seitliche Verschiebung des letzteren. Bei der Untersuchung vom Rektum aus konnte man leicht das Steissbein hin- und herschieben, allerdings nur unter grösseren Schmerzen.

198. Wutzler, Ziegeleiarbeiter. Unfall vom 9. Juli 1902. Bruch der rechten Beckenschaufel. Nach 3 Jahren noch um 10% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel 1 m hoch herunter auf die rechte Seite.

2. Verlauf: Patient lag 3 Monate im Krankenhaus und wurde mit einer Erwerbsbeschränkung von 20 % entlassen.

Nachuntersuchung in unserer Klinik am 24. September 1904: Keine Druckempfindlichkeit, Zunahme der Beweglichkeit und der Kraft der Beine. 10 %.

Patient ist im Jahre 1905 an einer anderen Krankheit gestorben.

199. Zehmisch, Zimmermann. Unfall vom 2. August 1910. Einbruch am III. und IV. Lendenwirbel. 30—40 %. (Figur 27.)

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte beim Umfallen eines Gerüsts hinterücks zur Erde, vier Mann fielen auf ihn.

2. Verlauf: Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik: Die Kreuzdarmbeinfugen sind beiderseits druckempfindlich, ebenso der III. und IV. Lendenwirbel. Beweglichkeit nahezu normal. Gefühlsempfindung in der Gesässgegend etwas abgestumpft. Kein Trendelenburg. Leichte Muskelabmagerung am linken Bein. 30—40 %.

B. Fälle mit sogenanntem Verheben als Entstehungsursache.

200. Carl, Hilfsarbeiter im Stahlwerk. Unfall vom 24. Januar 1910. Wirbelbruch. Nach einem halben Jahre nur mehr um 20 % erwerbsbeschränkt. (Figur 30)

1. Hergang des Unfalls: Patient fühlte beim Heben eines schweren Wagens plötzlich einen Ruck im Kreuz; nach einigen Minuten wurden die Schmerzen so stark, dass Patient sich nicht mehr bücken konnte.

2. Verlauf: Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der rechten Kreuzdarmbeinfuge und am II. und III. Lendenwirbel. Bücken ziemlich beschränkt. Wirbelsäule etwas steif. Das Röntgenbild (siehe Figur 30) zeigt unregelmässige Begrenzung bzw. Abbruch am II. Lendenwirbel und Kallusbildung zwischen II. und III. L.-W.; ferner Verdickung des Gelenkfortsatzes zwischen II. und III. L.-W. 20 %, wogegen Patient keinen Einspruch erhebt.

201. Hermann, Presser. Unfall vom 22. Juli 1903. Distorsion der Lendenwirbelsäule, Querfortsatzbruch. Nach 4 Jahren vollkommen erwerbsfähig.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben eines schweren Gegenstandes verspürte Patient plötzlich einen Knacks im Rücken.

2. Verlauf: Dr. Sch. in Sch. vom 8. November 1903: Patient konnte kaum Atem holen, schlecht gehen, arbeitete allerdings noch 7 Tage weiter, dann ging es nicht mehr. Druckschmerz am II. und III. Lendenwirbel, Beweglichkeit aufgehoben. Die Röntgendurchleuchtung soll die Zerreissung eines Zwischenwirbelbandes ergeben haben, ferner einen Querfortsatzabbruch.

Im September 1904 wurde Patient von uns untersucht: Druckschmerz in der Lendengegend besonders noch beim Bücken, Beweglichkeit wesentlich gebessert. 10 %.

November 1907 die Rente aufgehoben, da Befund negativ. Durch Schiedsgericht bestätigt.

202. Pastor, Landarbeiter. Unfall vom 23. Januar 1909. Bruch am IV. Lendenwirbel. 30 %. (Figur 23.)

1. Hergang des Unfalls: Beim Jauchetragen rutschte Patient aus; er wollte den Eimer noch halten und verspürte infolge einer heftigen Bewegung einen starken Stich in der rechten Lendenhälfte, so dass er den Eimer fallen lassen musste; danach wäre die rechte Hüfte stark angeschwollen.

2. Verlauf: Begutachtung in unserer Klinik am 9. Mai 1910: Patient könne nicht mehr so gut laufen wie früher, die Beweglichkeit der Wirbelsäule im Bereich des Lendenteils etwas behindert. Das Röntgenbild (siehe Figur 23) lässt eine Verletzung des IV. Lendenwirbels deutlich erkennen; es handelt sich offenbar um einen Kompressionsbruch. 30 0/0.

C. Fälle mit nervösen Störungen als Unfallsfolge.

203. Ebert, Zimmermann. Unfall vom 17. September 1903. Rechtseitiger Becken- und Schenkelhalsbruch. Traumatische Neurasthenie. Nach 7 Jahren noch 50 0/0. (Figur 24.)

1. Hergang des Unfalls: Patient fiel 11 m hoch herunter.

2. Verlauf: Gutachten vom Januar 1904 durch Prof. K. in Z.: Es hatte zuerst Bewusstlosigkeit bestanden, kein Erbrechen. Handgelenk geschwollen. Bruch der Speiche, des Schenkelhalses und des Beckens. Bein um 4 cm verkürzt. $66\frac{2}{3}$ 0/0. Diese Rente wurde durch Schiedsgerichtsurteil auf 80 0/0 erhöht auf Grund eines Gutachtens des Schiedsgerichtsarztes Dr. D. in Z.

Januar 1905 Gutachten aus unserer

Fig. 23.

Fig. 24.

Klinik: Schenkelhalsbruch und Beckenpfannenbruch (siehe Figur 24); der Beckeneingang ist verschoben. 60 0/0, welche Rente durch Schiedsgerichtsurteil auf $66\frac{2}{3}$ 0/0 erhöht wird.

September 1906 Neuuntersuchung in unserer Klinik: Rechtes Bein abgemagert, keine Druckempfindlichkeit. Beweglichkeit gebessert. 50 0/0. Auf Grund eines Gutachtens von O.-M.-R. B. in Z. wurde jedoch die Rente vom Schiedsgericht auf $66\frac{2}{3}$ 0/0 festgesetzt.

In einem späteren Gutachten vom Februar 1910 empfahlen wir wiederum Herabsetzung der Rente auf 50 0/0; das Schiedsgericht schloss sich auf Grund eines Obergutachtens der Nervenheilanstalt Stötteritz diesem Gutachten an.

204. Martin, Töpfereiarbeiter. Unfall vom 13. Juli 1907. Bruch zweier Rippen. Traumatische Neurose. Nach $1\frac{1}{2}$ Jahren noch um 20 0/0 erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient stürzte in einen grossen Feuerkasten.

2. Verlauf: Gutachten von Dr. K. in K. vom 5. November 1909: Traumatische Neurose. 100 0/0.

Weiteres Gutachten von Prof. W. in L.-St. vom 29. November 1909: Keine traumatische Neurose, dagegen noch Beschwerden von seiten des Rippenbruchs. 20 %.

August 1910: Untersuchung durch Dr. M. in L.: Leichte traumatische Neurose. 20 %.

205. Pausch, Schmiedemeister. Unfall vom 7. Januar 1903. Verstauchung der Wirbelsäule, Rippenbrüche, Neurasthenie.

1. Hergang des Unfalls: Patient wurde von der Transmission erfasst und herumgeschleudert.

2. Verlauf: Der behandelnde Arzt Dr. St. in O. fand grosse, abgetrennte Hautlappen am ganzen Körper, besonders am Rücken. Mehrere Rippen waren gebrochen, die Lungen verletzt. Linkes Knie ausgerenkt. Starker Bluterguss im Lungen- und Rippenfell. Im April 1903 noch vollkommen erwerbsunfähig.

Behandlung und Begutachtung in unserer Klinik (September 1903): Alter Mann, 3 Wochen lang während der Behandlung noch Bluthusten, Hals- und Brustwirbeldorn auf Druck schmerzhaft. Versteifung der Wirbelsäule. Kopf vor allem wenig beweglich. Kniescheibenreflexe gesteigert. Depression. $66\frac{2}{3}$ %.

Auf die Berufung des Patienten wurde die Berufsgenossenschaft zur Zahlung von 80 % Rente verurteilt.

Diese Rente wurde am 24. Dezember 1904 auf $66\frac{2}{3}$ % herabgesetzt, die Berufung vom Schiedsgericht verworfen und der Rekurs beim R.-V.-A. zurückgewiesen.

206. Weiss, Geschirrführer, Unfall vom 3. September 1898. Rippenbruch, Brustkorbquetschung, nervöse Erscheinungen. Nach 12 Jahren noch um 20 % erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Ein Stamm fiel dem Patienten auf den Rücken.

2. Verlauf: Der erstbehandelnde Arzt Dr. Th. in L. fand zeitweilige Bewusstlosigkeit, hochgradige Herzschwäche, Gliederzittern, Schwindelanfälle. Zunächst 140 Puls, später nur mehr 78. Schweratmigkeit. Steigerung der Sehnenreflexe. Leber geschwollen. 7. und 8. Rippe gebrochen. 100 %.

Im April 1899 hatten sämtliche Beschwerden soweit nachgelassen, dass ihn der behandelnde Arzt nur mehr auf 50 % schätzte.

Nachuntersuchung durch unsere Klinik September 1904: Alkoholiker, angeblich Schwindelgefühle. Herztöne rein. Puls 64, keine Leberschwellung, grosse Übertreibung. Röntgenbilder o. Bes. $33\frac{1}{3}$ %; diese Rente wird durch Schiedsgericht bestätigt.

Neuuntersuchung in unserer Klinik im Januar 1906: Patient verdient jetzt wieder $\frac{2}{3}$ von früher, objektive Folgen nicht mehr nachweisbar. Höchstens 20 %.

Durch Schiedsgerichtsurteil bestätigt.

August 1907 Neuuntersuchung in unserer Klinik: 0 %; das Schiedsgericht lehnt jedoch den Antrag der Berufsgenossenschaft auf Renteneinziehung auf Grund eines Gutachtens von S.-R. H. in Z. ab.

In weiteren Untersuchungen in unserer Klinik im Jahre 1908, 1909 und 1910 empfahlen wir die Beibehaltung der Rente, da das Schiedsgericht dem Patienten auf Grund seiner subjektiven Klage die Rente gewährt hatte und die subjektiven Klagen noch genau so waren wie früher. Objektiver Befund negativ.

IV.

A.

207. Bär, Färbereiarbeiter. Unfall vom 30. Dezember 1908. Sarkom der Wirbelsäule und des rechten Armes. Exitus. Ansprüche abgelehnt.

1. Hergang des Unfalls: Beim Tragen eines Kübels rutschte Patient aus und fiel auf die rechte Schulter.

2. Verlauf: S.-R. K. in K. (18. März 1909) gibt an, dass Patient einen Monat nach dem Unfall die Arbeit aufgegeben habe; klage seither über Schmerzen im Arm und im Rücken; könne nur mehr schlecht stehen und gehen. Objektiver Befund anscheinend gering, vielleicht auch Übertreibung.

Die Röntgenbilder gaben bei dem unserer Klinik zur Behandlung überwiesenen Patienten ein Sarkom des Oberarmes mit Metastasen an der Wirbelsäule. I. Lendenwirbel gut differenziert, die Brustwirbel eine zusammenhängende, nicht entwirrbare Masse ohne jede Zeichnung.

Anfangs Juli starb Patient, nachdem in der letzten Zeit auch noch Metastasen im Becken und im Oberschenkel (mit Spontanfraktur) aufgetreten waren. Die Ansprüche der Witwe wurden zurückgewiesen, da Patient nach eigener Angabe schon vor dem Unfall starke Schmerzen im Arm hatte.

208. Henkels, Schleifermeister. Unfall vom 11. Juli 1894. Tuberkulose der Wirbelsäule nach Wirbelbruch (?), kein Gibbus. Nach 16 Jahren noch vollkommen erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient rutschte in der Werkstatt aus und fühlte dabei ein Krachen im Rücken.

2. Verlauf: Der erstbehandelnde Arzt stellte eine Druckempfindlichkeit und Bewegungsbehinderung in der Wirbelsäule fest. 100%.

Ein anderer Arzt (Oktober 1894) konstatierte eine tuberkulöse Entzündung der Wirbelsäule nach vorausgegangenem Bruch. 100%. Dr. N. in N. bestritt jedoch die Ansicht der Vorgutachter, dass es sich um einen Bruch gehandelt haben könnte; er behauptete, dass ein Wirbelbruch nie und nimmer durch Verheben allein entstehen könnte; es handelte sich um Tuberkulose, die durch den Unfall ausgelöst sei.

Nachdem der Rechtsanwalt (es handelte sich um eine Privatversicherung) die Sache in die Hand bekommen hatte, sollte auf Antrag der Versicherungsgesellschaft Patient folgenden Eid schwören:

„Es ist wahr, dass ich am 11. Juli 1894 in der Dampfschleiferei von Kirschbaum in Kallsuppen bei Ohligs beim Einrichten eines Schleifsteines, als ich an dem Stein noch hob, mit einem Fusse ausrutschte und zusammenknickte, wobei ich einen heftigen Schmerz und ein Knacken im Rücken verspürte, während ich bis dahin nicht an Schmerzen in der Wirbelsäule gelitten hatte.“

Es kam aber offenbar nicht dazu, die Sache ging weiter ans Reichsgericht. Festgestellt wurde noch, dass Patient erblich (Tbc.) belastet war. Die späteren Untersuchungen liessen einen Gibbus nie erkennen. Patient konnte angeblich gar nichts arbeiten.

Im Januar 1900 wurde eine Röntgenaufnahme gemacht, welche jedoch ganz undeutlich ausfiel und die Angelegenheit nicht klärte. Im Mai 1900 empfahl Dr. N. in N. die Herabsetzung der Rente um 25%, da die Tuberkulose der Wirbel in Ausheilung begriffen sei. Diese Herabsetzung wurde jedoch von einer Kommissionssitzung, welche den Patienten noch für vollkommen erwerbsunfähig erklärte, abgelehnt.

Die letzte Untersuchung fand im Jahre 1906 durch Geheimrat St. in W. statt, welcher Erwerbsunfähigkeit feststellte.

209. Simon, Arbeiter. Unfall vom 6. März 1899. Wirbeltuberkulose. Nach 12 Jahren noch um 80% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patient wollte eine Treppe heruntergefallen sein.

2. Verlauf: Vom Arzt wurde tuberkulöse Brustwirbelerkrankung angegeben und Zusammenhang mit dem Unfall abgelehnt. Die Angaben des Patienten

waren sehr ungenau. Trotz der absolut sicheren Diagnose der Brustwirbeltuberkulose und der ungenauen Angaben des Patienten über seinen Unfall wurde vom Schiedsgericht ein Zusammenhang mit dem Unfall anerkannt und dem Patienten 100% zugesprochen. Diese Rente wurde später auf 60% herabgesetzt, um in kurzen Intervallen wieder erhöht oder verkürzt zu werden.

September 1908 Behandlung in unserer Klinik: Da ausserdem eine schwere Hüftgelenkentzündung hinzugetreten war 100%. Später wieder 80%.

210. Schubert, Dienstmädchen. Unfall vom 2. Juli 1907. Wirbelentzündung nach Fussverletzung mit Wundstarrkrampf. Nach 3 Jahren noch um 10% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Patientin trat sich einen 2 cm langen Reisigdorn in die rechte Fusssohle; dieser wurde entfernt. 3 Tage später Wundstarrkrampf, bald Entzündung der Wirbelsäule.

2. Verlauf: November 1907: Untersuchung durch unsere Klinik: Starke Kyphoskoliose; nach dem Röntgenbild offenbar Einschmelzungsprozess in den Brustwirbeln. Daraufhin Behandlung und Beobachtung in unserer Klinik, Entlassung Mai 1908: Bewegungen wieder etwas freier, ohne Schmerzen. Krankheitsprozess offenbar ausgeheilt, trägt ein Korsett. 20%.

Neuuntersuchung im November 1908: Angeblich Schmerzen in der ganzen Wirbelsäule, besonders beim Drehen und Bücken. V.—X. Brustwirbel auf dem Röntgenbild eine undurchsichtige Masse, zum Teil Überschneidung und durch Projektion. 0%.

Durch Schiedsgerichtsurteil erhält Patientin vergleichsweise 10%.

B. Fälle mit sogenanntem Verheben als Entstehungsursache.

211. Hoppe, Schmied. Unfall vom 2. Juli 1904. Distorsion der Lendenwirbelsäule (vielleicht mit Einbrüchen); beginnende Versteifung der Wirbelsäule. Nach 6 Jahren noch um 40% erwerbsbeschränkt.

1. Hergang des Unfalls: Beim Heben eines schweren Schleifsteins bekam Patient Schmerzen im Rücken.

2. Verlauf: Gutachten von Dr. B. in S. vom 7. Oktober 1904: An der Wirbelsäule nichts zu sehen, keine Druckempfindlichkeit. 10%.

Obergutachten durch Prof. Kümmell vom Februar 1905: Druck auf den III. Lendenwirbelfortsatz schmerzempfindlich, ebenso die Muskeln in der Umgebung. Bewegungen der Wirbelsäule gut. Röntgenbilder o. Bes. Es hat sich offenbar um eine Bandüberdehnung gehandelt. 20%; die Berufung des Patienten wurde vom Schiedsgericht zurückgewiesen.

Nachuntersuchung durch Prof. Kümmell im Mai 1907: Lendenwirbelsäule auf Druck schmerzhaft, Beweglichkeit etwas behindert. Die Röntgenaufnahme ergab Unregelmässigkeiten der Konturen zwischen Kreuzbein und Lendenwirbelsäule. Offenbar beginnende Versteifung der Wirbelsäule, im Zusammenhang mit dem Unfall. 40%.

August 1910 verlangte Patient erneute Erhöhung seiner Rente, wurde jedoch vom Schiedsgericht abgewiesen.

212. Merkel, Steinmetz. Chronische Wirbelsäulenversteifung.

1. Hergang des Unfalls: Patient hat sich verhoben und musste 8 Tage zu Hause bleiben.

2. Verlauf: Patient wurde in unserer Klinik einige Tage beobachtet: es ergab sich eine totale Versteifung der Wirbelsäule; die Wirbelkörper bildeten auf dem

Röntgenbild eine nicht mehr differenzierbare Masse; an Stelle der Zwischenwirbel fand sich anstatt einer Aussparung Schattenbildung. Invalide.

Bei der nun folgenden Besprechung der Fälle will ich, um die Arbeit nicht unnötigerweise zu vergrössern, alle in der Literatur bereits bekannten Dinge entweder ganz übergehen oder nur streifen; dagegen will ich jene Punkte, die mir neu erscheinen, ausführlich besprechen und vor allem meinen Erfahrungen, die ich im Laufe der Jahre in meiner Gutachtertätigkeit (jährlich 800–1100 Gutachten) an diesen Wirbelverletzungen gemacht habe, einen breiteren Raum geben.

Vorausgeschickt sei noch, dass von den oben beschriebenen 212 Fällen 170—180 von mir selbst untersucht bzw. beobachtet und behandelt worden sind; nur in einem kleinen Teil stand mir somit bloss das Aktenmaterial zur Verfügung; in 198 Fällen wurden mir von den Berufsgenossenschaften und Versicherungs-Gesellschaften die Akten zu längerem Studium ausgehändigt, wofür ich auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank ausspreche.

Ätiologie.

Nirgends in der Unfallheilkunde pflegen Ursachen und Wirkungen einen grösseren Kontrast hervorzubringen, als wir dies bei den Verletzungen des Rückens gewohnt sind. So hat neulich Müller-Berlin in seiner Arbeit 56 Fälle aufgeführt, bei denen er uns diesen Kontrast so recht vor Augen zu führen sucht. Wir sehen aus seiner Veröffentlichung vor allem eine wie lange Behandlungsdauer oft die geringfügigsten Verletzungen erheischen; sie betrug nur in einem Falle unter 100 Tagen, in den meisten 100—300 Tage, in mehreren Fällen sogar über 500 Tage. Dabei konnte Müller feststellen, dass in all diesen Fällen ein Bruch der Wirbelsäule mit Sicherheit auszuschliessen war; trotzdem dauerte die Behandlung im Durchschnitt seiner 56 Fälle 9 Monate und der Verletzte blieb noch um ca. $\frac{1}{3}$ in seinem Erwerbe beeinträchtigt. Diese auffallende Tatsache veranlasst Müller, eine Krankheit sui generis anzunehmen, die tatsächlich erst seit Einführung des Unfallgesetzes in Erscheinung getreten sei und für welche er die Bezeichnung „Vertebralgie“ vorschlägt. Das psychische Moment spiele dabei die Hauptrolle, ohne Unfallgesetzgeber gäbe es auch diese Krankheit nicht. Ich komme weiter unten auf diesen Punkt noch zu sprechen. In einer Beziehung möchte ich aber von vornherein gegen die Arbeit von Müller einen Einwand erheben; Müller gibt an, dass es sich in seinen Fällen nur um solche Insulte der Wirbelsäule handle, die nach ihrer Art und Stärke weder den Bruch eines Wirbels, noch eine Zerreissung des Bandapparates mit und ohne Abreissung von Knochenlamellen noch schliesslich eine Erschütterung des Rückenmarkes herbeizuführen imstande seien. Ich möchte doch derartige Unfälle, wie Sturz aus 3 m Höhe oder das Auffallen eines schweren Sackes von 3 Ztr. und ähnliches nicht ohne weiteres für so harmlos halten, wie dies Müller tut; ich glaube im Gegenteil, dass wir sowohl selbst Brüche der Knochen als wenigstens Verletzungen des Bandapparates erwarten können.

Betrachten wir unsere Fälle, so sehen wir zum Teil sehr schwere Verletzungen, z. B. Fall aus grosser Höhe auf Steinboden oder Eisenmaterial, schwere Verschüttungen des ganzen Körpers im Bergwerk u. s. w. Teilweise finden wir aber auch sehr leichte Unfälle; von diesen interessiert uns vor allem das sogenannte „Verheben“. Auf den Mechanismus dieser Verletzung einzugehen, kann ich mir sehr wohl ersparen, da dies andere Autoren in sehr schöner Weise getan haben; ich erinnere hier vor allem an die Ausführung von Feinen in seiner Arbeit über den Verhebungsbruch des V. Lendenwirbels. Auffallend ist die grosse Anzahl von Verhebungsverletzungen; im ganzen haben wir in unserem Material 30 Fälle. Meist handelt es sich ja bloss um Distorsionen der Wirbel bzw. um Muskeldehnungen und Zerreissungen; offenbar ist aber auch ein Bruch der Wirbelknochen durch Verheben möglich (Fälle Nr. 200, 201, 202).

Bevorzugt scheint vor allem die Lendenwirbelsäule und von dieser wieder der V. Lendenwirbel. Es war mir interessant, in einem der Akten aus einem Gutachten im Jahre 1894 (siehe Fall Nr. 208) die Ansicht eines Arztes von damals zu hören, welcher sich in einem strittigen Falle dahin aussprach, dass es nie und nimmer möglich sei, dass durch Verheben ein Wirbelbruch entstehen könnte. Ähnliche Verletzungen sind die durch überkräftigen Muskelzug entstandenen, vor allem die Absprengungen von Dornfortsätzen bzw. Querfortsätzen. Ich selbst konnte mit Sicherheit einen solchen Fall nicht nachweisen; jedoch dürfte, wie aus den Arbeiten von Henschen, Sauer, Riedinger und Gümbel hervorgeht, die Absprengung dieser Knochen durch Muskelzug wohl möglich sein. Wagner glaubte allerdings noch, dass vor allem bei Brüchen des Dornfortsatzes immer eine direkte Gewalt notwendig sei. Hinweisen möchte ich auch noch auf die Angabe von Berghausen, welcher ebenfalls für die meisten Dornfortsatzbrüche direkte Gewalt in Anspruch nimmt.

Zusammenstellung der Fälle nach ihrer Entstehungsart.

1.	Überfahren	4 Fälle,
2.	Fall zu ebener Erde	22 „
3.	Fall aus grösserer Höhe	68 „
4.	Verletzung durch horizontal wirkende Gewalten (Wagenpuffer usw.)	31 „
5.	Verletzung durch senkrecht wirkende Gewalten	3 „
6a.	Fall, Stoss, Schlag einer Last auf den Rücken	30 „
6b.	Verschüttung	18 „
7.	Verheben	30 „
8.	Unbekannte Ursachen	6 „

Diagnose.

Die Schwierigkeit der Diagnose der Wirbelverletzungen war es, die mich bewog, diese Verletzungen besonders zu studieren und hier zusammenzustellen. Die Verletzungen des Rückens erfordern eine ganz genaue Aufmerksamkeit

und sind m. E. mit den einfachen Untersuchungsmethoden nicht vollkommen zu ergründen. Selbst die eingehendste Untersuchung erlaubt selten ein absolut sicheres Urteil abzugeben; ja selbst die Röntgenstrahlen lassen uns hier sehr häufig im Stich. Mit Recht betont Markus, dass nur der positive Ausfall der Röntgenuntersuchung als beweisend angesehen werden kann, während der negative Ausfall nur bei gleichzeitig negativem Ausfall des klinischen Befundes als beweiskräftig angesehen werden darf.

In dem grossen Werke von Wagner und Stolper konnte damals der Erforschung der Wirbelsäule mit Röntgenstrahlen nur ein ganz kleines Kapitel gewidmet werden. Die Verfasser sprachen die Hoffnung aus, dass die Röntgenstrahlen ein wertvolles Unterstützungsmittel in der Diagnosestellung werden möchten. Dass sie dies geworden sind, ist ja allgemein bekannt, dass wir ihren Wert aber nicht überschätzen dürfen, habe ich zum Teil schon angedeutet, zum Teil möchte ich weiter unten noch darauf eingehen.

Als das wichtigste klinische Symptom dürften immer die Klopf- und Stauchempfindlichkeit der Wirbelsäule, die von einigermaßen erfahrenen Untersuchern bei Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten nahezu stets mit Sicherheit angenommen oder ausgeschlossen werden kann, und ferner noch mehr die Bewegungsbehinderung der Wirbelsäule gelten. Ebenso wichtig sind Störungen von seiten der in dem betreffenden Gebiet austretenden Nerven, vor allem Partien von Hyp- und Hyperästhesie. Ich nehme dabei direkte Markverletzungen, welche ja immer ausgesprochene Symptome zu zeigen pflegen, aus. Diese wichtigsten Symptome sind sowohl bei einfachen Distorsionen als bei Brüchen der Wirbelsäule ausgesprochen; sie sind nicht etwa nur für Frakturen pathognomisch. Ein weiteres wichtiges Symptom ist die Deformität der Wirbelsäule; auch diese ist nicht etwa, wie man so häufig in Gutachten lesen kann, für einen Bruch charakteristisch. Wenn ein Unfallverletzter eine geringe Ausbiegung der Wirbelsäule nach Art einer beginnenden Spondylitis zeigt, so braucht er wirklich keinen Bruch der Wirbelsäule erlitten zu haben, ja es braucht nicht einmal eine erhebliche Bandverletzung vorzuliegen, denn sehr häufig, und darauf weist Engels mit Recht hin, haben wir mehr oder weniger grosse Kyphosebildungen, die mit keinem Unfall etwas zu tun haben, die sich ganz allein durch schwere Arbeit oder aus anderen Gründen herausgebildet haben. Wer, wie wir Orthopäden, jedes Jahr viele hunderte von Rücken sieht, findet häufig genug ein leichtes Vorstehen von 1, 2, 3 oder auch mehreren Wirbeln, das unter Umständen vielleicht auch auf eine frühere Rachitis zurückzuführen ist. Ich möchte hier ausdrücklich betonen, dass es durchaus keine skolio-tischen Wirbelsäulen zu sein brauchen, wo wir derartige Verbiegungen sehen. Auf keinen Fall müssen wir, wie schon Markus hervorhebt, bei einem Gibbus jedesmal an eine Einschmelzung nach vorausgegangenem Knochenbruch denken. Es genügen hierzu auch reine Weichteilverletzungen, vor allem teilweise Zerreiassungen der Wirbelbänder und der Zwischenwirbelscheiben vollkommen, einen oft recht beträchtlichen Gibbus hervorzubringen. Ich betone dies ausdrücklich, weil man sehr häufig in den Gutachten den Ausspruch

findet, dass der Gibbus der sichere Beweis für einen vorausgegangenen Bruch sei. Das Röntgenbild wird mit Leichtigkeit diese Fälle klarlegen können, nur besteht gerade hier eine grosse Gefahr, im Lesen des Röntgenbildes einen Fehler zu machen. Im Röntgenbild erscheint gewöhnlich der mittelste Wirbel des Gibbus verschmälert, zumal dann, wenn der Gibbus versteift ist und sich beim Liegen nicht ausgleicht. Der nicht Erfahrene wird da sehr leicht eine falsche Diagnose aufstellen. Auch der fixierte Gibbus kann sehr wohl durch schwere Weichteilläsionen bedingt sein. Die von Ludloff angegebene Untersuchungsmethode der Auskultation der Wirbel ist häufig ein wertvolles Unterstützungsmittel; sicher beweisend ist sie meiner Ansicht nach weder bei positivem noch bei negativem Ausfall. Ich habe mehrere Brüche der Wirbelsäule beobachtet und behandelt, ohne das Symptom aufzufinden; andererseits dürfte wohl, worauf ja auch schon andere hingewiesen haben, das Krepitieren häufig bei anderen Veränderungen wie Arthritis deformans usw. zu finden sein. Im übrigen soll, wie Henschen angibt, bereits Lisfranc im Jahre 1823 die Auskultation der Wirbelsäule empfohlen haben.

Wenn Zweig in seiner Arbeit darüber klagt, dass gerade die Rückenverletzungen, die doch genauester Untersuchung bedürfen, oft recht ungenau untersucht würden und dabei unter Berufung auf anderwärts ergangene Gutachten den Ärzten den Vorwurf macht, dass sie häufig nicht einmal ihre Fälle mit Röntgenstrahlen untersuchen liessen, so kann ich nach genauem Studium von so vielen Akten ihm im grossen und ganzen beistimmen. Für gewöhnlich fand ich in den Gutachten der Ärzte — ich meine hier nicht in schweren Fällen — ein sehr grosses Gewicht auf die Aussagen der Patienten gelegt, während der objektive Befund anscheinend negativ war. Spätere Untersuchungen in grösseren Kliniken ergaben dann aber trotzdem eine grosse Anzahl sowohl klinischer als röntgenologischer Befunde, die teils auf schwere Distorsionen, teils sogar auf Brüche schliessen liessen. Ich glaube aber, dass man dem praktischen Arzte hieraus wohl selten einen Vorwurf machen kann. Es dürfte oft in den engen Räumen der Arbeiterwohnungen nicht möglich sein, eine genaue Untersuchung der Bewegungsbeschränkung vorzunehmen, zumal in schwierigen Fällen; auch hat der beschäftigte Kassenarzt wohl selten die genügende Zeit, einer einzelnen Verletzung ein derartiges Interesse und Aufwand an Zeit zuzuwenden, wie es die Rückenverletzungen verlangen. Ausserdem ist es doch meist mit einer einmaligen längeren Untersuchung gar nicht getan. Ich habe im Laufe der Jahre immer wieder die Erfahrung gemacht, dass wir selbst die anscheinend leichtesten Verletzungen am Rücken nie oft genug untersuchen und beobachten können, wenn wir zu einem einwandfreien, weder die Berufsgenossenschaft noch den Patienten schädigenden Urteil kommen wollen.

Vor allem muss aber die Unterlassung der Untersuchung des rückenverletzten Patienten mit Röntgenstrahlen heute auf jeden Fall als ein grosser Fehler bezeichnet werden. Was uns das schöne Buch von Wagner und Stolper nur auf dem Sektionstische zeigen konnte, ersehen wir in der Mehrzahl der Fälle aus den Röntgenbildern.

Leider bieten die Untersuchungen der Wirbelsäule mit Röntgenstrahlen noch enorme Schwierigkeiten. Ludloff hat darauf hingewiesen, und ich habe es als Schüler von ihm selbst erlebt, dass er z. B. in einem Falle weit über 20 Aufnahmen von einem Patienten machte, bis die Diagnose absolut sicher gestellt war. Zunächst möchte ich dazu bemerken, dass eine derartige Anzahl von Durchleuchtungen des Patienten in den meisten Fällen nicht angängig sein wird; ganz abgesehen von den Gefahren der Röntgenverbrennung können wir unmöglich den Berufsgenossenschaften die Bezahlung von so vielen Röntgenbildern zumuten, die schliesslich in manchen Fällen in keinem Verhältnis zu dem Resultate stehen würden. Andererseits kann eine Anstalt, welche nicht reichlich fundiert ist oder eine Privatanstalt unmöglich diese Anzahl von Bildern auf eigene Kosten anfertigen. Überhaupt glaube ich, dass man auch mit bedeutend weniger Aufnahmen in den meisten Fällen auskommen wird, wenn man nur in ihrer Beobachtung eine grosse Erfahrung besitzt und die klinischen Symptome mit dem Befunde der Röntgenuntersuchung in Einklang zu bringen weiss. Immerhin kann ich nach meinen Erfahrungen den Berufsgenossenschaften nur den dringenden Rat geben, bei bekanntwerdenden Fällen möglichst zeitig die Röntgendurchleuchtung der Patienten vornehmen zu lassen und die Auslagen für diese Röntgendurchleuchtungen nicht zu scheuen; sie werden sich sicher bezahlt machen. Ich selbst bin in grossen und ganzen immer mit 4–5 Aufnahmen ausgekommen.

Bei allen Rückenverletzungen, besonders bei Verschüttungen, möchte ich den Vorschlag machen, durch einige Übersichtsaufnahmen möglichst den ganzen Rücken zu durchleuchten; man wird sich dann manche Fehldiagnose ersparen und sein Gewissen dem Patienten gegenüber nicht belasten. Vor kurzem hatte ich einen Patienten (Fall 181, Figur 15), mehrere Wochen im Hause; er wurde sowohl von mir als von den Assistenten nahezu täglich untersucht und trotzdem konnten wir keinen objektiven Befund feststellen, obwohl der Patient stets auf das lebhafteste klagte; er gab bei Fragen immer an, es tue ihm alles weh, besonders aber die Brustwirbelsäule. Mehrfache Durchleuchtungen liessen aber diese als vollkommen intakt erscheinen, erst als wir auch noch eine Übersichtsaufnahme des Beckens machten, fanden wir einen Bruch am Sitzbeinknorren, unscharfe Konturen der Kreuzdarmbeinfugen und Unregelmässigkeiten am V. Lendenwirbel. Endlich war der obere Rand beider Schambeine angebrochen. Die bereits drohende Diagnose „Hypochondrie“ fiel damit glücklicherweise ins Wasser. Patient hatte nie über lokalisierte Schmerzen am Becken geklagt.

Wenn ich noch darauf hinweise, dass der Patient zweckmässig gelagert wird, vor allem erwähne, dass starke Lordosen durch Heben der Beine ausgeglichen werden müssen, so weiss ich wohl, dass ich dem Röntgenologen nichts Neues sage; da man aber in den Gutachten gar nicht selten auf solche Verstösse trifft, dürfte ein Hinweis nicht unangebracht sein. Dass beim Gibbus eine Verschmälerung einzelner Wirbel auf dem Bilde einen Bruch vortäuschen kann, habe ich oben schon erwähnt. Was das Lesen des

Röntgenbildes der Wirbelsäule, das neben dem Bilde des Gesichtsschädels wohl die meisten Schwierigkeiten in der Entwirrung seiner Konturen zeigt, anbelangt, so hat Ludloff zu seiner Betrachtung entweder die gelbe Brille oder das Fernglas empfohlen; ich selbst halte für das allerbeste Mittel, die Platten durchzupausen und sich zuerst an normalen Bildern zu üben. Man ist beim Pausen gezwungen, auf das genaueste auf jeden Kontur einzugehen und erkennt manches, was man sonst nicht sieht. Dass dem Untersucher der Röntgenbilder die Skoliose mit ihren mannigfachen Zeichnungen bekannt sein muss, ist selbstverständlich; dem Orthopäden, der sehr häufig das Röntgenbild der Skoliose sieht, wird diese Kenntnis bei der Untersuchung der Wirbelsäule sehr zu statten kommen. Wie schwer das Lesen des Röntgenbildes unter Umständen sein kann, zeigt uns Fall F. Nr. 122. Ich selbst hatte im Jahre 1905 zuerst Verletzungen am V. Lendenwirbel festgestellt; Patient wurde im Laufe der Jahre von ungefähr 6–8 ersten Männern der Wissenschaft untersucht, die meine Diagnose zum Teil bezweifelten, zum Teil als ganz unrichtig erklärten. Überraschend war es für mich daher zu hören, dass meine Diagnose 4 Jahre später durch das Obergutachten einer Universitätsklinik (München) bestätigt wurde.

Die Diagnose der Rückenverletzungen wird vor allem erschwert durch das so häufige Auftreten nervöser Erscheinungen. Ich muss nun allerdings auf Grund meiner Erfahrung erklären, dass hier nervöse Symptome, die eine grössere Erwerbsunfähigkeit bedingen, offenbar sehr selten sind. Durch das Studium der grossen Anzahl von Akten bin ich zu dem überraschenden Resultat gekommen, dass wir in neuester Zeit bei den Rückenverletzungen immer weniger die Diagnose: „Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenie“ zu stellen brauchen. Dies hat seinen Grund offenbar darin, dass wir gelernt haben, genauer zu untersuchen und die Resultate der Untersuchung besser zu deuten, als dies früher möglich war. Auffallend ist vor allem die Tatsache, dass wir in unseren Fällen unter Nr. I (Kontusionen und Distorsionen) eine verhältnismässig grössere Anzahl von Neurasthenikern finden, als in jenen Fällen, bei denen wir einen sicheren Bruch nachweisen konnten. Es muss das den Verdacht hervorrufen, dass bei diesen sogenannten Kontusionen und Distorsionen, die oft eine ganz enorme Behinderung der Erwerbsfähigkeit bedingen, heute vielleicht doch andere Diagnosen zu stellen und in der Tat gefunden worden wären, wenn den Untersuchern damals schon unsere sämtlichen Hilfsmittel, vor allem die Röntgenstrahlen, zu Gebote gestanden hätten. Dieser Verdacht muss aber uns Ärzte um so mehr anspornen, in Zukunft mit der Diagnose „Hysterie und Neurasthenie“ möglichst zu geizen und solange zu suchen, bis wir einen objektiven Befund entdeckt haben. Vor allem müssen wir uns hüten, solche Fälle, bei denen wir keine ausgesprochenen Symptome der Hysterie oder Neurasthenie finden, der Patient aber sehr klagt, einfach als Hypochondrie zu bezeichnen; gerade das Fehlen dieser Symptome muss uns darauf hinweisen, dass etwas anderes vorliegen kann. Liegen aber nervöse Symptome vor, so dürfen wir uns andererseits natürlich auch nicht damit begnügen, darin den einzigen Grund der Erwerbs-

behinderung zu sehen; ich glaube vielmehr, dass wir gerade in den sogenannten nervösen Fällen erst recht die Ursache in einer Läsion der Wirbelsäule, des Rückenmarkes oder der austretenden Nerven zu suchen haben. Ohne auf die Anatomie dieser Verletzungen eingehen zu wollen, kann man sich doch recht wohl vorstellen, dass durch Zerrung der Nerven, durch kleine Blutergüsse in der Dura usw. derartige nervöse Symptome ausgelöst werden können. Eine Anzahl rein nervöser Fälle wird wohl, wie bei jeder anderen Unfallsverletzung, vorhanden sein; ich glaube aber nicht mehr daran, dass dies bei den Rückenverletzungen in einem wesentlich höheren Prozentsatz der Fall ist als bei den übrigen Unfallsverletzungen. Ich vermag daher auch der Ansicht Müller's nicht beizustimmen, welcher ein eigenes nervöses Krankheitsbild, die Vertebralgie, anerkannt haben will. Im grossen ganzen könnte man sie nach seinen Ausführungen „Rentensucht (unbeabsichtigte) bei Rückenverletzungen“ nennen; diese haben wir aber bei der einfachsten Fingerverletzung eben so oft wie bei den schwersten inneren oder äusseren Verletzungen. Die Rentensucht ist keine typische Erscheinung der Rückenverletzungen.

Im Widerspruch mit meiner Ansicht scheint die Angabe von Zweig zu stehen, der bei all seinen Kranken — er hatte allerdings nur 6 Fälle — mehr oder weniger ausgesprochene Zeichen einer Erregbarkeitssteigerung des Nervensystemes fand. Mit Recht weist aber Zweig darauf hin, dass gerade diese nervösen Symptome zum Verständnis für die häufigen Fehldiagnosen beitragen, weil man sie, in Kenntnis der sogenannten Spinalirritation, verantwortlich auch für den rein objektiven Befund machte. Es ist daher nur eine Bestätigung meiner Ansicht, wenn Zweig in seinem Schlusswort sagt: „Die sogenannte traumatische Neurose ist in nicht wenigen Fällen nur ein für einen Reizzustand des Nervensystemes sprechender Symptomkomplex, hinter welchem sich oft eine Schädigung der Wirbelsäule verbirgt.“ Untersuchen wir unsere Rückenverletzungen in Zukunft auf dieser Grundlage, so wird vor allem die Diagnose der Simulation wohl nahezu ganz verschwinden. Mit der Diagnose „Simulation“ sind ja bekanntlich die Gutachter schon lange sehr vorsichtig geworden (ich fand nur einmal unter 212 Fällen die Angabe der Simulation mit voller Klarheit ausgesprochen); leider trat an Stelle dieser Diagnose etwas unangenehm häufig die der „traumatischen Neurose“.

Ich möchte hier noch auf einen Punkt näher eingehen, der mir im Laufe der Jahre ganz besonders aufgefallen ist. Wir sahen früher gerade bei Verletzungen des Rückens so häufig schwerste Aggravation bei den Patienten; man konnte diese Aggravation deutlich nachweisen; der Patient, der bei der Untersuchung auf das kläglichste jammerte und winselte, der schon bei leisester Berührung auf das schmerzhafteste zusammenzuckte, konnte, wenn er sich nicht beobachtet wusste, die Leistungen eines Gesunden vollführen. Natürlich hielten wir den Patienten für einen Simulanten, und doch war er meiner Ansicht nach gar keiner. Wahrscheinlich kam der Patient nur des-

wegen zur Übertreibung seiner Beschwerden, weil er unseren Mienen und unseren Worten anmerkte, dass wir an seine Beschwerden nicht glaubten; er dachte sich wohl, wenn ihm die Ärzte auch nicht alles glaubten, so könnte er sich doch durch starke Übertreibung für die geringen Beschwerden, die er in Wirklichkeit hatte, eine Entschädigung verschaffen. Diese schweren Aggravanten, die allerdings nicht weit weg sind vom Simulanten, haben wir im Laufe der Jahre vollkommen verloren. Ich kenne sie weder bei den Rückenverletzungen noch bei anderen Verletzungen mehr. Offenbar hat bei dem Versicherungsnehmer im Laufe der Jahre sowohl das Vertrauen zu dem Arzte zugenommen als auch die Ansicht, dass ihm bei den fortgeschrittenen Untersuchungsmethoden der Ärzte und bei der grossen Erfahrung, welche sich die Schiedsgerichtsleiter im Laufe der Jahre erworben haben, seine Übertreibung doch nichts nützt.

Symptomatologie.

Ich will hier nur ganz kurz das besonders Beachtenswerte aus meinen Fällen angeben:

a) Kummell'sche Krankheit. Es gelang mir, nur einen einzigen Fall (Nr. 150) Kummell'scher Krankheit mit Sicherheit nachzuweisen; das Röntgenbild (siehe Figur 3) zeigt bei genauer Betrachtung eine ziemlich starke Atrophie des II. Lendenwirbels; auch sieht man an dem Wirbel einige unregelmässige Linien ziehen, die meiner Ansicht nach früheren Bruchlinien entsprochen haben. Der Wirbel erscheint verschmälert, die Zwischenwirbelscheiben fehlen anscheinend vollkommen; doch kann es sich hier auch um Überschneidung handeln, da der II. Lendenwirbel die Höhe des Gibbus bildet. Der Fall kam glatt zur Ausheilung. Die Patientin verrichtet jede Arbeit wie vor dem Unfall. Der Gibbus ist durch Redressement in meinem Spondylitisapparat verschwunden.

b) Bemerkenswert ist, dass ich unter der grossen Anzahl Verletzungen einen Querfortsatzabbruch selbst nie finden konnte. Die Leser finden zwar bei einigen Fällen einen Bruch des Querfortsatzes berichtet; es war mir aber leider nicht möglich, die Röntgenbilder zu erhalten; ich selbst konnte nie einen Querfortsatzbruch mit Sicherheit nachweisen, was mir um so auffallender erscheint, als Haglund erst vor kurzem in seiner Arbeit die Ansicht ausgesprochen hat, dass diese sehr häufig seien. Ich kann die Bemerkung nicht unterdrücken, dass man in dieser Diagnose doch etwas vorsichtig sein muss. Ich habe des öfteren derartige Brüche angegeben gefunden, wo ich nach dem beigelegten Röntgenabzug mich nicht davon überzeugen konnte; auch glaubte ich oft schon selbst solche Brüche bei der ersten Aufnahme entdeckt zu haben, und wenn ich die Aufnahme in anderer Lage vornahm, fand ich sie nicht mehr. Meiner Überzeugung nach spielt hier der Schatten des Gelenkfortsatzes eine verhängnisvolle Rolle. An der Lendenwirbelsäule trifft sich ja dieser Schatten sehr häufig mit dem Schatten des Querfortsatzes und zwar manchmal vollkommen, manchmal bloss teilweise. In letzterem Falle glaubt man dann nicht selten an einen Bruch. Ich bin der Ansicht, dass wir einen

Querfortsatzbruch nur dann anerkennen dürfen, wenn wir am Querfortsatz eine Diastase des Knochens sehen, sowie diese z. B. Gümbe! in seiner Arbeit gezeichnet hat. Es ist ja doch eigentlich auch ohne weiteres anzunehmen, dass das abgebrochene Stück durch den Muskelzug vom zentralen Stück abgezogen wird.

c) Dornfortsatzabbrüche konnte ich auf dem Röntgenbild ebenfalls nicht nachweisen.

d) Einen auffallenden Befund zeigten die Fälle Nr. 124 und 133; sie

Fig. 25.

Fig. 26.

bieten uns das Bild einer ganz seltenen Lokalisation der Muskelknochenbildung; wenigstens kann ich mir diese eigentümlichen Streifen (Fig. 25 und 26), die die Konsistenz des Knochens haben, nicht anders als eine Muskelknochenbildung erklären, zumal ja auch die Form der Streifen der Muskelknochenbildung am Halse entspricht. Bei beiden bestand der Verdacht einer Wirbelfraktur am Halse, wenn er auch nicht mit absoluter Sicherheit durch das Röntgenbild nachgewiesen werden konnte. Die Bewegung war in beiden Fällen schmerzhaft, in dem einen Fall mit knirschenden Geräuschen verbunden. An

Fig. 27.

Fig. 28.

dieser Stelle möchte ich auch auf Figur 14 aufmerksam machen; wir sehen an dem verletzten Halswirbel eine eigentümliche Zackenbildung.

e) Mit einer gewissen Häufigkeit und Regelmässigkeit auftretende Verletzungen scheinen bei einseitiger Kompression der Wirbelsäule Einbrüche am seitlichen Körperperrand zu sein. In der einfachsten Form sehen wir in dem Fall Nr. 199, Fig. 27 den einen Körperperrand eingebrochen und von da aus eine zahnartige Knochenwucherung zum nächsten Körper hinüberziehen; in einem zweiten Falle Nr. 191 sind beide aneinander liegende Körperhälften eingebrochen (siehe Figur 28). Im dritten Fall (Nr. 180, Figur 29)

ist die Knochenwucherung eine sehr reichliche, geht ebenfalls von beiden Körpern aus. Grössere Zerstörungen bzw. Zertrümmerungen der Körper mit Knochenneubildung scheinen in dem vierten Fall (Nr. 200, Figur 30) bereits vorzuliegen.

f) Endlich verdienen noch die vollständigen Absprengungen des Schambeines, welche hier durch das Einwirken einer Kraft in frontaler Richtung hervorgebracht wurden, besonderer Erwähnung. (Ich verweise hier auf die Fälle 152, 154; Figur 4, 5.) Da sie mit gleichzeitiger Lockerung bzw. Lösung in der Kreuzdarmbeinfuge einhergehen, haben diese wohl Ähnlichkeit mit der Malgaigne'schen Beckenfraktur. Verhältnismässig oft finden wir auch Sitzbeinfrakturen (siehe Fall 181, Fig. 15 u. Fall 182, Fig. 16).

Fig. 29.

Fig. 30.

Auffallend häufig klagen Patienten, selbst wenn sie andere Verletzungen in der Umgebung haben, oft nur über die Gegend der Kreuzdarmbeinfugen. Es unterliegt mir keinem Zweifel, dass wir sehr häufig Lockerungen bzw. Bandverletzungen in der Kreuzdarmbeinfuge haben, ohne dass wir es auf dem Röntgenbilde nachweisen können; ganz sicher gelang mir dies nur in drei Fällen (Nr. 154, 158, 172, Fig. 5, 7, 11), bei denen eine deutliche Verschiebung eingetreten war. Ich verweise noch auf die charakteristische Verbreiterung, bezw. Verschmälerung der Darmbeinschaukeln infolge der veränderten Projektion. In allen übrigen Fällen aber, wo eine Verschiebung in der senkrechten Achse nicht stattgefunden hatte, wird man die Lockerung durch das Röntgenbild wenigstens nicht nachweisen können, noch viel weniger natürlich durch den manuellen Versuch, Bewegungen in dem Gelenk zu erzwingen; dies gelingt nicht einmal bei absolut sicheren Verschiebungen wie in dem Falle 154. Trotzdem muss der von den Patienten

stereotyp angegebene Kreuzdarmbeinfugenschmerz eine Verletzung dieser Synchondrose als vorhanden annehmen lassen.

g) Zwei Fälle von Steissbeinabbruch konnte ich ebenfalls nachweisen (153, 197). Das Röntgenbild des einen liegt bei (siehe Figur 22); in diesem Falle konnte man vom After aus das Steissbein hin- und herbewegen, was mit ziemlich grossen Schmerzen verbunden war.

h) Ausgesprochene Markerscheinungen waren nur in zwei Fällen aufzufinden (Nr. 173 und 192); es handelt sich in dem einen Fall um eine Lähmung mit totaler Hilflosigkeit der Patientin, im zweiten Fall scheint die Lähmung nicht sicher ausgesprochen zu sein. Die Ursache, warum wir so wenig Mark- bzw. Lähmungserscheinungen haben, liegt wohl daran, dass wir die Patienten im grossen und ganzen nur zur Nachbehandlung bekommen.

In Gruppe IV habe ich jene Fälle angeführt, welche ausgesprochene entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule aufweisen; so wurde eine typische tuberkulöse Spondylitis trotz der ungenauen Angaben des Patienten über den Hergang des Unfalls (Nr. 209) schliesslich als Unfallsfolge anerkannt (m. E. zu Unrecht); in dem Falle Nr. 207 handelt es sich um eine von dem Oberarm ausgehende Sarkometastase der Wirbelsäule. In zwei Fällen soll durch einen Unfall eine chronische Wirbelsäulenversteifung hervorgebracht worden sein. Am interessantesten ist hiervon der Fall Nr. 210: die Patientin hatte sich einen Dorn in den Fuss gezogen und er fing zu eitern an. Drei Tage später erkrankte die Patientin an Wundstarrkrampf, welcher nach kurzem wieder verschwand; es blieb zunächst eine entzündliche Reizung der Wirbelkörper mit starker Druckempfindlichkeit zurück; nach dem Röntgenbild hat hier offenbar ein Einschmelzungsprozess in den Brustwirbeln vorgelegen.

Zusammenfassend haben wir unter 212 Fällen 65 Fälle mit Knochenbrüchen. Sehen wir von den Brüchen der Rippen und des Schultergürtels (Rippenbrüche 16, Schulterblattbrüche 6, Brustbeinbrüche 2, Schlüsselbeinbrüche 1) ab, so bleiben uns noch folgende Knochenverletzungen an der Wirbelsäule und am Becken:

A.

Halswirbelsäule	2
Brustwirbelsäule	3
Lendenwirbelsäule	16
Beckenbrüche	33
	<hr/>
	Sa. 54

Unter diesen Brüchen befinden sich:

B.

Kümmell'sche Knochenerweichung	1
Verhebungsbrüche	3
Querfortsatzabbrüche	2
Luxation oder Bruch an der Kreuzdarmbeinfuge	5
Pfannenbrüche	7

Schambeinbrüche	4
Totale Schambeinabreissungen	2
Bruch an der Schambeinsitzbeingrenze	3
Sitzbeinbrüche	3
Steissbeinbrüche	2
Beckenschaufelbrüche	7

Von obigen die Wirbelsäule und das Becken betreffenden Fällen (sichere Brüche) sind 30 von mir selbst mit Röntgenstrahlen eingehend untersucht worden (siehe Figuren).

Entgegen der Zusammenstellung von Wagner und Stolper u. a., welche die Mehrzahl der Wirbelverletzungen auf den XII. Brustwirbel verlegten, fand ich die weit überwiegende Mehrzahl der Brüche auf die Lendenwirbelsäule verteilt. Offenbar sind die Brüche dieses Wirbelsäulenteiles auch viel häufiger als Brustwirbelbrüche. Wenn das früher, vor der Zeit der Röntgenstrahlen, nicht erkannt wurde, so lag das nur daran, dass die Gegend des XII. Brustwirbels mehr zur Gibbusbildung neigt als die Lendenwirbel, speziell die unteren.

Prognose.

Eine allgemein gültige Prognose der Rückenverletzungen lässt sich natürlich infolge der Vielfältigkeit derselben nicht stellen. Ich habe in der Literatur Fälle gelesen, in denen eine Verletzung des I. oder II. Halswirbels ohne jede Störung vorübergegangen ist, während bekanntermassen derartige Verletzungen sofort tödlich wirken können. Es ist eben weder die Art des Traumas noch die Art der entstandenen Verletzung allein für das endgültige Resultat massgebend. Im allgemeinen wird man allerdings sagen können, dass Kontusionen und Distorsionen des Rückens, speziell der Wirbelsäule, mit viel geringerer Erwerbsbeschränkung endigen als Brüche derselben, während andererseits Brüche der Rippen, des Schultergürtels und des Beckens meistens in kurzer Zeit wieder ausheilen, ohne eine nennenswerte Beschränkung der Erwerbsfähigkeit zu hinterlassen.

Die Heilungsdauer bei Rückenverletzungen ist eine ausserordentlich verschiedene. Während Verletzungen der Dornfortsätze in wenigen Tagen ausheilen können, haben wir aus der Statistik von Müller gesehen, dass selbst nach anscheinend geringfügigen Kontusionen der Wirbelsäule die Behandlungsdauer im Durchschnitt nicht unter 100 Tage beträgt, häufig sogar bis 500 Tage. Wir sehen also, dass die Rückenverletzungen wohl wie keine anderen geeignet sind, die Hilfskraft der Berufsgenossenschaften in ausgiebigster Weise in Anspruch zu nehmen. Wenn wir bedenken, dass trotz langwieriger Behandlung die restierende Erwerbsbeschränkung oft eine ziemlich hohe ist, so sehen wir einen grossen Wert für die Berufsgenossenschaften darin liegen, dass die Versicherten rechtzeitig in geeignete Anstalten zur Untersuchung und Behandlung kommen. Denn zweifelsohne wird die richtige Diagnose bzw. Indikationsstellung die Behandlungsdauer verkürzen und die Erwerbsfähigkeit

erhöhen können, was nicht nur für die Berufsgenossenschaften, sondern auch für den Arbeiter von höchstem Werte ist.

Wenn wir unsere 212 Fälle auf den endgültigen Grad der Erwerbsfähigkeit prüfen und dabei einen Zeitraum von 2, 5 und 10 Jahren einsetzen, erhalten wir nach Abzug der neueren Fälle folgende Zusammenstellung:

I. und II. Kontusionen und Distorsionen nebst zweifelhaften Brüchen.

Von den 140 aufgezählten Kontusionen u. s. w. wurden in den ersten Jahren nach dem Unfall nahezu ein Drittel wieder vollkommen erwerbsfähig und zwar

27 Fälle nach		$\frac{1}{2}$ — 2 Jahren
24 „ „		2— 5 „
3 „ „		5—10 „

23 Fälle von den oben angeführten 140 waren nach über 10 Jahren noch erwerbsbeschränkt. Die Behinderung, in Prozenten ausgedrückt, war folgende:

a) 11 Fälle mit		10— 30 %,
b) 8 „ „		30 — 50 %,
c) 4 „ „		50 100 %,
d) 0 „ „		100 %.

III. Sichere Brüche.

Von den 64 mit Sicherheit nachgewiesenen Brüchen wurden vollkommen erwerbsfähig:

8 Fälle nach		$\frac{1}{2}$ — 2 Jahren
4 „ „		2— 5 „
3 „ „		5—10 „

Hierbei sei bemerkt, dass es sich in diesen sämtlichen Fällen um Brüche der Rippen oder des Beckens gehandelt hat.

Von den 20 Fällen, welche nach 10 Jahren in ihrer Erwerbsfähigkeit noch behindert waren, war die Behinderung in Prozenten ausgedrückt, folgende:

a) 6 Fälle mit		10— 30 %.
b) 4 „ „		30 — 50 %.
c) 6 „ „		50—100 %.
d) 4 „ „		100 %.

Bei den letztgenannten 4 Fällen, welche nach 10 Jahren noch um 100 % erwerbsbeschränkt waren, handelt es sich, wie wir gleich weiter sehen werden, um Brüche von Wirbeln.

Unter diesen 64 eben genannten Knochenbrüchen befinden sich 27 Brüche der Wirbelknochen; von diesen wurden wieder vollkommen erwerbsfähig:

1 Fall nach		1—2 Jahren
2 Fälle „		2—5 „

Von 12 Fällen der Wirbelknochenbrüche, welche nach 10 Jahren noch in ihrer Erwerbsfähigkeit behindert waren, war diese Behinderung in Prozenten ausgedrückt folgende:

a) 1 Fall mit		10— 30 %,
b) 3 Fälle „		30— 50 %,
c) 4 „ „		50—100 %,
d) 4 „ „		100 %.

Wir sehen also, dass von den Brüchen am Skelettsystem des Rückens die der Rippen und des Beckens verhältnismässig am besten ausheilen und verhältnismässig am häufigsten wieder vollkommen erwerbsfähig werden, während die Wirbelbrüche selbst nach 10 Jahren und mehr in einigen Fällen 100 % Erwerbsbeschränkung aufwiesen. Interessant ist hierbei die Einwirkung des Unfallversicherungsgesetzes auf die Erwerbsfähigkeit. In dem Falle E. (Nr. 150), in welchem die Patientin bereits nach 1 Jahr wieder vollkommen erwerbsfähig wurde, handelte es sich um einen schweren Wirbelbruch mit nachfolgender Kümmell'scher Entzündung. Es bestand eine ziemlich starke Deformität. Das Mädchen hatte einen Suicidversuch gemacht; es konnte, nachdem die 26 Wochen der Krankenkasse abgelaufen waren, nicht länger bei seinen Eltern bleiben und war vor die harte Notwendigkeit gestellt, sich sein Brot selbst zu verdienen. Das Mädchen war bereits nach $\frac{3}{4}$ Jahren wieder nahezu vollkommen erwerbsfähig; nach einem Jahre aber konnte sie in unserer Klinik sämtliche Arbeiten, die von einem Dienstmädchen verlangt werden, wieder machen. Wenn auch ein Teil des guten Resultates auf die baldige Behandlung in unserer Klinik zurückgeführt werden muss — das Mädchen wurde, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, von mir im Gipsverband redressiert und erhielt ein Zelluloidkorsett — so bin ich doch andererseits überzeugt, dass die rauhe Notwendigkeit ein gut Teil dazu beigetragen hat, die Patientin, welche auch noch kein Invalidenkrankengeld bezog, wieder erwerbsfähig zu machen.

Die Renteneinschätzung bei Rückenverletzungen hat bisher dem Gutachter sowohl, wie vor allem dem Schiedsgerichtsleiter, oft grosse Schwierigkeiten bereitet; diese Schwierigkeiten sind sicher in den letzten Jahren bereits geringer geworden, seitdem die Schiedsgerichtsleiter gewohnt sind, bei nervösen Erscheinungen ein Obergutachten von seiten eines bekannten Neurologen einzuholen. In Zwickau und Umgebung war es vor allem die Schule des leider so früh verstorbenen Prof. Dr. Windscheid in Leipzig-Stötteritz (jetzt Schkeuditz), welche den Schiedsgerichten durch ihre bekannte klare und ausgezeichnete Begutachtung die Beurteilung erleichterte. Es ist ohne Zweifel das einzig richtige, wenn der behandelnde Chirurg oder Orthopäde in Fällen mit nervösen Erscheinungen seinen chirurgischen Befund festsetzt und die Berufsgenossenschaft bezüglich der nervösen Erscheinungen an einen Neurologen verweist; ebenso wird das Schiedsgericht wohl ohne Zweifel am sichersten gehen, wenn es in solchen Fällen neben seinem Sachverständigen eine Begutachtung und Beobachtung in einer Nervenlinik vornehmen lässt.

Es erscheint mir unmöglich, dass der Sachverständige des Schiedsgerichtes, der den Patienten doch gewöhnlich nur einmal und nur kurze Zeit untersuchen kann, ein absolut zutreffendes Urteil in diesen Fällen abgibt. Er wird vor allem dann eine Begutachtung in einer Nervenlinik selbst empfehlen müssen, wenn er in seinem Gutachten zu einem anderen Resultat kommt als der Vorbegutachter nach oft längerer Beobachtungs- und Behandlungszeit.

Behandlung.

Es liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit, auf die Behandlung der Rückenverletzungen genauer einzugehen und verweise ich in dieser Beziehung auf die früher erschienenen Arbeiten; nur einige wenige Punkte möchte ich hervorheben.

Zunächst empfehle ich ebenso wie Marcus das baldige Tragen eines Korsettes bei Verdacht auf Bruch und überhaupt dann, wenn sich irgend eine Deformität bilden will. Bei bereits eingetretener Deformität kann ich, wie aus Fall Engewald hervorgeht, das Redressement im Gipsverband nur dringend empfehlen; Voraussetzung ist natürlich, dass der Gibbus noch nicht vollkommen fixiert ist, obwohl man auch da wohl ähnlich wie beim fixierten Spondylitisbuckel Besserung durch redressierende Gipsverbände oder Korsette erreichen dürfte. Im übrigen kann ich die Ansicht Müller's nur unterstützen, welcher im Gegensatz zu Feilchenfeld die Behandlung in einer Unfallheilanstalt und Zanderinstitut empfiehlt. Den Vorwurf, dass in solchen Anstalten die nervösen Beschwerden durch gegenseitiges Jammern und Klagen nur grösser würden, kann man wohl kaum erheben; es wird vielleicht die Übertreibung grösser werden, aber nicht die Nervosität. Die häusliche Umgebung ist meist viel mehr geeignet, in solchen Fällen der Notlage — eine solche wird durch den Unfall des Familienoberhauptes wohl immer geschaffen — die Nervosität der Patienten zu vergrössern. Auf jeden Fall gelingt es unseren Anstalten nahezu immer und selbst in schweren Fällen zum Nutzen für beide Teile, die Berufsgenossenschaft und den Patienten, die Erwerbsfähigkeit der Patienten sehr wesentlich zu steigern, wofür am deutlichsten die prozentuale Erwerbsbeschränkung vor und nach dem Aufenthalt in diesen Anstalten sprechen dürften. (Siehe die Krankengeschichten). Dass die häusliche Behandlung derartiger zur Nervosität neigender Patienten nicht das gleiche leisten kann, hat Müller in seinen Fällen schlagend bewiesen; es wird wohl auch niemand diese Ansicht bestreiten wollen.

Vor allem der mediko-mechanischen Behandlung, daneben hauptsächlich auch noch der Behandlung mit hydiatischen Mitteln und Wärmeanwendungen der verschiedensten Art ist es zu danken, dass unsere Institute einen günstigen Einfluss auf die Patienten mit Rückenverletzungen auszuüben pflegen.