Chirurgische Ratschläge für den Praktiker.

Von G. Ledderhose in München.

XIII.

Untersuchung und Begutachtung von Unfallfolgen.

Zahlreichen Praktikern ist die Ausstellung eines Gutachtens unerwünscht, weil sie sich unsicher fühlen und weil sie sich andererseits der großen Verantwortung dieser Aufgabe bewußt sind. In der Tat stellt die ärztliche Begutachtung keine geringen Anforderungen. Der Arzt muß die gesetzlichen Bestimmungen und die privatrechtlichen Verträge in ihren Beziehungen zur medizinischen Wissenschaft und Praxis im allgemeinen und bezüglich des vorliegenden Falles kennen, er muß die Untersuchungsmethoden beherrschen, welche es ermöglichen, ein genaues Bild von dem allgemeinen Gesundheitszustand des Untersuchten und von den besonderen, bei ihm bestehenden krankhaften oder traumatischen Veränderungen zu gewinnen, er muß ferner imstande sein, daraus die richtigen Schlüsse zu ziehen und sie in überzeugender Form zu Papier zu bringen. Sehr einfachen, in kurzer Zeit zu erledigenden Gutachten stehen andere gegenüber, die zeitraubende Vertiefung in den Gegenstand und literarisches Studium erforderlich machen. Nur durch Erfahrung und Uebung läßt sich die nötige Sicherheit erwerben.

Der Untersuchung des Kranken hat wie üblich dessen Bericht über Ursache und Verlauf seines Leidens sowie über seine Beschwerden und Klagen voranzugehen. Dabei ist scharf im Auge zu behalten, daß namentlich in allen Fällen, wo das ärztliche Gutachten in Beziehung steht zu wirtschaftlichen und materiellen Interessen, geprüft werden muß, ob nicht bewußt oder unbewußt falsche Angaben gemacht werden und ob die entgegengenommenen Berichte und Klagen nicht durch fremde und eigene Suggestion wesentlich beeinflusst sind. So wünschenswert es ist, den Kranken ausreden zu lassen und seine Darstellung möglichst wenig durch Einwände und Fragen zu unterbrechen, so unvermeidlich ist es, sich durch Befragen Aus-

¹⁾ Zschr. f. Krebsforsch. 1913, 13, S. 1. — ²⁾ Erscheint ausführlich mit Literaturangaben demnächst in den „Fortschritten der Medizin“.

kunft zu verschaffen über Dinge, die den ärztlichen Sachverständigen vorwiegend interessieren. Immer mehr hat es sich gezeigt, wie schädlich sog. Suggestivfragen von Seiten des Arztes wirken. Man soll es also vermeiden, den Kranken z. B. zu fragen, ob er diese oder jene Klagen hat, ob diese oder jene betastete Stelle schmerzt. Der untersuchende Arzt bedarf weitgehenden psychologischen Verständnisses, um alle ihm gemachten Angaben richtig bewerten zu können.

Die Regel, daß bei jeder eingehenden ärztlichen Krankenuntersuchung neben der Befundaufnahme an den erkrankten oder verletzten Körperteilen ein Urteil über den Ernährungs- und allgemeinen Gesundheitszustand sowie über die Funktion der wichtigsten Organe gewonnen werden muß, gilt auch für die Vorbereitung auszustellender Gutachten. Ein Mißverhältnis zwischen Körpergröße und Körpergewicht sowie krankhafter Allgemeinzustand können auf Unterernährung oder auf Organveränderungen schließen lassen, die vielleicht in ursächlichem Zusammenhang mit erlittenen Unfällen stehen. Die Untersuchung des Herzens, des Pulses, des Blutdrucks, der Lungen, des Urins, ferner die Betastung der Bauchorgane sowie die Prüfung der Pupillenreaktion und der Sehnenreflexe, endlich insbesondere bei älteren Personen die Feststellung der Gelenkbeweglichkeit ergibt die Unterlagen für den Allgemeinzustand. Aus dem großen Aufgabenkreis der ärztlichen Begutachtung seien für die nachstehende Betrachtung die Folgen einiger besonders wichtiger Unfallverletzungen an den einzelnen Körpergegenden¹⁾ herausgegriffen.

Bei der Nachuntersuchung der Kopfverletzten lassen sich sehr häufig keine bestimmten objektiven Unfallfolgen zur Erklärung der Klagen über Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Gedächtnisschwäche feststellen. Diese Fälle bildeten früher die Hauptvertreter der sog. traumatischen Neurose. Die erweiterten neueren Erfahrungen haben gezeigt, daß dieses Krankheitsbild zu Unrecht aufgestellt war und daß die genannten Klagen vorausgesetzt, daß nicht nachweislich eine Verletzung des Gehirns stattgefunden hatte, und namentlich dann, wenn sie nicht bald nach dem Unfall, sondern erst Wochen und Monate später vorgebracht wurden, überwiegend häufig unter den Begriff der Begehrungsvorstellungen fallen, die an sich keinen Anspruch auf Rentenbewilligung begründen und fast sicher nach Gewährung einer Abfindung verstummen. Auch hat sich gezeigt, daß der objektive Wert zahlreicher sog. nervöser Erscheinungen, denen man früher große diagnostische Bedeutung beimaß, nur gering ist, daß vielmehr veränderte Stimmung, Druck- und Klopfempfindlichkeit, Pupillendifferenz, Fehlen des Augapfel- und Gaumenreflexes, Einschränkung des Gesichtsfeldes, Zittern der Zunge und der Gliedmaßen, Beschleunigung des Pulses, Nachröten der Haut, Steigerung der Sehnenreflexe und Störungen der Sensibilität sehr häufig durch eigene und fremde (Ärzte) Suggestion bedingt sind und daß sie nur unter besonderen Umständen als eigentlich krankhaft angesehen werden dürfen.

Ergibt die Anamnese, daß etwa in unmittelbarem Anschluß an den Unfall die Zeichen der Basisfraktur aufgetreten waren, oder daß ausgesprochene Störung des Bewußtseins als Ausdruck der Beteiligung des Gehirns bestanden hatte, so wird man an sich mit der Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit zu rechnen haben, daß sich nachträglich noch Beschwerden geltend machen, während bei Verletzungen der Schädelweichteile (abgesehen von dünnen, breit mit dem Knochen verwachsenen Narben) sowie bei einfachen Schädeldachbrüchen mit folgenloser Heilung gerechnet werden kann. Diese Erfahrungen lassen sich für die Beurteilung der Glaubwürdigkeit vorgebrachter Klagen verwerten. Kopfschmerzen sind ein so weitverbreitetes Krankheitssymptom, daß in jedem Fall, wo nach Kopfverletzung darüber geklagt wird, festzustellen ist, ob nicht eine anderweitige Ursache vorliegt, wobei die Untersuchung der Augen, der Ohren, der Nase, des Blutdrucks und des Urins vorwiegend in Betracht kommt. Große Schwierigkeiten können sich ergeben, wenn zu entscheiden ist, ob Klagen über Schwindelgefühl zunächst einmal berechtigt sind und ob sie bejahendenfalls mit vorausgegangener Kopfverletzung in ursächlichem Zusammenhang stehen. Namentlich handelt es sich darum, festzustellen, ob Verletzungsfolge oder Erkrankung des Labyrinths vorliegt. Werden epileptische Anfälle in Beziehung zu Kopfverletzungen gebracht, so ist ein wissenschaftlich begründetes Urteil fast nie ohne längere Krankenhausbeobachtung möglich. Ob bei Gelegenheit von Unfällen, die den Kopf betrafen, Verletzung des Gehirns stattgefunden hatte und ob Folgen zurückgeblieben waren, muß sich aus der Prüfung des psychischen Verhaltens und der organischen Funktionen des Gehirns ergeben.

Für die Beurteilung von Unfallfolgen des Halses ist im Auge zu behalten, daß Verletzungen der Halswirbelsäule außer durch Sturz kopfüber auch durch direkte Gewalteinwirkung gegen den Nacken, durch Fall auf die Füße, ja selbst durch Muskelzug zustandekommen und daß die Röntgenuntersuchung eine weit größere Häufigkeit der Halswirbelbrüche, im Gegensatz zu den einfachen Distorsionen, nachgewiesen hat, als man früher angenommen hatte. Zuweilen handelt es sich um die Unterscheidung von rein traumatischen Veränderungen und von tuberkulöser Spondylitis.

Unzweifelhaft wird die Anfangsdiagnose Rippenbruch viel öfter gestellt, als es berechtigt ist, was die Verletzten leicht dazu verleitet, sich für mehr geschädigt zu halten, als sie es tatsächlich sind. Man darf damit rechnen, daß namentlich Brüche mehrerer

Rippen lokale Folgen hinterlassen, die bei sorgfältiger Untersuchung nicht übersehen werden. Oefter wird mit Unrecht Interkostalneuralgie als Folge von Brustverletzung angenommen, wenn die bezeichnenden Druckpunkte (nahe an der Wirbelsäule, nahe am Brustbein und in der Mitte des Nervenverlaufs) fehlen. Hatte Anspießung der Lunge etwa durch ein Rippenbruchstück oder Zerreißen der Lunge stattgefunden (sofortiger Blutauswurf), so können Verwachsungen der Pleurablätter und Schwartenbildung zurückbleiben, was außer durch Perkussion und Auskultation mittels der Röntgenstrahlen festzustellen ist. Hemmung der Atmung und namentlich nach anstrengendem Arbeiten auftretende Beschwerden sind zuweilen gegeben.

Steht der ursächliche Zusammenhang zwischen Brustverletzung und Lungentuberkulose in Frage, so ist es berechtigt, sich an die Erfahrungstatsache zu halten, daß ein solcher Zusammenhang in bestimmter Form sehr selten ist. „Es muß eine der Gewißheit nahekommende Häufung von Wahrscheinlichkeitsgründen dafür vorliegen, daß der Unfall von wesentlichem Einfluß auf die Ausbreitung oder die Entwicklung des Leidens gewesen ist, derart, daß ohne das Dazwischentreten des Unfalles der Verlauf sich wesentlich anders gestaltet haben würde, als es tatsächlich der Fall gewesen ist.“ (Entscheidung des RVA.). Für die Beurteilung ist es wichtig, Angaben über den Gesundheitszustand des Kranken vor dem Unfall einzuziehen, die Einzelheiten des Unfallereignisses festzustellen, das Verhalten des Kranken unmittelbar nach dem Trauma zu erfahren (Shokerscheinungen, Klagen, Aussetzen der Arbeit) sowie Art und Menge des etwa in den ersten 48 Stunden ausgehusteten Blutes zu kennen. Um ein möglichst genaues Urteil über die Lokalisation und die Schwere der bestehenden tuberkulösen Lungenerkrankung zu gewinnen, müssen die verschiedenartigen physikalischen Untersuchungsmethoden neben dem bakteriologischen Befund und die Krankenhausbeobachtung herangezogen werden.

Nicht gerade häufig werden Unfallverletzungen für die Entstehung oder Verschlimmerung von Erkrankungen der Bauchorgane verantwortlich gemacht. Es sind zu nennen: Magengeschwüre, Appendizitis, Nierenleiden, Wanderniere, Gebärmuttervorfall. Nur wenige Aerzte sind in der Lage, auf Grund eigener Erfahrungen allein ein maßgebendes, wissenschaftlich begründetes Gutachten in derartigen Fällen zu erstatten: fast stets muß vielmehr neben gründlichem Aktenstudium und eingehender, wiederholter Untersuchung des Kranken die einschlägige Literatur zu Rate gezogen werden.

Bezüglich der wichtigen Frage, inwieweit Eingeweidebrüche als Unfallfolge angesehen werden dürfen, haben sich im Laufe der Zeit bestimmte Grundsätze herausgebildet, welche den betreffenden Begutachtungen als Richtschnur dienen sollen. Entscheidend ist die Erfahrungstatsache, daß fertige, aus Bruchsack mit Inhalt bestehende Hernien, insbesondere äußere Leistenhernien, durch einmalige Ueberanstrengung nur dann erstmalig entstehen, wenn ein präformierter, leerer Bruchsack vorher vorhanden war. Hat sich infolge von Entwicklungshemmung (Offenbleiben des Processus vaginalis peritonei) oder von selbständigem Wachstum einer leeren Bruchanlage oder von „Minierarbeit“ eines in eine solche vorgelagerten Netzzinzels ein richtiger Bruchsack gebildet, so ist dessen plötzliche, erstmalige traumatische Füllung überwiegend häufig von heftigen Schmerzen, Brechreiz, Erbrechen, Shokerscheinungen und Ohnmacht begleitet, die Arbeit wird sofort niedergelegt, und es wird ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Die gleichen Folgen können auftreten, sobald ein bereits vorhandener Bruch plötzlich gewaltsam wesentlich stärker gefüllt wird und dadurch eine bleibende, wesentliche Vergrößerung erfährt. Ausnahmsweise besteht Anlaß zur Annahme erstmaliger, unfallweiser Umbildung einer Bruchanlage oder eines leeren Bruchsacks zur Hernie, obwohl ernste Erscheinungen, wie sie oben aufgezählt sind, nicht aufgetreten waren und dem Kranken das Vortreten der Eingeweide nur als vorübergehende Spannungs- und Schmerzempfindung zum Bewußtsein kam, wovon er seiner Umgebung Mitteilung machte.

Da die überwiegende Mehrzahl der inneren, direkten Leistenbrüche bei älteren Personen ohne Vermittlung angeborener Anlage auf Grund von Erschlaffung und Atrophie der Bauchmuskeln und Spaltbildung in der Gegend des medialen Leistenringes entsteht, kommt das Trauma in Form der Ueberanstrengung nur äußerst selten als ursächliches Moment in Betracht, und dann sind vom unfallchirurgischen Standpunkt besonders strenge Anforderungen zu stellen. Bruchanlage und weiche Leisten (meist doppelseitig weiter äußerer Leistenring bzw. Nachgiebigkeit der vorderen Bauchwand in der Gegend des Leistenkanals sowie deutlicher Anprall der Eingeweide gegen den eingeführten Zeigefinger beim Husten und Pressen) haben meist keine Neigung zu weiterer Steigerung im Sinne der Bruchbildung und entstehen nicht infolge von Unfallereignissen.

Die Untersuchung auf Leistenbruch hat am stehenden und liegenden Kranken zu geschehen. Zuerst wird der Samenstrang abgetastet und festgestellt, ob ein Gewebsstrang neben ihm durch den Leistenring in den Hodensack herabsteigt, was ohne weiteres für Hernie spricht. Bei freiem Samenstrang dagegen gehört eine bruchähnliche, im Hodensack liegende Geschwulst dem Hoden an. Falls eine Hernie besteht, ist deren Lage, Gestalt, Inhalt, ferner die Richtung ihres Verlaufs, ihre Spannung, ihre Reponibilität sowie die Weite des äußeren Leistenrings und des Leistenkanals festzustellen. Kleine Leistenbrüche weichen dem untersuchenden, mit der vorgestülpten Skrotalhaut bedeckten Finger leicht aus. Um sie nachzuweisen, muß der Finger im Kreis um ihre Basis geführt werden, ohne einen seitlichen Druck auszuüben. Stets sind beide Seiten miteinander zu vergleichen. Bei völlig übereinstimmenden Verhältnissen beiderseits

Vgl. Ledderhose, Spätfolgen der Unfallverletzungen, ihre Untersuchung und Begutachtung, Stuttgart, F. Enke, 1921.

ist einseitige traumatische Bruchentstehung sehr unwahrscheinlich. Findet alsbald nach einem angeblichen Unfallereignis die Untersuchung statt und wird ein etwa hühnereigroßer Bruch mit weiter Pforte gefunden, dessen Inhalt leicht, z. B. bereits in der Rückenlage, ohne wesentlichen äußeren Druck in die Bauchhöhle zurücktritt, so beweist dies bestimmt ein älteres Bruchleiden.

Die anatomischen und mechanischen Eigenschaften des Schenkelbruches sprechen von vornherein entschieden gegen die Möglichkeit unfallweiser Entstehung; eine solche kommt denn auch nur ganz ausnahmsweise ernstlich in Frage. Die früheren Anschauungen über die Häufigkeit des traumatischen Ursprungs von epigastrischen Hernien sowie auch über ihre klinische Bedeutung haben sich in neuerer Zeit sehr wesentlich geändert. Es ist der Ansicht Melchior's zuzustimmen, daß es sich in der Mehrzahl der Fälle um harmlose Fettgewebsbrüche und nicht um Bruchsäcke mit Netzhalt handelt und daß vielleicht nur in 10% der Fälle namhafte Beschwerden bestehen. Sehr häufig begegnet man den verschiedenen Formen der epigastrischen Hernie als zufälligem Nebenfund, ohne daß die Betroffenen sich ihres Leidens bewußt sind. Wenn unter diesen Umständen ein Unfallereignis platzgreift, so ereignet es sich wohl, daß die Aufmerksamkeit zum erstenmal auf den schon lange vorhandenen Bruch gelenkt und er dann irrigerweise als Verletzungsfolge angesehen wird. Die traumatische Entstehung der epigastrischen Hernie kann nur dann in Betracht gezogen werden, wenn der Unfall unzweifelhaft feststeht, sowie wenn erhebliche Reizerscheinungen unmittelbar nach ihm auftraten und ärztlich beobachtet wurden.

Aus der Anerkennung irgendeiner Form von Eingeweidebruch als Unfallfolge ergibt sich das Anrecht auf Bewilligung einer Rentenentschädigung von etwa 10%.

(Schluß folgt.)