

XXXVII.

Ueber die Rippenbrüche bei Geisteskranken.

Von

Prof. Gudden.



I.

Schon vor mehreren Jahren*) habe ich gelegentlich brieflich oder mündlich eine Anzahl Collegen auf die relative und absolute Häufigkeit der bei Geisteskranken vorkommenden Rippenbrüche aufmerksam gemacht, sie auch gebeten, mich seiner Zeit von dem Ergebnisse ihrer Untersuchungen in Kenntniss zu setzen. Zwar nicht alle haben meiner Bitte entsprochen, denen aber, die es gethan haben, danke ich für die freimüthige Offenheit, mit der sie mir in dieser von Rücksichten mancherlei Art leicht beeinflussten Angelegenheit bereitwillig entgegen gekommen sind.

Fälle, wie der von Colney Hatch (Psychiatr. Zeitschrift, Bd. XX. S. 266) gehören in unseren deutschen Anstalten allem Anscheine nach zu den grössten Seltenheiten. Wenigstens habe ich innerhalb 15 Jahre in Siegburg, Illenau und Werneck keinen selbst erlebt, auch nur von einem einzigen, der entfernte Aehnlichkeit hat, anderswoher gehört. Auf letzteren, so durchdacht und belehrend die Bemerkungen sind, welche der mittheilende Anstaltsarzt an ihn anknüpft, kann ich, ohne indiscret zu werden, nicht eingehen. Aber die Absicht war auch überhaupt nicht die, solche eclatanten Fälle, welche, wenn sie vorkommen, eindringlich ihre Stimme selbst erheben, ausführlicher hier zur Sprache zu bringen, vielmehr geht diese dahin, die wohl in allen

*) Die Abhandlung wurde im Jahre 1864 geschrieben und kommt im Wesentlichen unverändert zum Abdruck.

Anstalten, und zwar häufiger, als man denken sollte, vorkommenden, bisher, wie ich glaube, grossen Theils unbemerkt gebliebenen Fälle von Rippenbruch aus dem Dunkel und dem Schutze ihrer Verborgenheit ans Licht zu ziehen, und, soweit es bei mir steht, dazu beizutragen, dass auch in dieser Beziehung die Irrenpflege sich zu der Höhe erhebe, die man von ihr zu verlangen das Recht und die Pflicht hat. Sollte sich an die Veröffentlichung eine Diskussion anschliessen, so wird die Bitte gestattet sein, dass nur solche an derselben sich theiligen, die eine grössere Anzahl von Leichen auf das Vorhandensein von Rippenbrüchen wirklich untersucht haben. Die Untersuchung selbst ist ohne Schwierigkeit. Man reinigt nach Entfernung der Eingeweide den Brustkorb mit Wasser und Schwamm. Ist die Pleura von normaler Durchsichtigkeit, frei von Fettablagerungen, Exsudaten, Pseudomembranen, so genügt die Durchmusterung der Rippen mittelst des Auges; andernfalls ist es nothwendig, an jeder einzelnen Rippe mit dem Finger längs des Randes auf und nieder zu fahren, jede etwa verdächtige Stelle heraus zu nehmen, von den Weichtheilen zu befreien, und bleibt auch so noch ein Zweifel, mit der Knochenscheere der Länge nach durchzuschneiden.

II.

Auf hundert Leichen (fünfzig männliche und fünfzig weibliche) kamen sehszehn Fälle von Rippenbruch. Von diesen sehszehn fielen vierzehn, mithin $87\frac{1}{2}$ pCt. auf die Männer, zwei, mithin $12\frac{1}{2}$ pCt. auf die Frauen. Acht von den vierzehn bei den Männern gefundenen Brüchen, also 57 pCt., fielen auf die „Paralytiker.“ Bei vier von der Gesamtzahl der Fracturen, also bei 25 pCt., waren diese auf beiden Seiten des Brustkastens vorhanden, bei sechs, also bei $37\frac{1}{2}$ pCt., nur auf der rechten, bei den übrigen sechs, also ebenfalls bei $37\frac{1}{2}$ pCt., nur auf der linken Seite. Zwei Beobachter haben anzugeben unterlassen, ob die Brüche mehr vorn oder hinten sich befanden. Die zur Verfügung übrig bleibende Zahl bestimmter Angaben ist zu gering, um sie weiter zu verwerthen. In vier Fällen, also bei 25 pCt., war nur eine Rippe, in zwölf, also bei 75 pCt., waren mehrere Rippen gebrochen. In einem Falle wurden vierzehn, in einem zweiten dreiundzwanzig, in einem dritten dreissig Brüche gefunden. Die beiden letzten Fälle, auf die ich später zurückkomme, kamen übrigens erst nach Vollendung obiger Zusammenstellung zu meiner Kenntniss. In einzelnen Fällen erkannte man deutlich an der eine bestimmte Linie

einhaltenden Richtung der Fracturen, dass die bezüglichlichen Rippen gleichzeitig gebrochen waren. So konnte einmal in dieser Weise nachgewiesen werden, dass sechs Rippen gleichzeitig gebrochen sein mussten. Regel ist, dass die gebrochene Rippe nur einmal gebrochen ist, doch wurden auch Rippen angetroffen, die mehrmal gebrochen waren. In einem Falle zeigte sich eine Rippe viermal gebrochen. Einmal fand sich, was ich der Seltenheit wegen anführe, die zwölfte, ein andermal die erste Rippe bei unverletztem Schlüsselbeine gerade dort gebrochen, wo sie unter diesem nach aussen hervortritt. Nur in vereinzelten Fällen waren die Rippenbrüche noch frisch oder ziemlich frisch, in den gewöhnlichen so veraltet, dass über die Zeit ihrer Entstehung vom rein pathologisch-anatomischen Standpunkte auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit sich nichts bestimmen liess. Oeffters wurden gleichzeitig mit den Rippenbrüchen die Ueberbleibsel von Othämatomen vorgefunden. Ich selbst habe mich jedesmal überzeugt, ob die Knochen erweicht waren oder nicht, muss mich jedoch, da von den andern Untersuchern keine ausreichenden Angaben vorliegen, auf die mehr allgemeine Mittheilung beschränken, dass ein mässiger Grad von Osteomalacie keine so ganz seltene Erscheinung ist. Sämmtliche Beobachtungen wurden anerkannt guten Anstalten entnommen, doch darf nicht unterlassen werden, ausdrücklich hervorzuheben, dass jede dieser Anstalten in der Lage war, eine grosse Anzahl veralteter Fälle von Erkrankung aufnehmen zu müssen.

III.

Bei den Rippenbrüchen ist man zwar der Mühe überhoben, was bei den Ohrknorpel-Brüchen und Zertrümmerungen, den sogenannten Othämatomen, nicht der Fall war, zu beweisen, dass sie das sind, was sie sind*); dafür bedarf aber ein anderer Umstand, eine Schwierigkeit, die nicht in vorgefassten Meinungen, sondern in der Sache selbst liegt, einer kurzen Erörterung.

Regel ist, dass die Fracturen erst bei der Obduction und dann meist als veraltete zur Entdeckung kommen, und Folge hiervon, dass die Bestimmung der Zeit ihrer Entstehung oft eine unsichere, mehr oder weniger der Willkür unterworfenen, nicht selten sogar unmögliche ist. Nichtsdestoweniger unterliegt es keinem Zweifel, dass einzelne Kranken mit Rippenbrüchen bereits behaftet in die Anstalten eintreten.

*) Auf die vom Mitherausgeber dieses Archivs, Herrn Meyer, in Virchow's Archiv 1865, Bd. XXXIII, H. 2 veröffentlichte Abhandlung liegt die Antwort druckfertig vor.

Hierauf lassen von vornherein, abgesehen von andern Möglichkeiten, die Gewaltthätigkeiten schliessen, denen sie, zumal in gewissen Schichten der Bevölkerung, bei mangelnder Erfahrung und durch die Krankheit hervorgerufener Aufregung nicht so ganz selten ausgesetzt sind; sodann, was beweisender ist, habe ich in Werneck zweimal Gelegenheit gehabt, vollständig vernarbte Brüche bei kurz nach der Aufnahme in die Anstalt gestorbenen Patienten nachzuweisen, wiederholt endlich zu einer Zeit, wo ich jeden einigermassen verdächtigen neu aufgenommenen Kranken sorgfältig auf das Vorhandensein von Fracturen und deren Residuen untersuchte, solche aufgefunden.*) Auch wurde mir anderswoher über einen Kranken Mittheilung gemacht, bei dessen Section eine ganze Reihe von alten Rippenbrüchen zum Vorschein kam, die nachweisbar (der Mann war vom Gebälke seiner Scheune auf die Tenne gestürzt) von einem in gesunden Tagen erlittenen Falle herrührten. Die Thatsache, dass Kranke Rippenbrüche oder deren Ueberreste in die Anstalten mit hereinbringen, fällt ohne Frage um so schwerer ins Gewicht — und daher die Schlussbemerkung im zweiten Abschnitte, — je mehr diese gezwungen sind, alte verwahrloste und verkommene Fälle aufzunehmen. Andererseits steht aber nicht minder fest, dass bei solchen, die bereits längere Zeit in Anstalten verpflegt wurden, bei der Obduction frische Fracturen gefunden wurden. In Werneck mussten wir dieses zweimal erleben. Auch bei dem oben erwähnten gestürzten Manne wurde ausser den veralteten Brüchen ein frischer übrigens bereits in der Heilung begriffener und mit der Krankheit, die den Tod herbeiführte, ebensowenig, wie dieses in Werneck der Fall war, in Zusammenhang stehender Bruch entdeckt. Und diese zweite Thatsache, in Verbindung mit den früher so häufig beobachteten Ohrknorpelzersprengungen, dann der Erfahrung, auf die ich schon bei Gelegenheit der Besprechung eben jener Ohrknorpelbeschädigungen hinwies, dass es der Versuchungen und Reizungen inmitten einer grossen Anzahl von Geisteskranken zahlreiche und schwere giebt, zahlreichere und schwerere, als sich der Arzt, um nicht zu nachsichtig zu werden, selbst fast gestehen darf, lässt mich dem Ausspruche des einen meiner Gewährsmänner, welcher ohne Rück-

*) Uebrigens ist die Durchtastung eines ganzen Brustkastens eine mühsame Arbeit. Kräftig entwickelte Muskeln und noch mehr ein starkes Fettpolster können ausserdem in sehr hohem Grade die Untersuchung erschweren. Für eine allerdings nicht umfangreiche Stelle ist das Schulterblatt fast absolutes Hinderniss. Ein negativer Befund ist jenachdem also sehr behutsam aufzunehmen.

sieht auf die Dauer des Anstaltsaufenthaltes und andere in Betracht kommenden Verhältnisse sämmtliche von ihm bei den Sectionen entdeckten „ganz veralteten“ Fracturen für ausserhalb der Anstalt erworbene erklärt, nicht beipflichten, bestimmt mich vielmehr zu der Ansicht, man solle in allen zweifelhaften Fällen lieber der Anstalt etwas zu viel, als zu wenig, zur Last legen. Ist der Bruch frisch und der Kranke schon länger im Hause, oder jener alt und dieser erst kurze Zeit da, so ist die Entscheidung einfach. Aber auch, wo Aufenthaltsdauer und Zustand der Knochennarbe ein Urtheil sich zu bilden an und für sich nicht gestatten, wird ein rasches Durchgehen und Vergleichen der in und ausserhalb der Anstalt geführten Krankengeschichten vom Standpunkte der vorgefallenen Beschädigung aus, mit Berücksichtigung der Familie, des Standes, der Bildung, dann der Anstaltsabtheilung, in der der Kranke verpflegt wurde, der Art der Gesellschaft, der Isolirung, der Beschränkung oder Nichtbeschränkung, *) des Pflegepersonales u. s. w. nicht so ganz selten ziemlich,

*) Andere mechanischen Beschränkungsmittel als Jacke, Handschuhe und diejenigen Vorrichtungen, die dazu dienten, unruhige Kranken im Bette zurück zu halten, waren überhaupt in Werneck nie in Anwendung, und auch diese wurden verhältnissmässig so selten benutzt, dass bei den Männern schon vor Jahren die Listen Monate aufwiesen, in denen nicht die geringste mechanische Beschränkung vorkam. Bei den Frauen war das Verhältniss ein weniger günstiges. Gegenwärtig ist das No-restraint-System regelrecht durchgeführt. Auf der Männerseite wurden die letzte Jacke am 6. Juni, die letzten Handschuhe am 30. Juli 1868, bei den Frauen die letzte Jacke am 16. Juli, die letzten Handschuhe am 11. August 1868 angewendet. Seitdem aber bis heute (24. August 1869) auch nicht ein einziges Mal, mit Ausnahme von zwei chirurgischen Fällen, bei denen es sich das eine Mal um das Leben, das andere Mal um die Heilung eines Oberarmbruches handelte. Solche einzelnen, ganz seltenen Fälle hat schon Conolly als Ausnahmen gelten lassen, solche lässt auch der leider zu früh verstorbene Griesinger, solche werden alle vernünftigen Aerzte auch in Zukunft gelten lassen. Die Aufstellung des Satzes, dass unter keiner Bedingung mechanische Beschränkung angewendet werden dürfe, dass um das „Princip“ rein durchzuführen, der Einzelne geopfert werden müsse, ist eine Rohheit, die mit Verachtung zurückzuweisen ist. (Vergl. meinen „Tagesbericht der Kreisirrenanstalt Werneck,“ Würzburg, Stubers Buchhandlung 1869). Werneck verpflegte ungefähr vierhundert Kranke täglich. In demselben „Tagesberichte“ heisst es noch, dass als Disciplinarmittel kalte Bäder und leichte Regenbegiessungen in Anwendung kämen. Dr. Grashey in Werneck theilt mir mit, dass seitdem bis Ende März dieses Jahres (so lange nämlich war er stellvertretender dirigirender Arzt) diese nach reiflicher Erwägung nicht mehr in Anwendung gezogen seien. In der Züricher Anstalt kamen sie ebenfalls nicht in Gebrauch. Auch das halte ich für einen Fortschritt. — Zuerst aber

mitunter sogar sehr sichere Anhaltspunkte, dieses nachträglich thun zu können, an die Hand geben.

Der oben erwähnte Fall, in dem dreissig Fracturen sich vorfanden, wurde in Werneck beobachtet. Die 70jährige Kranke starb im April 1864 in hohem Grade osteomalacisch (auch das Becken war sehr charakteristisch verbildet). Mit verhältnissmässig wenigen Ausnahmen hielten die Fracturen an jeder Seite des Brustkorbes zwei (die eine mehr vorn, die andere mehr seitlich verlaufend) fast schnurgerade Linien ein, ein Beweis, dass dieselben grösstentheils gleichzeitig bewirkt wurden, die Gewalt also, welche sie verursachte, eine intensive war. Die zweite, fünfte, sechste, siebente, achte und neunte Rippe rechts waren zweimal, die dritte viermal, die vierte dreimal, die zehnte einmal, die zweite, dritte, vierte und fünfte Rippe links zweimal, die sechste und siebente einmal gebrochen gewesen. So erweicht und ihrer Kalksalze beraubt sind sämmtliche blauröthlich durch die Pleura durchscheinenden Knochen, dass sie beim Versuche, sie zu biegen, sofort knicken, dagegen ist der überall noch feste, derbe und weisse Callus von der Krankheit, wie es scheint, unberührt geblieben, jedenfalls nur wenig angegriffen. Aufgenommen in die Anstalt wurde die Kranke im Jahre 1857. Sie zeigte ausser „Mangel an Einsicht“ und grosser Indifferenz in Bezug auf einen draussen von ihr im Zustande grösster Gereiztheit verübten Todtschlag nur wenig Spuren von Seelenstörung, war ruhig, verträglich und zufrieden, half gern und fleissig den Wärterinnen bei den häuslichen Arbeiten, bewegte sich frei innerhalb und ausserhalb der Anstaltsräume. Die Osteomalacie begann zu Anfang des Jahres 1859 unter Magenbeschwerden, ziehenden Schmerzen im ganzen Körper und Mattigkeit. Hierzu gesellten sich im Jahre 1860 Schlaflosigkeit und Aufgeregtheit. Das Singen, Schreien und Klopfen der Kranken veranlasste, dass man ihr ein Einzelzimmer gab. Die Schmerzen steigerten sich und das nach und nach immer mehr gesuchte Bett wurde seit Mitte desselben Jahres nur mit Unterstützung der sehr guten und zuverlässigen Pflegerin verlassen. Die Schmerzen dauerten fast bis zum Lebensende, ebenso mit nur kurzen Unterbrechungen die trotz jener meist lustig ausgelassene Stimmung. Nachdem im Jahre 1863 Schwäche und Unbeholfenheit überhand genommen hatten, die Beine durch das beständige Liegen contract geworden

muss man wollen, und nur dann erst, wenn der Entschluss unverbrüchlich fest steht, kommt die mildere und darum bessere Hülfe zu ihrer vollen Bethätigung. Es ist dieselbe Erscheinung, wie beim No-restraint.

waren, vom Januar 1864 an die Kranke ohne Hülfe sich nicht einmal mehr von einer Seite auf die andere zu wenden vermochte, trat unter völliger Erschöpfung, wie bereits angegeben, im April desselben Jahres der Tod ein. Nie ist in mir der Verdacht aufgestiegen, der Kranken seien in der Anstalt die Rippen gebrochen. Die leiseste Anwendung von Unsicherheit würde überdies der Callusbefund beseitigt haben, der bekanntlich ein anderer hätte sein müssen, wenn die Fracturen im Laufe des seit 1859 ausgesprochen vorhandenen Knochenleidens, im Jahre 1860 nach Eintritt etwa der Aufregung entstanden wären. Das Gegenstück bietet der Bericht des auswärtigen Arztes, nach dem die seit dem Jahre 1850 seelengestörte Frau im Pfründenspitale ihrer Heimat in einer Weise schonungslos misshandelt wurde, dass durch die Misshandlung sich die Anfälle ihrer Krankheit zu einer an Wuth grenzenden Heftigkeit steigerten.

Noch ein anderer Punkt, zu dem das eben angeführte Beispiel eine Art von Uebergang bildet, bedarf der Besprechung.

Hohe Grade von Osteomalacie beobachtet man, wie es scheint, in gut eingerichteten und geleiteten Anstalten nur selten, geringere dagegen kommen (wenigstens in Werneck) öfter vor, als ich vor Anstellung genauerer Untersuchungen vermuthet hatte. An den Rippen, die man deshalb bei jeder Section einer kleinen Probe unterziehen sollte, lassen sie sich in der Regel am leichtesten und raschesten nachweisen. Osteomalacie habe ich bei den verschiedensten Formen von Seelenstörung gefunden, bemühe mich seit längerer Zeit (wozu eine Anstalt relativ günstige Verhältnisse darbietet) aus der Vergleichung der von ihr Befallenen sowie der äusseren und innern Lebensbedingungen, unter deren Einfluss sie stehen, der Erkenntniss ihrer Entstehungsursachen näher zu kommen, bin aber bis jetzt zu keinerlei sicheren Resultaten gelangt.

Klar ist, dass erweichte Rippen weniger Widerstand zu leisten im Stande sind, als feste und elastische, und dass insofern Osteomalacie zu Rippenbrüchen disponirt. Ausser dem in diesem Abschnitte mitgetheilten Falle haben wir in Werneck noch drei Fälle von ziemlich weit vorgeschrittener Knochenerweichung beobachtet. Der eine ist in meiner zweiten Abhandlung über die Entstehung der Othämatoe (Zeitschrift für Psychiatrie, Bd XIX, H. 2) angeführt, die beiden andern kamen erst vor kurzem zur Obduction. Der erste der letzteren betraf einen „Paralytiker,“ der nahezu neun Jahre, der zweite eine periodisch tobsüchtige Kranke, die acht Jahre daselbst verpflegt worden war. Beide haben die Pflicht sorgfältiger Beaufsichtigung und weitgehender Geduld

von Seiten des Pflegepersonals sehr oft auf schwere Proben gestellt und wenn ich jetzt ausdrücklich hervorhebe, dass kein Rippenbruch gefunden wurde, so thue ich das vor Allem, um damit die Beschönigung, die in der Disposition gefunden werden könnte, auf das richtige Maass zurückzuführen. Die im II. Abschnitte erwähnten vierzehn Fracturen wurden allerdings bei einem osteomalacischen Kranken beobachtet, waren zum Theil noch frisch, die dreiundzwanzig dagegen bei einem Manne, der ganz normale Rippen hatte. Er war, bevor er in Werneck aufgenommen wurde, fünfzehn Jahre in einer und derselben Anstalt verpflegt worden. Ob die Brüche in dieser selbst oder vor der Aufnahme in sie entstanden waren, vermag ich, da die Anamnese sehr dürftig ist, nicht anzugeben. In Werneck hatte der Patient „freien Ausgang,“ starb schliesslich an Tuberculose der Lungen. Bei ihm waren aber nicht, wie in dem Dreissigfracturenfalle, die Rippen strichweise gebrochen, sondern ihre Brüche über den ganzen Brustkorb zerstreut, so dass der Schluss erlaubt ist, die einwirkende Gewalt sei zwar nicht so intensiv, dafür aber desto häufiger thätig gewesen.

IV.

Wie die Rippenbrüche entstehen? Im Wesentlichen nimmt die Untersuchung denselben Gang, wie die über die Entstehung der Ohrknorpelzertrümmerungen, mit denen jene auch das gemein haben, dass sie bei Weitem am häufigsten auf der Männerseite und unter den Männern am häufigsten bei den Paralytikern gefunden werden. Dass zuweilen beide Beschädigungen nebeneinander beobachtet wurden, habe ich ebenfalls bereits erwähnt.

1) Kranke können fallen, sich stossen u. s. w. Aber einfach im Zimmer oder im Freien auf gut gehaltenen Wegen bricht man, wenn man fällt, nicht so leicht seine gesunden, festen und elastischen Rippen, vorgeschrittene Knochenerweichung aber pflegt die Ruhe und das Lager aufzusuchen. Erst kürzlich hatten wir die in Werneck seltene Gelegenheit, einen seit sechsundzwanzig Jahren epileptischen Kranken zu obduciren. Ich rechne sehr mässig, bleibe unter der Wirklichkeit vielleicht um die Hälfte zurück, wenn ich sage, dass derselbe in dieser Zeit tausend Mal hingestürzt sei. Aber obgleich am Kopfe zahlreiche und nicht unbedeutende Narben sichtbar waren, so fand sich doch keine einzige Rippe beschädigt. In vielen Fällen schützen Hände und Kniee, Schultern und Hüften; auch pflegt die Gewalt bei einem einfachen Falle verhältnissmässig nicht sehr gross zu sein; ein Sturz aber

aus der Höhe würde vom Pflegepersonal nicht so leicht verschwiegen werden. Kranke, die schwach, gebrechlich, unsicher auf den Beinen sind, werden überdies geschützt, sollten es wenigstens werden. Dasselbe muss man für solche verlangen, die gewaltsam sich anstossen, anrennen, hinstürzen, obgleich mir nichts ferner liegt, als die Möglichkeit nicht zuzugeben, dass auch bei ihnen, selbst bei der treuesten Pflichterfüllung von Seiten des Pflegepersonals, unversehens hier und da ein Unglück eintreten kann. Mir ist ein Rippenbruch, in dieser Weise entstanden, noch nicht vorgekommen (vergl. übrigens die Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XX. S. 291), Krankengeschichte und Sectionsbefund müssten sich bei einem solchen ergänzen.

2) Kranke können von andern Kranken fortgeschleudert, hingeworfen, mit der Faust gestossen, mit den Füßen getreten werden. Es ist nicht nöthig, alle Möglichkeiten aufzusuchen. Ein Fall dieser Art wurde in Werneck beobachtet, Rippenbruch durch Schleuderung gegen eine Tischecke. Indessen so weit ich abermals entfernt bin, für eine solche Verletzung immer das Pflegepersonal verantwortlich machen zu wollen, so wird im Allgemeinen die Forderung dennoch aufrecht zu erhalten sein, dass dergleichen Ausschreitungen verhütet werden, dass also Kranke, welche in dieser oder anderer Weise gefährlich sind, unter ganz specieller Aufsicht sich befinden, beschwichtigt, abgelenkt, entfernt, isolirt werden, je nachdem, mit verständiger Accomodation an den besonderen Fall, nicht nach der Schablone, mit möglichst weit gehender Schonung gegen den Einzelnen, ohne Rücksichtslosigkeit gegen die Gesamtheit. In dieser Beziehung halte ich es für wichtig, in allen für aufgeregtere Kranken bestimmten gemeinschaftlichen Räumen mindestens zwei Wärter ständig anwesend sein zu lassen, (ich komme später noch einmal hierauf zurück), auch die Anordnung zu treffen, dass von jedem Excesse der oben bezeichneten Art sofort dem Arzte Mittheilung gemacht werde und dass dieser ohne Säumniss sowohl über den Hergang sich unterrichte, als auch den angegriffenen Kranken sorgfältig und wenn nöthig vom Kopf bis zum Fusse untersuche.

3) Kranke können vom Pflegepersonal misshandelt werden und durch solche Misshandlung auch Rippenbrüche erleiden. Es ist das traurig und man kann es in Abrede stellen, aber es ist so. Darin, glaube ich übrigens, werden alle erfahrenen Anstaltsärzte übereinstimmen, dass die meisten von Kranken ausgehenden Provocationen das Pflegepersonal treffen und dass das letztere mitunter schweren Reizungen ausgesetzt ist. Ich verliere kein Wort mehr hierüber. Eine Mittheilung

liegt mir vor, in der es heisst, der Wärter habe in leidenschaftlichster Aufregung dem am Boden liegenden Kranken durch einen Tritt mit seinem Stiefelabsatze eine Rippe eingestossen. Der Wärter wurde sofort entlassen und die Rippe heilte wie gewöhnlich leicht und gut. Von den Wärtern, welche an dem gleich zu Anfang dieser Abhandlung im Anschlusse an den von Colney Hatch erwähnten Falle (der Kranke starb in Folge seiner Rippenbrüche an Pyämie) theilhaftig waren, sagt sogar der wackere und zuverlässige Arzt, in dessen Anstalt das Unglück vorkam, wörtlich: die beiden zumeist Theilhaftigen sind, ich kann das verbürgen, milde Menschen, drei und vier Jahre in der Anstalt.

Wie hier zu helfen sei? Die Aufgabe ist eine schwierige und wird, was in der im grossen Ganzen sich gleichbleibenden Natur der Menschen und der an sie herantretenden Versuchungen liegt, für immer eine schwierige bleiben. Zunächst und vor Allem dürfen die Aerzte in ihren Bemühungen nicht nachlassen, das Pflegepersonal zu der erforderlichen Einsicht, Milde und Geschicklichkeit heranzubilden, und, da auch der Lohn, den dieses empfängt und auf den es mit Recht Anspruch hat, ein wesentlicher Factor seiner Güte ist (ich rede von der Mehrzahl), dafür zu sorgen, dass derselbe ein der Tüchtigkeit, der Mühe und der Aufopferung möglichst entsprechender sei. In dieser Richtung habe ich, obgleich erfahrungsgemäss Schwierigkeiten und Misslichkeiten anderer Art sich einzustellen pflegen, niemals die Hülfe unterschätzt, die einer Anstalt zu Theil wird, welche durch die Ermöglichung einer Familiengründung für einen grösseren oder kleineren Theil des Pflegepersonals dieses mit sich und der Erfüllung der ihr gestellten Aufgabe möglichst eng verknüpft. Dass ausserdem die Pflegekräfte nach ihrer besonderen Art passend vertheilt, den tüchtigsten und erfahrensten die schwierigsten Kranken anvertraut werden, überall im Kleinen wie im Grossen die nachhelfende Fürsorge des Arztes, so wie eine umsichtige und eingehende Controle sich geltend mache, versteht sich von selbst.

Aber so wichtig diese Seite der ärztlichen Bemühungen ist, die gestellten Aufgaben (es handelt sich nicht mehr allein um die Verhütung von Rippenbrüchen) zu lösen, eine andere ist ebenfalls von weittragender Bedeutung und diese besteht in der Sorge, dass für das Pflegepersonal so viel als nur immer bewirkt werden kann, die Versuchungen zur Gewaltanwendung aus dem Wege geräumt werden.

Es geschieht dieses durch Anstellung einer vollauf genügenden Anzahl von Pflegern und Pflegerinnen zur gegenseitigen besseren

Aushilfe und ergiebigeren Selbstcontrole. Dahin rechne ich auch wieder die Gegenwart von mindestens zwei Wärtern in den Räumen, die für das Zusammensein einer etwas grösseren Zahl von mehr oder weniger leicht erregbaren Kranken bestimmt sind. Es geschieht dieses ferner durch die Anordnung, dass das Pflegepersonal nie ohne die dringendste Noth einen Kranken durch Handanlegung zu etwas zwingen, stets vielmehr in solchem Falle den Arzt rufen, ihn aber auch rufen, wenn, ohne dass gewartet werden konnte, Hand angelegt werden musste. Hierher gehört die Verbannung des mechanischen Zwanges und die Pflege der „positiven Seite“ des No-restraint-Systems mit seiner segensreichen und beruhigenden Rückwirkung auf das ganze Haus, hierher gehört aber auch, denn bei der grössten Verehrung für Conolly lässt sich nicht in Abrede stellen, dass sein Eifer für das Gute in einzelnen Darstellungen über die Wirklichkeit hinaus geht, die jeden einzelnen Kranken im Auge behaltende vorbeugende ärztliche Einwirkung, eventuell die rechtzeitige Gewährung von Schutz für die andern Kranken und das Pflegepersonal in dieser oder jener Weise, wie es der Fall eben mit sich bringt. Für Kranke, die isolirt und doch dabei unter Aufsicht gehalten werden müssen, habe ich, wenn man von ihrer Neigung zu Gewaltthätigkeiten Konflikte mit dem Pflegepersonal zu fürchten hat, in dem oben citirten „Tagesberichte“ Zimmer vorgeschlagen, die, durch eine durchsichtige Zwischenwand geschieden, einen gesicherten Vorraum für den Wärter darbieten, von dem aus neben der Aufsicht auch der grösste Theil der Pflege besorgt werden kann.

Ich resümiere: je intelligenter, erfahrener, aufmerksamer, geschickter und milder das Pflegepersonal, je gesicherter seine Existenz und je gebundener diese an die Anstalt, je umfassender die Controle, je umsichtiger und eingehender die Sorge der Aerzte um die richtige Behandlung jedes einzelnen Kranken und die Beseitigung der Versuchungen für das Pflegepersonal ist, desto weniger werden Spuren von Gewaltthätigkeit, desto weniger auch Rippenbrüche und Ohrknorpelzerquetschungen zur Beobachtung kommen.
