

Pflegeanstalten bei Aufnahme des Patienten dortselbst; 3. an öffentliche Gesundheitsämter, gesundheitliche Fürsorgestellen und ähnliche Einrichtungen zur ärztlichen Versorgung (Entscheidung und Durchführung); 4. an die Versicherungsträger zur Entscheidung über ärztliche Versorgung und für deren Durchführung. Gegenüber Gericht und Staatsanwaltschaft desgl. gegenüber sonstigen Behörden und Dienststellen zu anderen als den obengenannten Zwecken ist die Herausgabe einer Krankengeschichte regelmäßig von dem Nachweis des Einverständnisses des Patienten abhängig zu machen, wenn nicht der Sonderfall des Vorliegens höherer sittlicher Pflichten einen Verzicht darauf gestattet. Hierüber entscheidet allein der behandelnde Arzt nach pflichtmäßigem Ermessen. Das Einverständnis ist nicht zuletzt auch bei Rentenverfahren der Reichsversicherungsordnung, des Versorgungsgesetzes usw. darzutun. Vgl. dazu das Reichsgesetz vom 17. III. 1928 (Reichsgesetzblatt I, 63, 71): „Öffentliche Anstalten und Anstalten öffentlich-rechtlicher Körperschaften müssen den Versorgungsbehörden auf Verlangen die bei ihnen geführten Krankenpapiere zur Einsichtnahme überlassen, wenn der Versorgungsberechtigte damit einverstanden ist (§ 75 Abs. 1, Satz 3 des Versorgungsverfahrensgesetzes). Bei einem verstorbenen Patienten dürfen durch die Herausgabe der Krankengeschichte nicht wesentliche und berechnete Interessen, wie Ruf und Ansehen, sei es des Verstorbenen, sei es Lebender, gefährdet werden. Der Nachweis des Einverständnisses Dritter — etwa der Familie — kommt nicht in Frage. Die Krankenpapiere sind kein Beweismittel im Sinne der Strafprozeßordnung (§ 94); sie unterliegen somit nicht der Beschlagnahme.“

Lochte (Göttingen).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Hirsch, S.: Über die Grenzen medizinischer Sachverständigentätigkeit im Rahmen der Reichsversicherungsordnung und des Reichsversorgungsgesetzes. Klin. Wschr. 1928 II, 1651—1655.

Verf. knüpft an die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten und die dazu erlassenen „Richtlinien“ an und zeigt an Beispielen, daß diese Art der Gesetzgebung, die die genaue Fixierung der Folgen gewerblicher Einflüsse der Rechtsprechung überläßt, eine Rechtsunsicherheit bedinge, die auch die Tätigkeit des ärztlichen Sachverständigen berühre. Während der eine Senat den Richtlinien keinerlei rechtlich bindende Kraft zuspricht, unterliegen nach dem Urteil eines anderen Senates nur die in der Verordnung ausdrücklich genannten Krankheiten der Unfallversicherung. Hirsch bezweifelt, ob der gewählte Weg der richtige ist, den Arbeiter gegen gewerbliche Vergiftungen zu schützen, da er an den Sachverständigen Anforderungen stellt, die dieser nur in einem Bruchteil der Fälle erfüllen kann. Er fragt z. B. hinsichtlich der Bleivergiftung, ist Bleikolorit, Bleisaum und Blutbild im Einzelfall als Zeichen der Aufnahme, der Einwirkung oder als Zeichen der „Vergiftung“ zu werten? Folgerichtig lehnt er auch die Forderung ab, der bekannten Entscheidung des RVA. vom 24. IX. 1926 als allgemeinem wissenschaftlichen Grundsatz rechtsverbindliche Kraft zu verleihen, was ja bekanntlich das RVA. in seiner Begründung zu dieser Entscheidung selbst abgelehnt hat. Der medizinische Sachverständige, dem die Vielheit und Mannigfaltigkeit des biologischen Geschehens gegenwärtig ist, wird bei der Beurteilung des Einzelfalles jede Begrenzung auf naturwissenschaftlich-ärztlichem Gebiet als störend und unsachlich empfinden.

Giese (Jena).

● **Gore, John K.: A world's war against disease.** (Ein Weltkrieg gegen Krankheit.) New York: Assoc. of Life Insurance 1927. 58 S.

Die Vereinigung der Präsidenten der Lebensversicherungsgesellschaften Amerikas läßt jedes Jahr auch über ein Thema der Gesundheitspflege einen Vortrag halten, deren Förderung sie als eine ihrer Aufgaben offiziell erklärt hat. Der vorliegende Vortrag ist eine Darstellung der Sterblichkeitsverhältnisse in 32 Staaten der Welt in statistischen Tabellen und Kurven. Verglichen sind die Jahre 1901—1905, 1911—1915, 1921—1925 im allgemeinen und im besonderen bezüglich der wichtigsten Todesursachen. Die außerordentlich interessanten Ergebnisse — für die ansteckenden Krankheiten überall außer für Influenza

ein starker Rückgang (in Spanien z. B. für Masern 1901/1905—1921/1925 um 256%), für Krebs eine Zunahme von +3—58%, für Diabetes von +1—10%, für Herzkrankheiten mit wenig Ausnahmen von +6—46% — sind im einzelnen aufgeführt. (Die Vereinigung dürfte auf Wunsch Sonderabzug übersenden.) — Als Ursache der wesentlichen Besserung ist u. a. auch, und mit Recht, für Amerika die Arbeit halböffentlicher Korporationen, darunter besonders der Lebensversicherung mit ihrer gesundheitlichen Aufklärung und periodischen Gesundheitsberatung durch den Arzt hervorgehoben. *Neustätter* (Berlin).^o

Fränkel, Fritz: Zur Psychologie des ärztlichen Gutachtens. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 110, H. 2, S. 223—234. 1927.

Fränkel weist eindringlich auf gewisse Mißstände in der Unfallbegutachtung hin. Sie entspringen der von Einseitigkeiten und Vorurteilen getragenen Tendenz, die sich als „Krieg den Neurosen“ kennzeichnen läßt. Gewisse Dogmen hindern eine sachliche Beurteilung der Unfallneurosen: Die isolierte Wertung von Partialdefekten ohne Berücksichtigung der Rückwirkung der Einzeldefekte auf den ganzen Menschen; die Meinung, daß nur der psychopathisch Veranlagte neurotisch erkranken könne, daß die Abbiegung ins Neurotische notwendig „Wesenseigentümlichkeit“ und daß der Krankheitsverlauf Schicksal sei, die Rede von den Vorteilen der Neurose, die Minderbewertung der psychisch „funktionellen“ gegenüber den organischen Störungen usw. F.s Ausführungen mögen in der Bewertung des Exogenen mehrfach über das Ziel hinausschießen, sie sind jedoch grundsätzlich wichtig, da sie in der gegenwärtigen erneuten Diskussion der Unfallfrage zu nochmaliger gründlicher Prüfung der vielfach gültigen Grundsätze anregen und als Warnung vor der verbreiteten Neigung zum schnellfertigen Schematisieren in der Begutachtungstätigkeit wirksam werden können.

Storch (Gießen).^o

Enke, Willi: „Amtliche“ Ermittlungen über die Arbeitsfähigkeit von Rentenempfängern; ihr diagnostischer und gutachtlicher Wert. (*Univ.-Nervenklin., Marburg.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 113, H. 1/2, S. 228—238. 1928.

Einen instruktiven Fall, der die Unzulänglichkeit der gewöhnlichen Ermittlungen bei Renten neurotikern erweist, konnte Verf. beobachten: Ein Mann, der seit dem Jahre 1909 Vollrente und Hilflosenzulage empfängt, dem außerdem außerordentlich viel Stärkungsmittel usw. verordnet wurden, wird bei wiederholten amtlichen Ermittlungen als weiterhin völlig hilflos bezeichnet. Sorgfältige Erkundigungen und unauffällige Beobachtungen eines an Ort und Stelle hingeschickten Revisionsbeamten ergeben aber, daß der Mann arbeitet, einige Wege macht, daß auch die psychischen Störungen nur fingiert sind. Diese Feststellungen wurden durch klinische Beobachtung erhärtet, so daß die Diagnose Simulation gerechtfertigt ist. Es wird danach die Beaufsichtigung der Rentenempfänger durch neutrale und geschulte Personen, die dem Rentenempfänger nicht bekannt sein dürfen und von deren Anwesenheit er nichts wissen darf, gefordert.

F. Stern (Kassel).

Brisard: A propos de la communication de M. Balthazard sur le barème des infirmités multiples. (Zur Mitteilung von Balthazard über die Entschädigung bei mehrfachen Verletzungen.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. II. 1928.*) Ann. de méd. lég. Jg. 8, Nr. 3, S. 138—144. 1928.

(Vgl. dies. Zeitschr. 11, 217.) Die von Balthazard zur Berechnung der Entschädigung bei mehrfachen Verletzungen aufgestellten Formeln sind grundsätzlich wegleitend. Es ergibt sich jedoch aus der klinischen Beobachtung heraus die Notwendigkeit einiger Ergänzungen, so bei den Verletzungen der oberen Extremität zur Prüfung der jeweiligen Funktionseinschränkung, abhängig von dem Betroffenen werden einzelner Glieder, bei den Verletzungen der unteren Extremitäten zur richtigen Beurteilung der differentiellen Verkürzungen und der tatsächlichen Ausgleichsmöglichkeit durch Apparate. *Schönberg* (Basel).

● **Ziemke, Ernst: Der Begriff der Erwerbsunfähigkeit in der sozialen Medizin.** Berlin: Julius Springer 1928. 24 S. RM. 0.60.

Verf. definiert zunächst in außerordentlich klarer Weise den Begriff der Erwerbsfähigkeit (bzw. Erwerbsunfähigkeit), der sich aus den beiden Komponenten: Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit) und Verwertbarkeit (Nichtverwertbarkeit) der Arbeit zum Erwerbe zusammensetzt. Die Nichtverwertbarkeit der Arbeit zum Er-

werbe wird scharf von dem für den medizinischen Gutachter irrelevanten Begriff der mangelnden Arbeitsgelegenheit abgegrenzt. Verf. geht dann weiter auf die Unterschiede in der Auslegung des Begriffs der Erwerbsunfähigkeit in den vier Versicherungszweigen und auf die sich daraus ergebenden Gesichtspunkte für die ärztliche Beurteilung ein. Bezüglich der Einzelheiten muß auf die Schrift selbst verwiesen werden. Hervorgehoben sei nur noch, daß der Verf. sich auch eingehend mit dem Begriff „körperliches und geistiges Gebrechen“ befaßt, der für die Weitergewährung von Waisenrenten und Kinderzulagen in die Invalidenversicherung neu eingeführt worden ist. Das Studium der Schrift ist nicht nur den öfter gutachtlich tätigen Ärzten, sondern auch den Praktikern, die die ersten Zeugnisse auszustellen pflegen und den werdenden Ärzten, insbesondere den Medizinalpraktikanten angelegentlich zu empfehlen.

B. Mueller (Frankfurt a. M.).

● **Peysers und Maué: Gewerbliche Ohrenschädigungen und ihre Verhütung.** Beih. z. Zentralbl. f. Gewerbehyg. u. Unfallverhüt. H. 8, S. 1—39. 1928. RM. 2.40.

Vortr. zählt kurz diejenigen Affektionen des äußeren, mittleren und inneren Ohres auf, welche Vorbeugungs-, Schutz- und Entschädigungsmaßnahmen über den Rahmen der bekannten Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 12. V. 1925 hinaus als erwünscht erscheinen lassen. Dabei widmet er der von ihm besonders studierten „Einwärtsziehung“ des Trommelfells infolge akustisch veranlaßten Tensorkrampfes, der Frage von Schädigungen durch Dienst am Telefon — dessen Einwirkung nach Peysers Erfahrung nie zur Berufsschwerhörigkeit, sondern nur zu nervösen Störungen führt — sowie den Ursachen der Schwerhörigkeit in den modernen Nietbetrieben eingehende Aufmerksamkeit. In einer groß angelegten und übersichtlichen Tabelle werden die schädigenden Einflüsse und ihre Wirkungen berufsweise zusammengestellt. Am Schluß stellt er 4 Fragen auf, die von einer Arbeitsgemeinschaft von Gewerbehygienikern, Ohrenärzten, Ingenieuren, Versicherungs- und Fürsorgevertretern zu klären seien: 1. Disposition oder Schutz seitens des Mittelohres gegen Lärmschäden, 2. Erfassung und Heilung der Anfangsstadien, 3. praktische Rolle der Arten der Schallzuleitung, 4. die für Betrieb und den einzelnen zweckmäßigsten Vorbeugungsmethoden. Der Korreferent gibt eingehende, nicht kurz referierbare Anleitungen zur praktischen Ausführung. Leitfäden sind dabei: Schutz des einzelnen, Schutz der Nachbarschaft. Der Lärmschutz greift bisher wirksamer an Arbeit und Maschinen als an dem Arbeitenden an. Luftschall mildern am besten Stoffe von hohem spezifischen Gewicht und kleiner Schallgeschwindigkeit, Bodenschall solche von reziprokem Verhalten. Außer den Stoffen kommen die baulich technischen Maßnahmen (z. B. Verringerung der Erschütterungen durch sog. Massenausgleichsapparate) in Frage.

Klestadt (Breslau).

Peysers: Die Einbeziehung gewerblicher Lärmschwerhörigkeit in die Sozialversicherung und ihre Erfassung durch Technik und Gewerbehygiene. (7. Jahresvers. d. Ges. Dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, Wien, Sitzg. v. 2.—4. VI. 1927.) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 18, H. 2/4, Kongreßber., II. Tl., S. 397—406. 1928.

Die zuständigen Ausschüsse des Reichswirtschaftsrates unterhandelten unter Hinzuziehung von Peysers und Muck über die Einbeziehung der Lärmtaubheit in die Reichsversicherungsordnung. Ärztlicherseits wurde gefordert, auch die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit der Taubheit gleich zu werten. Diese Taubheit müsse hinsichtlich der Entschädigungshöhe verschieden eingeschätzt werden je nach Einzelheiten des Falles: Gewöhnung, Möglichkeit andersartiger Betätigung, Arbeitsangebot und Konkurrenzkampf. Unter dem 50. Jahre lohne sich eine Abfindung, später laufende Rente vorzuziehen. Komplikationen, wie Ohrensausen und Gleichgewichtsstörungen, nicht gerade selten, erhöhen den Grad der Arbeitsfähigkeit. Keinerlei Einschätzungswert kommt der Dauer der Arbeit im lärmenden Betrieb zu. Bemerkenswert ist, daß Mittelohrtaubheit keine Aussicht auf Invalidenrente gewährt, da nicht $\frac{2}{3}$ E.B. nach § 1255 RVO. anerkannt zu werden pflegt. Es wäre eine Ungerechtigkeit jenseits des 55. Lebensjahres nicht entschädigen zu wollen, denn in keinem anderen als in lärmenden Betrieben wird auch bei alten Arbeitern ein solch hoher Hundertsatz Gehörsschädigung gefunden. Erstrebenswert sind Übergangsrenten für leichte Fälle bei zur Berufsschädigung disponierten Individuen, die so vor weiterem Nachteil bewahrt werden können. P. berichtet dann über Fortschritte in Beseitigung des Betriebslärmens, die vorerst hinsichtlich des Preßlufthammers bzw. des Nietens aussichtsvoll erscheinen. Ferner ist der Zusammen-

tritt aller Art interessierter Fachleute und Verwaltungsbeamter zu einer „Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung gewerblicher Lärmschwerhörigkeit“ in kürzester Zeit zu erwarten.

Dimitz, Ludwig: Über den Zusammenhang der multiplen Sklerose mit Schwangerschaft, Unfällen und Kriegsdienstleistung. Beitr. z. gerichtl. Med. Bd. 8, S. 186 bis 204. 1928.

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen multipler Sklerose mit vorausgegangenen Unfällen oder der Kriegsdienstleistung begegnet deswegen Schwierigkeiten, weil die Ätiologie der multiplen Sklerose noch ungeklärt ist. Die Theorie der endogenen Entstehung könnte nur im Sinne eines Auslösungs- oder Verschlechterungsfaktors in Betracht kommen. Klinische Erfahrungen, histologische Untersuchung und Tierversuche weisen auf eine exogene Ursache hin. Unter den traumatisch bedingten organischen Nervenerkrankungen findet sich die multiple Sklerose sehr selten. Es werden 8—12% traumatischer Entstehung angegeben. Wenn auch eine direkte traumatische Entstehung sehr unwahrscheinlich ist, so ist doch nicht auszuschließen, daß ein Trauma das latent vorhandene oder bereits bestehende Leiden manifest machen oder verschlechtern kann. Ob ein Unfall als auslösendes Moment in Frage kommt oder die Folge eines noch nicht erkannten Initialsymptoms darstellt, ist oft schwer zu entscheiden. Jedenfalls nimmt es Wunder, wie selten im Zusammenhang mit Verletzungen die multiple Sklerose bei der im Kriege gegebenen häufigen Gelegenheit zu Verletzungen aufgetreten ist. Eine Zunahme der multiplen Sklerose gegenüber der Vorkriegszeit ist nicht erwiesen, indessen wird angenommen, daß Kriegsstrapazen und Überanstrengungen das Leiden verschlimmern können; es wird auch behauptet, daß das Leiden unter dem Einfluß der Kriegsstrapazen einen ungewöhnlich raschen Verlauf genommen hat. Den körperlichen Anstrengungen des Krieges ist daher die Bedeutung eines provozierenden oder verschlimmernden Momentes nicht abzuspüren. Auch auf toxische Momente, Alkohol, Kohlenoxydgas, Blei, Mangan, Quecksilber, Zinn, Zink, wird vielfach Gewicht gelegt, wobei allerdings zu beachten ist, daß im Anschluß an Vergiftungen sehr ähnliche Zustandsbilder auftreten können. Unter den ätiologischen Momenten werden noch der elektrische Strom und der Blitzschlag, thermische Einwirkungen, namentlich Erkältungen und Durchnässungen, Überhitzungen und psychische Traumen, plötzliche Schreck- und Angstwirkungen sowie Infektionskrankheiten erwähnt. Im Verhältnis zu dem häufigen Vorkommen von Infektionskrankheiten ist aber ein Zusammentreffen der multiplen Sklerose mit Infektionskrankheiten nur in ziemlich geringem Prozentsatz nachweisbar, ein direkter ursächlicher Zusammenhang daher unwahrscheinlich. Provozierend oder verschlimmernd muß aber eine Infektionskrankheit in der Anamnese berücksichtigt werden. Welche Zeitspanne für die Annahme eines Kausalnexuses noch gelten kann, ist schwer zu bestimmen; die ersten Erscheinungen können nach Tagen, Wochen und Monaten auftreten. Welcher Zeitpunkt als äußerste Grenze anzusehen ist, läßt sich deswegen schwer feststellen, weil die multiple Sklerose außerordentlich lange latent bleiben kann. Mit der Syphilis hat die multiple Sklerose keinen Zusammenhang, natürlich können aber Syphilitiker auch einmal an multipler Sklerose erkranken. Ein Zusammenhang der multiplen Sklerose mit der Grippe wird von Siemerling und Raecke für möglich gehalten, was den Gedanken nahegelegt hat, die multiple Sklerose sei eine einheitliche infektiöse Erkrankung. Diese Überzeugung hat in letzter Zeit noch weiter an Boden gewonnen. Der Mangel einer Übertragbarkeit der Krankheit von Mensch zu Mensch spricht nicht gegen diese Annahme. Siemerling hat in einem Krankheitsfall 2 Stunden nach dem Tode in der Gehirnrinde noch lebende Spirochäten gefunden, und auch von anderen Forschern wurden Spirochäten beobachtet. Die Wahrscheinlichkeit, daß die multiple Sklerose eine Infektionskrankheit ist, ist daher eine sehr große. Die Latenzzeit kann anscheinend eine lange, wenn auch nicht die Dauer von Jahren erreichende sein. Die Beobachtung, daß bei multipler Sklerose oft eine umfangreiche Zahncaries besteht, legt die Möglichkeit nahe, daß zwischen

dieser und der Nervenkrankheit ein Zusammenhang besteht. Auch an Insekten hat man gedacht; Steiner konnte in 85 Fällen feststellen, daß die Kranken 43mal von Zecken befallen waren. Ebenso hat man an eine Infektion von den Siebbeinzellen aus gedacht. Wenn man den Standpunkt vertritt, daß die multiple Sklerose eine Infektionskrankheit ist, so muß man mit der Möglichkeit ihres Zusammenhangs mit dem Kriegsdienst rechnen. Man wird die Kausalität bei Kriegsteilnehmern davon abhängig machen, daß der Erkrankte vor seiner Dienstzeit keinerlei „Mahnsymptome“ aufwies, Krankheitserscheinungen, die dem vollen Ausbruch des Leidens oft lange vorausseilen können, wenig ausgeprägt und flüchtig sind und den Kranken meist nicht zum Arzt führen. Unter diesen Frühsymptomen nehmen Opticusaffektionen den ersten Platz ein, auch leichtere vorübergehende Blasenstörungen, Parästhesien, einseitige Tastlähmungen, kurzdauernde Unsicherheit beim Gehen oder der Arme bei Beschäftigung, Schwindelanfälle, Zittererscheinungen, Auftreten von Doppelbildern, jahrelang voraus-eilende körperliche Ermüdbarkeit, flüchtige Lähmungen, hysteriforme Symptome sind zu beachten. Der verhängnisvolle Einfluß der Generationsvorgänge auf den Verlauf der multiplen Sklerose ist bekannt, sie kommen als auslösendes Moment, aber nicht ursächlich in Betracht. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett können Entstehung und Verlauf des Leidens ungünstig beeinflussen, bilden daher eine Gefahr für Frauen mit multipler Sklerose. Die Schwangerschaftsunterbrechung in solchen Fällen ist also als eine berechtigte Indikation anzusehen. Bonhöffer weist auf die Gefahr einer dauernden Verschlimmerung hin.

Ziemke (Kiel).

Duvoir, M.: Le coefficient professionnel en expertise d'accident du travail et en expertise d'accident de droit commun. (Der Berufskoeffizient bei der Arbeitsunfallbegutachtung und bei einem Unfälle nach gemeinem Rechte.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 12. III. 1928.*) Ann. de méd. lég. Jg. 8, Nr. 4, S. 179—188. 1928.

Duvoir erörtert zunächst die Aufgabe des Sachverständigen bei der Abschätzung der Erwerbseinbuße in Prozenten nach den französischen Gesetzen bzw. den bisher vorliegenden gerichtlichen Entscheidungen und kommt dann auf die spezielle Frage zu sprechen, inwiefern der Beruf des Verletzten bei dieser Abschätzung zu berücksichtigen sei. Hier sei nun ein Unterschied zu machen zwischen der Entschädigung nach dem Gesetze über die Betriebs-(Arbeits-) Unfälle, und zwar speziell nach dem Gesetzesvorschlage vom 20. und 21. Dezember 1927 welcher die Berücksichtigung des speziellen Berufes bei der Abschätzung wenigstens theoretisch ausschließt, und der Schadensersatzpflicht nach dem gewöhnlichen Rechte. In letzterem könne die Berücksichtigung des Berufes des Verletzten geradezu den ersten Platz einnehmen. So könne der Verlust einer Phalange des Kleinfingers für einen Violinisten ein absolutes Berufshindernis bedeuten, während derselbe Mann noch viele andere Berufe ausüben könne und der gleiche Verlust für einen Arbeiter im Betriebe sehr bedeutungslos sein kann. Als Beispiel führt D. den von Bryon, Kriss und Savariand begutachteten Fall einer Tänzerin an, welcher das Gericht eine Entschädigung von 150000 Franken zusprach für einen Unfall am Fuße, der als Betriebsunfall höchstens mit 7% entschädigt worden wäre. Auch in anderen Fällen müsse, ohne daß man generalisieren dürfe, der spezielle Beruf und der Grad der Invalidität (coefficient d'infirmité) als ein wichtiges Element des pretium doloris beachtet werden. Es sei also für den (französischen) Sachverständigen ein essentieller Unterschied bezüglich der Berücksichtigung des Berufes zu machen, je nachdem es sich um einen Arbeitsunfall im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes oder um eine Entschädigungsklage nach gewöhnlichem Zivilrecht handle.

Kalmus (Prag).

Reuter, F.: Tod infolge Unfallvergiftung oder Berufskrankheit? Beitr. z. gerichtl. Med. Bd. 8, S. 1—9. 1928.

Die Abgrenzung der Vergiftung durch Unfall von jener durch gewerbliche Erkrankungen ist schwierig und die Abgrenzung in den verschiedenen Ländern verschieden. Nach dem Schweizer Gesetz werden alle akuten und chronischen beruflichen Vergiftungen den Unfallschäden gleichgesetzt; in Frankreich sind nur die durch Blei und Quecksilber gesetzten Gesundheitsbeschädigungen versichert. In Deutschland sind nur die in einem besonderen Verzeichnis aufgezählten Berufskrankheiten einbezogen und nur diejenigen Arbeiter entschädigungsberechtigt, die im Betriebe regelmäßig der Einwirkung der aufgeführten Stoffe ausgesetzt waren. In Österreich ist erst seit 1927 die berufliche Schädigung durch eine chronische Vergiftung gesetzlich geschützt; einer besonderen Verordnung ist es vorbehalten, die Berufskrankheiten zu nennen, die den Arbeitsunfällen gleichzusetzen sind. Verf. legt an einem von ihm begutachteten Fall die Schwierigkeiten der Abgrenzung des Begriffes der Unfallvergiftung von dem der beruflichen Erkrankung durch Gift dar. Es handelte sich um die Feststellung, ob der

im Dezember 1910 eingetretene Tod an Urämie infolge chronischer Schrumpfniere die Folge einer schweren Quecksilbervergiftung infolge Beschäftigung beim Feuervergolden gewesen war. Es wird dargetan, daß die Schrumpfniere nicht auf die Quecksilbervergiftung, sondern auf eine chronische Bleivergiftung zurückzuführen war, daß aber nach den pathologisch-anatomischen, toxikologischen und klinischen Erfahrungen auf der Basis der bereits bestehenden chronischen Schrumpfniere unter dem Einfluß der beim Feuervergolden eingeatmeten Quecksilberdämpfe eine akute Nephritis sich entwickelt habe; der Anfall von Krämpfen und Bewußtlosigkeit, der in 24 Stunden zum Tode geführt hatte, sei zwar nicht direkt durch die bei der Berufstätigkeit eingeatmeten Quecksilberdämpfe ausgelöst, doch sei der Todeseintritt durch die Quecksilbervergiftung beschleunigt worden.

Verf. tritt der Forderung bei, daß das Feuervergolden behördlich verboten werden sollte, da die empfohlenen Schutzmaßnahmen nur einen ungenügenden Schutz gewährleiten. Vom Standpunkt der sozialen Gesetzgebung müsse jeder Arbeiter, der sich solcher Arbeit aussetze, die Gewähr haben, daß ihm für eine durch diese berufliche Tätigkeit gesetzte Schädigung Ersatz gebühre, wenn er erkrankte oder erwerbsunfähig werde. Das Gericht wies übrigens die Klage ab, weil der Tod nicht direkt auf die Quecksilbervergiftung zurückzuführen war.

Ziemke (Kiel).

Mendel, Kurt: Betr.: Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1925. (Reichsgesetzbl. I, S. 69.) Nach einem Gutachten. Med. Klinik Jg. 24, Nr. 9, S. 345—346. 1928.

Mendel berichtet über einen 38jährigen früheren Schlosser, der im Frühjahr 1927 3 Monate lang als Mischer in einer Akkumulatorenfabrik tätig war. Er erkrankte dann mit leichten Verdauungsstörungen, die, da ein Bleisaum nachweisbar war, offenbar mit Recht im Sinne einer leichten Bleivergiftung gedeutet wurden; es wurde ärztlicherseits auch der Verdacht ausgesprochen, daß eine Hirnschädigung durch Blei eingetreten sein könne. Seitdem hat der Mann nicht mehr gearbeitet. Bei der Untersuchung zur Begutachtung fand M. keinerlei sichere Zeichen einer Bleivergiftung mehr; der Ernährungszustand war durchaus gut. Das Verhalten war mürrisch, nörglig, reizbar, widerspenstig und „so frech, daß ihm gedroht werden mußte, gewaltsam aus der Wohnung entfernt zu werden“.

Sicher mit vollem Recht macht der Gutachter darauf aufmerksam, daß also das neue Gesetz über die Ausdehnung der Unfallversicherung auch auf die Gewerbekrankheiten schon jetzt anfangs, die gleichen unerfreulichen und bedauerlichen psychischen Reaktionen im Rentenkampf hervorzurufen, wie wir sie vom Unfallversicherungsgesetz her kennen.

Stier (Charlottenburg).

Liniger, H.: Private und soziale Unfallversicherung. Mschr. ung. Mediziner 2, 240—244 (1928).

Liniger zieht eine Parallele zwischen der privaten und sozialen Unfallversicherung. Das Heilverfahren ist in der privaten Unfallversicherung oft viel schlechter als bei den Berufsgenossenschaften. Der Arzt wird oft nur gebraucht, um besonders hohe Tagelöhner zu bescheinigen. Massagen durch Angehörige sind an der Tagesordnung. Für die Festsetzung des Grades der dauernden Invalidität besteht in der Privatunfallversicherung eine besondere Gliedertaxe, die andere Prozentsätze enthält wie die staatliche Unfallversicherung. Wichtig ist, daß in der Privatversicherung auch Entschädigungen unter 10% gewährt werden müssen, ja sogar manchmal Sätze, die unter 1% liegen. Fast alle Privatunfallversicherungen sind heute mit Kapitalabfindung abgeschlossen. In der sozialen Unfallversicherung sind Abfindungen in der Regel nur bis 25% möglich. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen entscheidet in der Privatunfallversicherung die Ärztekommision. Das ist eine ausgezeichnete Einrichtung. Der Jurist ist ausgeschaltet und der Arzt in den Vordergrund gestellt. Man vergleiche damit den langwierigen Weg an Oberversicherungsämter und R.V.A. L. machte die Beobachtung, daß in der Privatunfallversicherung die Verletzten in vielen Fällen hohe Kriegsrenten bezogen; sie waren aber nach ihrer Angabe vollkommen gesund und arbeitsfähig, und das wurde durch Arztatteste belegt. Die Neurose spielt in diesen Fällen eine große Rolle. Sie ist eine direkte Schwindelkrankheit. L. beleuchtet das an der Hand der Bißverletzungen. In der Privatunfallversicherung kommen die Verletzten sofort in schärfste Kontrolle. Fast regelmäßig läßt sich der Beweis erbringen, daß der Zusammenhang des Leidens, z. B. einer Knochen- oder Gelenkstuberkulose, einer bösartigen Geschwulst mit dem meist viel zu spät angeschuldigten Unfall nichts zu tun hat.

Lochte (Göttingen).

Vidakovits, C.: Der Hufschlag als Unfall. (Chir. Klin., Univ. Szeged.) Mschr. ung. Mediziner 2, 273—275 (1928).

In der ungarischen Tiefebene kommt der Hufschlag infolge der landwirtschaftlichen

Tätigkeit der Bewohner als häufiger Betriebsunfall vor. Infolge des sandigen Bodens und des dadurch unnötigen Beschlagens der Pferde sind die Verletzungen günstigerer Natur; ferner auch dadurch, daß Tetanus aus dem gleichen Grunde fast unbekannt ist. Unvorsichtigkeit ist die Hauptursache. Kopfverletzungen entstehen durch Annäherung an das Pferd von hinten. Unter 26 Fällen fanden sich 18 Kopfverletzungen. In 6 Fällen Extremitätenverletzungen, dabei 2mal schwere Osteomyelitis des Schenkelbeines nach 6 und 14 Tagen, 1mal eine tuberkulöse Kniegelenksentzündung, 1½ Monate nach dem Schläge entstanden; 1mal eine Zerreißung der Niere nach einem Hufschlag auf die Lumbalgegend, in einem weiteren Falle eine Zerreißung des Querkolons nach einem Hufschlag in die Magengegend: Obwohl die Leibeshöhle mit sehr übelriechendem Darminhalt und Blut gefüllt war, führte die 2 Stunden nach der Verletzung ausgeführte Operation dennoch zur völligen Heilung, möglicherweise durch Spülung mit Rivanol und gleichzeitiger Anwendung des Wellcomeschen Anti-Gas-Gangrän-Serum B. Welchii. Der Umstand, daß die meisten Hufschlagverletzungen durch Unvorsichtigkeit erfolgen, ist bei den Unfallansprüchen in Betracht zu ziehen.

Spiecker (Beuthen).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung wegen der Folgen einer Gasvergiftung abgelehnt. Med. Klinik Jg. 24, Nr. 21, S. 821—824. 1928.

Mitteilung eines Gutachtens in einer Versorgungssache, in der die geklagten Magenbeschwerden als Folgen einer Gasvergiftung in breiter Weise kritisch beleuchtet werden und eine Dienstbeschädigung abgelehnt wird. Es handelt sich um einen der vielen Fälle, in denen eine im Felde erlittene Gasvergiftung für alle möglichen später auftretenden Beschwerden verantwortlich gemacht und von den Vertretern des Kriegsteilnehmers gewöhnlich die Gründe für einen Kausalzusammenhang an den Haaren herbeigezogen werden. Der Mann war 1917 nach einer Gasvergiftung beschwerdefrei und ohne Magenerkrankung entlassen worden, das angeblich seit 1917 bestehende Erbrechen konnte nicht glaubhaft gemacht werden. Nach eigener Angabe war die Gasvergiftung erst 1920 zum Ausbruch gekommen. In der chirurgischen Klinik wurden die ersten Magenbeschwerden in das Jahr 1921 verlegt, bei der Operation 1924 wurde kein krankhafter Befund am eröffneten Magen gefunden, nur Verwachsungen in der Gallenblase- und Blinddarmgegend. Die Erwerbsminderung wurde auf unter 25% angenommen.

Ziemke (Kiel).

Perrando, G. G.: Considerazioni medico-legali sopra alcune forme di cellulodermiti zonulari. (Gerichtlich-medizinische Bemerkungen über einige Formen von herdförmigen Zellgewebsentzündungen.) (*3. congr. dell' Assoc. Ital. di Med. Leg., Firenze, 30. V.—1. VI. 1928.*) Arch. di antropol. crim. psichiatr. e med. leg. Bd. 48, H. 2, S. 290—292. 1928.

Bei der Diagnose von simulierten traumatischen harten Ödemen muß man vorsichtig die Möglichkeit von ähnlichen nicht künstlich hervorgerufenen chronischen Entzündungen ausschließen. Solche irreführende Formen sind, ihrer Pathogenese nach, in 3 Gruppen zu teilen: diejenige welche von (Metall-) Staubeinbettungen in den Hautgeweben abhängt; diejenige, welche von Quetschung, Abtrennung und Zerschmelzung von Hautstücken hervorgerufen ist; diejenige endlich, wo die Infiltration und die Hyperplasie in bestimmten Saftlücken oder in Schleimbeuteln an Sehnen oder Gelenken sich offenbart. *Romanese* (Parma).

Zimmermann, Erich: Lues und Trauma. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 35, Nr. 7, S. 218—225. 1928.

Zunächst Literaturübersicht, dann kasuistischer Bericht über einen sehr schweren Fall von Lues, für den Verschlimmerung als Unfallfolge nach Stoß ins Gesicht durch Pferd anerkannt wurde.

K. H. Bauer (Göttingen).

Mendel, Kurt: Hilfsbedürftigkeit bei progressiver Paralyse (Syphilis bei der Pflege Syphilitischer akquiriert) als D. B. anerkannt. Med. Klinik Jg. 23, Nr. 45, S. 1740. 1927.

Bei einem Militärkrankenpfleger war eine syphilitische Infektion, die er sich bei der Pflege luetscher Offiziere zugezogen hatte, als Dienstbeschädigung anerkannt worden. Dementsprechend mußte auch eine der Infektion nach 10 Jahren folgende Paralyse als Dienstbeschädigung angesehen werden, und wegen der völligen Hilflosigkeit des Kranken waren auch die Voraussetzungen für die Gewährung der erhöhten Pflegezulage gegeben. *H. Hübner*.

Marchand, L., et A. Courtois: Traumatisme cranio-cérébral. Contamination spécifique. Paralyse générale trois ans plus tard. (Schädel- und Hirntrauma. Spezifische Infektion. Progressive Paralyse nach 3 Jahren.) Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris Jg. 44, Nr. 17, S. 797—801. 1928.

Epileptiforme Anfälle mit 12 Jahren. Mit 21 Jahren Revolverschuß in die rechte Frontalgegend; Trepanation ohne Auffinden der Kugel; Heilung. Danach als Prostituierte gelebt; mit 26 Jahren Primäraffekt. 2 Jahre später apoplektiformer Insult und fortschreitende Demenz mit epileptiformen Anfällen. Liquor positiv; Eiweißvermehrung; baldiger Exitus. Die Autopsie

ergibt einwandfreie Paralyse außer dem posttraumatischen Befund. Das Trauma wird als Ursache der Zeitverkürzung zwischen Infektion und Beginn der Paralyse angesehen. *Leibbrand* (Berlin).

Ruhemann, Konrad: Über Epilepsie und Kopfverletzung. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 35, Nr. 6, S. 197—204. 1928.

Mitteilung eines Gutachtens. Der Unfall hatte höchstens zu einer leichten Hirnerschütterung geführt. Ein „Unfall durch Anfall“ war nicht ausgeschlossen. Eine dauernde traumatische Schädigung des Hirnes oder seiner Häute konnte dagegen verneint werden. Auch eine Schreckwirkung 3 Jahre früher kam ursächlich nicht in Betracht. Die Epilepsie des Begutachteten ging mit echtem petit mal einher. Die Annahme einer sogenannten traumatischen Epilepsie wie überhaupt der Epilepsie als Unfallfolge wurde (mit Recht) abgelehnt. *Reichardt*.

Weygandt, W.: Traumatische Epilepsie mit langer Latenz. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 35, Nr. 5, S. 145—148. 1928.

1920 Trauma: Fall vom Postwagen auf das Pflaster. Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen. „Gehirnerschütterung.“ Seit März 1927 epileptische Anfälle. Röntgenbild ergab einen großen Schädelbruch, vom Hinterhauptsbein links nach vorn durch den unteren Teil des Scheitelbeins zum Schläfenbein verlaufend, ca. 15 cm lang. Außer den epileptischen Anfällen Angina pectoris. Also 6½ Jahre nach dem Trauma epileptische Anfälle. Zusammenhang der Anfälle mit dem Unfall (Schädelbruch!) erscheint sicher. Röntgenuntersuchung in allen Zweifelsfällen unerlässlich; ihr negativer Ausfall stellt allerdings keinen zureichenden Gegenbeweis gegen die Annahme einer traumatischen Ursache der Epilepsie dar. *K. Mendel*.

Nippe: Heeresdienst, Trunksucht und Selbstmord. Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 34, Nr. 7, S. 91—95. 1928.

Mitteilung eines Gutachtens über die Versorgungsrentenangelegenheit der Hinterbliebenen des A. B. Selbstmord eines 48jährigen chronischen Trinkers durch Durchschneidung der Pulsader. Geistige Störungen waren zuvor nicht beobachtet, lediglich eine gewisse Gedächtnisschwäche festgestellt worden. B. hat im Felde 1915 Gelenkrheumatismus durchgemacht, soll später zunehmend nervös geworden und öfter schlaflos gewesen sein; auch hat er über Nieren-, Magen- und Kreuzschmerzen geklagt. Schwerere Krankheitszustände haben indessen sicher nicht vorgelegen; 1920 ist lediglich eine gewisse Nervosität, Hastigkeit und Unruhe nachgewiesen worden. Demgemäß wurde der Zusammenhang des Selbstmords mit Kriegseinwirkungen verneint, die Trunksucht als Ursache des Selbstmords angesprochen, der Rentenanspruch abgelehnt. *Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

Mendel, Kurt: Über psychogene Akinesie nach Unfall. Med. Klinik Jg. 24, Nr. 1, S. 27—28. 1928.

Ein nichtpsychopathischer Mann erleidet am 13. VII. 1924 einen nicht entschädigungspflichtigen Oberarmbruch links, der gut abheilt, am 2. X. 1924 einen entschädigungspflichtigen Unfall mit linker Schulterverletzung; danach bildet sich eine mit Atrophie verbundene Akinesie ohne neurologisch-organischen Befund aus. Vom Oktober 1926 an wird ihm die 40proz. Rente entzogen. Verf. hält einen Fall von „psychogener Akinese“ für vorliegend, bei dem Begehrungsvorstellungen keine wesentliche Rolle spielen; es handle sich um „eine Verkümmern der Bewegungsvorstellungen in der Hirnrinde“; er sei 40% erwerbsbeeinträchtigt; die Akinesie wird also mit dem zweiten Unfall in Zusammenhang gebracht. *Leibbrand* (Berlin).

Stier: Können psychogene Vorgänge Folge einer Dienstbeschädigung sein? Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 54, Nr. 8, S. 322. 1928.

Den Ausführungen Grasshoffs (vgl. dies. Ztschr. 12, 40) ist keinesfalls beizutreten. Es ist bemerkenswert, das Grasshoff über ein schwebendes Verfahren berichtet, da noch Gutachten der Direktoren der Charité ausstehen. Die von Grasshoff als analog bezeichneten Fälle sind ganz anders gelagert. Es ist auffallend, daß die grundsätzliche Entscheidung des RVA. vom 24. 9. 26 in Grasshoffs Ausführungen nicht berücksichtigt, ja nicht einmal erwähnt ist. *Kroiss* (Würzburg).

Weil, Paul: Können psychogene Vorgänge Folge einer Dienstbeschädigung sein? (Württemberg. Oberversicherungsamt u. Versorgungsgericht, Stuttgart.) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 54, Nr. 8, S. 322. 1928.

Die grundsätzliche Entscheidung des RVA. vom 24. 9. 26 soll nicht schematisch angewandt werden. Wenn aber, wie in dem von Grasshoff angeführten Falle (vgl. dies. Ztschr. 12, 40), jemand Anfälle bekommt, wenn er erfährt, er habe noch ein paar bedeutungslose Splitter in der Brust stecken, so ist das Folge seiner krankhaften Veranlagung. Bei den von Grasshoff gleichzeitig erwähnten Ampu-

tationsnachscherzen handelt es sich um Amputationsneurome und um organisch bedingte irradiierende bzw. projizierte Schmerzen. *Kroiss* (Würzburg).

Molineus: Eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes von prinzipieller Bedeutung über die Frage von Verletzungsfolgen bei Syringomyelie. *M Schr. Unfallheilk.* 35, 269—274 (1928).

Ein an Syringomyelie leidender Landwirt kam wegen phlegmonöser Entzündung des anästhetischen rechten Armes in ärztliche Behandlung. Es wurde die Amputation des Armes erforderlich. Der Amputierte erhob den Anspruch auf Unfallrente mit der Begründung, die Phlegmone sei die Folge einer Überanstrengung oder eines bei der Arbeit erhaltenen Stoßes an einem bestimmten Tage. Genauere Angaben über diesen „Unfall“ waren aber nicht zu erhalten. Nach Ablehnung des Anspruches durch die zuständige Berufsgenossenschaft entschied das Oberversicherungsamt, daß in Anbetracht der häufig auftretenden, infektiösen Prozesse in den anästhetischen Hautpartien eines an Syringomyelie Leidenden ein weniger strenger Nachweis des Unfallereignisses verlangt werden dürfe, und nahm aus diesen Gründen Unfallfolgen an.

Das Reichsversicherungsamt entschied aber auf Grund eines nervenärztlichen Gutachtens dahin, daß auch in derartig gelagerten Fällen eine bestimmte Betriebschädigung als Ursache der zur Erwerbsbeschränkung führenden Erkrankung nachgewiesen werden müsse, was hier nicht der Fall sei. Nach Art der Erkrankung könne nicht nur Betriebsarbeit, sondern auch jegliche andere zufällige Tätigkeit der Anlaß zum Entstehen einer kleinen Hautwunde sein, die dann unter Umständen schwerere Entzündungen zur Folge habe. Bei zufälligem Ausbruch der Entzündung während der Betriebsarbeit könne daher nicht die Betriebsarbeit als Ursache der Erwerbsbeschränkung angesehen werden. Die Ursache sei in diesem Falle vielmehr das Grundleiden, die Syringomyelie.

B. Mueller (Frankfurt a. M.).

Stiefler, Georg: Railway-spine. Traumatische Neurosen. Rentensucht. *Zeitschr. f. Bahnärzte* Jg. 23, Nr. 4, S. 91—104. 1928.

Verf. verweist auf die am 24. IX. 1926 getroffene Entscheidung des Reichsversicherungsamtes, nach der die Erwerbsunfähigkeit eines Versicherten nicht als Unfallfolge anerkannt wird, wenn er sich lediglich in diese Vorstellung eingelebt hat, Wünsche auf Entschädigung ihn beherrschen, auch nicht, wenn die Vorstellungen durch ungünstigen Einfluß des Entschädigungsverfahrens verstärkt werden. Leider besteht zwischen der wissenschaftlichen Erkenntnis, auf welcher die Entscheidung des Reichsgerichts beruht, und der praktischen ärztlichen Tätigkeit noch keineswegs die nötige Übereinstimmung. Verf. bespricht weiterhin die Erscheinungen der traumatischen Neurosen, einschließlich der Schreckwirkung, im Gegensatz zu mechanischen, den Schädel treffenden Insulten. Er weist an einer Reihe illustrativer Beispiele, insbesondere aus Kriegserfahrungen, nach, daß wirkliche Veränderungen im Nervensystem nicht vorliegen. Bei allen traumatischen Neurosen ist der treibende Faktor die Aussicht auf Entschädigung; es liegt kein Krankheitsvorgang vor, sondern lediglich eine psychologisch bedingte Reaktion, die durch psychopathische Konstitution erleichtert wird. Es handelt sich nach allem nicht um eine ursächlich traumatische, sondern eine Begehrungsneurose, um Rentensucht. Wichtig ist die prophylaktische sachgemäße Aufklärung und Behandlung des Arztes beim frischen Unfall und in der nächstfolgenden Zeit. Es ist zu hoffen, daß die traumatische Neurose bald aus der gutachtlichen Betrachtung verschwindet, daß dieser Name der Geschichte angehört.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Knoll: Grundsätzliche Rechtsfragen zur sogenannten traumatischen Neurose. *M Schr. Unfallheilk.* 35, 316—319 (1928).

Die erwähnte Abhandlung prüft und erörtert in eingehender Weise die rechtlichen Fragen und dient so gewissermaßen als Erläuterung zur Rechtsprechung des R.V.A. bei der Begutachtung der sog. traumatischen Neurose. Obwohl sie in 1. Linie auf rechtliche Fragen abgestellt ist, erhält sie wesentliche Bedeutung auch für den Arzt, soweit er als Gehilfe des Richters und als Gutachter der Unfallneurose gegenübersteht. Der Inhalt deckt sich im wesentlichen mit der Rechtsprechung des R.V.A., also: 1. Krankheit

liegt vor bei Anerkennung der Behandlungsbedürftigkeit, und zwar auch psychotherapeutischer Art, 2. Arbeitsunfähigkeit kommt in Betracht, wenn sich der Versicherte der Wunschbedingtheit seines Zustandes nicht bewußt ist, 3. wenn es sich lediglich um Vorstellungswunschneurosen handelt, ist Zusammenhang zwischen Unfall und Neurose abzulehnen. Eine rechtskräftig feststehende Dauerrente kann nicht aus dem Gründe entzogen werden, daß sie zu Unrecht gewährt worden sei. Eine Entziehung ist nur möglich bei nachgewiesener wesentlicher Änderung der maßgeblichen Verhältnisse, nicht der wissenschaftlichen Beurteilungsgrundlagen: 1. Ist eine psychologische Reaktion zu recht als Unfallfolge entschädigt, so kann die Rente entzogen werden, wenn die Reaktion aufgehört hat oder wenn sie zwar noch besteht, aber nunmehr aufgehört hat, Unfallfolge zu sein (Rentenwunsch an Stelle des Schrecks, sog. innerliche wesentliche Änderung, auch ohne Nachweis eines beschwerdefreien Zeitraums). 2. Ist eine Rente gewährt worden, obwohl der Versicherte sich der Gewolltheit der Reaktion bewußt war, so liegt tatsächlich keine Änderung vor. Wird jetzt jedoch festgestellt, daß er infolge der Wunschbedingtheit in Wirklichkeit nicht behindert ist, so ist dies rechtlich als eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse anzusehen. 3. Bestand oder besteht eine Erwerbsunfähigkeit, auch zu Unrecht als Unfallfolge anerkannt, so kann nur geholfen werden, wenn ein reaktionsfreier Zeitraum nachgewiesen wird. Später auftretende neue Reaktionen brauchen nicht deshalb als Unfallfolge anerkannt zu werden, weil frühere ähnliche Reaktionen zu Unrecht anerkannt waren. Ist kein beschwerdefreier Zwischenraum vorhanden, so können höchstens Heilversuche gemacht werden oder im Verweigerungsfalle die Rente versagt werden.

Spiecker (Beuthen).

Bernhard, Heinrich: Die Bedeutung des Schrecks in versicherungsgerichtlicher Beziehung. Mschr. Unfallheilk. 35, 249—268 (1928).

Besonders in Frage kommen als direkte Schreckreaktionen seelischer Art: a) Die Schreckneurose (Schreckemotion, Schreckapathie, Schreckstupor); b) die Schreckhysterie (unmittelbar primär mit Lähmungserscheinungen, Sprachverlust u. a. m.); c) die Schreckpsychose. Diese 3 Schreckreaktionen sind als unmittelbare Folgeerscheinungen einer seelischen Erschütterung entschädigungspflichtige Unfälle im Sinne der Rechtsprechung. Von diesen gehören die Schreckneurosen zu den einzigen psychopathologischen Reaktionen, die keiner krankhaften seelischen Veranlagung oder vorübergehender Herabsetzung der körperlichen und seelischen Widerstandskraft zu bedürfen brauchen. Je intensiver das Erschrecken, um so stärker die neurotische Reaktion. Bei den anderen beiden Schreckreaktionen (Schreckhysterie und Schreckpsychose) läßt sich stets eine konstitutionelle oder durch Entbehrungen sowie stark und lang andauernde seelische Erschütterungen bedingte Minderwertigkeit, oft auf hereditärer Grundlage, nachweisen. Mitunter kann es klinisch erhebliche Schwierigkeiten bereiten, die Schreckpsychose von der Schreckhysterie scharf zu trennen. Für die Beurteilung in versicherungsgerichtlicher Beziehung ist dies insofern von Bedeutung, als die Schreckpsychosen, die übrigens nur relativ selten vorkommen, meist schneller abklingen als die Schreckhysterien. Bei den letzteren können leicht, ebenso wie bei den Schreckneurosen, die primär aufgetretenen als reine Schreckwirkung anzusehenden Erscheinungen, sekundär durch Wunsch- oder Befürchtungsvorstellungen fixiert werden. Die Prognose dieser sekundär fixierten hysterisch überlagerten oder psychopathisch abnormen Reaktionen ist dann bedeutend schlechter als die bei den reinen Formen der eben genannten Schreckkrankungen. Auch für die Beurteilung der Entschädigung können diese Fälle, die meist erst einige Zeit nach dem Unfall zur Begutachtung kommen, Schwierigkeiten bereiten. Prinzipiell muß überall da, wo keine direkten Schreckfolgen nach eingehendster Prüfung des Sachverhalts vom Gutachter nachgewiesen werden können, daran festgehalten werden, daß bei den Versicherten die bei der Untersuchung angegebenen Störungen, die sich meist objektiv gar nicht mehr nachweisen lassen, nicht mehr als direkte Schreckfolgen aufzufassen sind und daher als nichtentschädigungsberechtigt abgelehnt werden müssen. Wo hypochondrische oder zwangsneurotische Störungen bei

Versicherten als Folgen des Schrecks auftreten, da handelt es sich wohl meist ebenfalls um konstitutionelle seelische Minderwertigkeiten. Besonders leicht scheinen die zwangsneurotischen Erscheinungen nach vorhergegangener, langdauernder Furcht und Angst zustande zu kommen. Auch diese abnormen Reaktionen sind, soweit sie als echt im Anschluß an schwerste Schreckwirkungen anerkannt werden können, als entschädigungspflichtige Unfallfolgen anzusehen. Dagegen ist bei allen Fällen, wo Geisteskrankheiten durch Schreck entstanden sein sollen, abgesehen von der Schreckpsychose, wie bereits schon vorher ausgeführt, ein ursächlicher Zusammenhang abzulehnen. In Betracht kommen hier die *Dementia praecox* mit ihren Unterabteilungen, sowie das manisch-depressive Irresein. Zwischen Epilepsie und Schreck besteht ebenfalls kein Zusammenhang. Wohl können aber mitunter einmal bei vorhandener Konstitution auf emotionelle Anlässe hin, reaktiv-epileptische Anfälle vorkommen. Beim Hervortreten bzw. bei Verschlimmerung eines Diabetes mellitus oder einer Basedowschen Krankheit kann der Schreck mitunter einmal zur auslösenden Gelegenheitsursache oder wesentlichen Teilursache werden. Es kann als feststehend betrachtet werden, daß heftiger Schreck eine bereits bestehende Arteriosklerose verschlimmern kann. Ob aber der Schreck zur Auslösung einer bis dahin nicht manifesten Arteriosklerose verantwortlich zu machen ist, erscheint mehr als fraglich. Plötzliche Todesfälle nach Schreck durch Sinken des Vasomotorentonus kommen vor. Hier scheint eine minderwertige Veranlagung besonders des vegetativen Nervensystems sowie der Gefäße vorzuliegen. Vielleicht finden auf diese Weise die plötzlichen Todesfälle junger Menschen mit einem Status thymicolymphaticus ihre Erklärung. Bei älteren Leuten mit syphilitischer oder arteriosklerotischer Herz-Gehirngefäßveränderung kann bereits durch einen leichten Schreck plötzlicher Tod infolge Ruptur eines krankhaft veränderten Gefäßes eintreten.

Lochte (Göttingen).

Kroiss, Otto: Zur neuen Entscheidung des Reichsversicherungsamtes über Unfallneurose. (Erwiderung zu Hochs Aufsatz in d. Wsehr. 1927, Nr. 35.) (*Psychiatr. u. Nervenclin., Univ. Würzburg*). Münch. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 7, S. 318—319. 1928.

Die Bedenken Hochs (vgl. dies. Ztschr. 11, 218) sind unbegründet. Der Krankheitsbegriff Reichardts, der im Unfallbegutachtungsbetrieb bewußt eng gefaßt ist, umfaßt nicht die „Entschädigungshysteriker“, auch wenn man sie als anleitungsbedürftig und aufklärungsbedürftig ansieht. Die Behauptung Hochs, in der Sprechstunde sehe der Nervenarzt auch zahlreiche „Unfallneurotiker“, bei denen ein Entschädigungsverfahren nicht in Frage komme, kann Verf. aus mehrjähriger poliklinischer Erfahrung nicht bestätigen; stets wollten solche Leute Atteste, nie wollten sie behandelt sein. Auch die Tatsache der günstigen Beeinflussung der „Unfallneurosen“ durch Rentenentzug kann Hoch durch einfache gegenteilige Behauptung nicht erschüttern, so lange er nicht positive Erfahrungen im einzelnen mitteilt. In der Behandlung der Oppau-Neurosen hat die rasche Rentenentziehung eine große therapeutische Wirkung entfaltet (Kroiss). Auf die Frage des ursächlichen Zusammenhangs (den eigentlichen springenden Punkt in der ganzen Angelegenheit unter den gegenwärtigen Verhältnissen) geht Hoch gar nicht ein. Die Besorgnis, die „Unfallneurotiker“ könnten anderen Stellen zur Last fallen, ist unbegründet, wenn die in Frage kommenden Behörden sinnvoll zusammenarbeiten.

Kroiss (Würzburg).

Buzzard, Farquhar, H. P. Mac Millan, James Purves-Stewart, Salisbury Sharpe, W. A. Brend, Risien Russell and William Willeox: Discussion on traumatic neurasthenia and the litigation neurosis. (Diskussion über die traumatische Neurasthenie.) Proc. of the Roy. Soc. of Med. Bd. 21, Nr. 3, sect. of neurol., 8. XII. 1927, S. 17—28. 1928.

In dem Bericht über die Sitzung der englischen Neurologischen Gesellschaft vom 8. Dezember 1927 finden wir eine für uns Deutsche außerordentlich interessante Diskussion zwischen Neurologen und Juristen über die Frage der „traumatischen Neurasthenie“, in deren Verlauf Buzzard ungefähr alle diejenigen Momente aufführt, die gegen die Annahme einer organischen Bedingtheit der unfallneurotischen Zu-

stände sprechen und zugunsten der Annahme, daß diese Zustände lediglich psychologisch zu verstehen sind und einen wirklichen Anspruch auf gesetzliche Entschädigung nicht haben. Ihnen gegenüber stehen die Juristen, die die Möglichkeit, in diesen Fällen die Entschädigung zu versagen, aus formal-juristischen Gründen ablehnen zu müssen glauben. Interessant ist für uns, daß die Entwicklung, die diese Dinge in Deutschland genommen haben, an keiner Stelle erwähnt oder berührt wird, daß es sich aber bei dem ganzen Problem eben um eine Frage handelt, die zur Zeit alle Völker in gleichem Maße bewegt und nach Lösung drängt. Es wird für uns sehr lehrreich sein, zu verfolgen, nach welcher Richtung die Frage in nächster Zeit in England sich entwickeln wird und ob und wie weit eine Annäherung an die Verhältnisse in Deutschland erfolgen wird.

Stier (Berlin)._o

Duerdoth: Schwerer Fall von Raynaudscher Krankheit, durch Witterungseinflüsse ausgelöst. *Ärztl. Sachverst.-Zeit.* Jg. 34, Nr. 10, S. 149. 1928.

Kanonier K. J., 34 Jahre alt, Glasarbeiter, erkrankte nach 2jähriger Frontdienstzeit im Westen im August 1916 an einer Entzündung der linken großen Zehe, aus der sich eine Gangrän entwickelte, die zur Absetzung führte. Als Ursache wurde Erfrierung angegeben. Die gleichen Erscheinungen zeigten sich in den nächsten Wochen, wenn auch milder, an der rechten großen Zehe und führten zunächst nur zum Verlust des Nagels. Unter Anerkennung von Dienstbeschädigung wurde J. 1917 entlassen mit einer Erwerbsminderung von 10%. Er war dann wieder als Glasarbeiter tätig, hatte aber dauernd, namentlich im Hochsommer, über Schmerzen in den Beinen zu klagen. 1920 war wegen Gangrän Absetzung der halben rechten großen Zehe notwendig, in den folgenden Jahren verlor J. aus dem gleichen Grunde bis 1924 nach und nach alle Zehen, 1925 auch den rechten Zeigefinger. 1926 wurden die Beine in großer Ausdehnung gangränös, daher Amputation des linken Ober- und rechten Unterschenkels. Die Erwerbsminderung stieg damit auf 100% nebst Pflugszulage. 1927 wurde auch der linke Unterarm amputiert, dabei über Taubheitsgefühl im rechten Arm geklagt; der Radialpuls war nicht fühlbar.

G. Stiefler (Linz)._o

Alurralde, Mariano, und Benjamín B. Spota: Die gerichtlich-medizinische Bedeutung der beruflichen Krampfstände. (*Cátedra de clín. neurol., fac. de ciencias méd., Buenos Aires.*) *Semana méd.* Jg. 35, Nr. 10, S. 557—559. 1928. (Spanisch.)

Verff. fordern, daß die Beschäftigungskrämpfe, insbesondere der Schreibkrampf, als entschädigungspflichtige Berufskrankheiten anerkannt werden. Die Rente beim Schreibkrampfe müßte, entsprechend den in Argentinien für den Verlust eines Gliedes geltenden Bestimmungen, 60% betragen.

Reich (Breslau)._o

Gatscher, S.: Kasuistischer Beitrag zur Frage der Beurteilung von Trommelfellveränderungen nach vorangegangenem Trauma. (*Österr. Otol. Ges., Wien, Sitzg. v. 31. X. 1927.*) *Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol.* Jg. 62, H. 1, S. 89 bis 90. 1928.

Bei beiderseits bestehender größerer zentraler Trommelfellperforation konnte Gatscher die der einen Seite als Folge eines Boxschlages erkennen, der 14 Tage vorher das betreffende Ohr getroffen hatte. Und zwar nahm er nach dem verhältnismäßig reizlosen Aussehen der Schleimhaut dieser Seite und ihrer zarten Umrandung an, daß es sich um die Zerreißen einer atrophischen Narbe gehandelt habe. Diese Annahme wurde dadurch bestätigt, daß diese Perforation in der Folgezeit sich wieder verschloß, ein Vorgang, der bei alten Perforationen sich nicht mehr einstellt.

Klestadt (Breslau).

Accorinti, V.: Lieve disturbo funzionale uditivo aggravato intensamente, dopo un periodo di volo, in un giovane pilota, affetto da modico catarro cronico nella cassa timpanica. (Leichte, nach einer Flugperiode stark verschlechterte Hörstörung bei einem jungen Piloten, der an einem leichten chronischen Mittelohrkatarrh litt.) (*Scuola di sanità milit., istit. med. leg. per l'aeronautica „Gino Galeotti“, Firenze.*) (3. congr. dell'Assoc. Ital. di Med. Leg., Firenze, 30. V.—I. VI. 1928.) *Arch. di antropol. crim. psichiatr. e med. leg.* Bd. 48, H. 2, S. 264—267. 1928.

Bei einem jungen Piloten war zur Zeit der Aufnahme in die Fliegerschule die linke Tube nicht ganz durchgängig und das Gehör am linken Ohr leicht herabgesetzt gewesen. Ungefähr 12 Monate später wurde bei einer neuerlichen Untersuchung ein Mittelohrkatarrh links festgestellt. Die Verschlechterung wird auf die mangelhafte Durchgängigkeit der linken Tube zurückgeführt, während ein Einfluß von seiten des Motors (Lärm) abgelehnt wird.

v. Neureiter (Riga).

Accorinti, V.: Considerazioni su lesioni dell'apparecchio percettivo negli aviatori. (Betrachtungen über Läsionen der Schallwahrnehmung bei Luftschiffern.) (*Scuola di sanità milit., istit. med. leg. per l'aeronautica*, „Gino Galeotti“, Firenze.) (3. congr. dell'Assoc. Ital. di Med. Leg., Firenze, 30. V.—1. VI. 1928.) Arch. di antropol. crim. psichiatr. e med. leg. Bd. 48, H. 2, S. 267—269. 1928.

Bei 6 Piloten, von denen 2 Luetiker und 3 Traumatiker waren, konnte bei der Hörprüfung ein Ausfall der Wahrnehmung von höheren Tönen (c^4 — c^5) festgestellt werden. Verf. meint, daß die der Hörstörung zugrunde liegenden Läsionen durch den Lärm der bisher verwendeten Motoren nicht verschlechtert worden sein können. v. Neureiter (Riga).

Casella, Benedetto: La funzione tubarica in rapporto all'aviazione. (Die Funktion der Tuba Eustachii in Beziehung zur Luftschiffahrt.) (*Istit. med. leg. per l'aeronautica Benito Mussolini, Roma.*) (3. congr. dell'Assoc. Ital. di Med. Leg., Firenze, 30. V.—1. VI. 1928.) Arch. di antropol. crim. psichiatr. e med. leg. Bd. 48, H. 2, S. 273—284. 1928.

Verf. tritt dafür ein, daß bei allen Aspiranten auf Pilotenstellen genauest die Durchgängigkeit der Tube geprüft werde. Die Prüfung nimmt er in einer pneumatischen Glocke vor, in die durch geeignete Einrichtungen eine Herabsetzung des atmosphärischen Druckes und der Temperatur, entsprechend den Verhältnissen in großer Höhe, möglich ist. v. Neureiter.

Kippenbrock, Ernst: Über einen Fall von Ohrearcinom auf anscheinend traumatischer Basis. (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Hals- u. Nasenkrankh., Münster i. W.*) Folia otolaryngol., I. Tl.: Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol., Otol. u. ihre Grenzgeb. Bd. 16, H. 4/5, S. 248—254. 1928.

An dem Stumpf einer vor über 5 Jahren durch einen Hufschlag verstümmelten Ohrmuschel bildete sich ein Gewächs, das durch Probeexcision als ein Stachelzellcarcinom erkannt wurde. Es lag daher nahe, einen traumatischen Ursprung anzunehmen. Nach der Radikaloperation wurde aber in Serienschnitten des Objektes eine Anzahl typischer Tuberkel nachgewiesen. Es mußte daher statt des Trauma ein Lupus als ursächlicher Faktor angesehen werden. Es fanden sich dann auch Narben im Gesicht und die Katamnese ließ mit aller Wahrscheinlichkeit auf einen überstandenen Lupus der gleichseitigen Wange schließen.

Klestadt (Breslau).

● **Thies, O.: Gewerbliche Augenschädigungen und ihre Verhütung.** (Schriften a. d. Gesamtgeb. d. Gewerbehyg. Hrsg. v. d. Dtsch. Ges. f. Gewerbehyg., Frankfurt a. M. Neue Folge. H. 20.) Berlin: Julius Springer 1928. 43 S. u. 35 Abb. RM. 4.80.

Thies gibt einen gedrängten, allgemein verständlichen Überblick über die Verletzungsmöglichkeiten und Verletzungsarten des Auges und seiner Umgebung. Seine Ausführungen beruhen vielfach auf eigenen Erfahrungen besonders in dem Kapitel Verätzungen. Zahlreiche Abbildungen verdeutlichen den Text. Die Verhütungsmaßnahmen werden kurz berücksichtigt. Einige statistische Tabellen und ein größeres Literaturverzeichnis beschließen die Arbeit, die jeder, der mit Gewerbehygiene sich beschäftigt, mit Interesse und Nutzen lesen wird.

Jendralski (Gleiwitz).

Gervais, H.: Die Entschädigung bei einseitigem Augenverlust unter besonderer Berücksichtigung des erhöhten Erblindungsrisikos. Rev. suisse des acc. du travail et des maladies profess. Jg. 22, Nr. 5, S. 105—118. 1928.

Gervais, der Chef der Unfallabteilung der Suva nimmt Stellung zur Entschädigung einseitigen Augenverlustes unter Berücksichtigung des erhöhten Erblindungsrisikos. Die Suva hat seit einiger Zeit den einäugigen Rentenempfängern freigestellt, ob sie die alte Rente von $20-33\frac{1}{3}\%$ ohne Garantieschein oder eine Rente von $10\% +$ Garantieschein wählen. Garantieschein gewährt $50-80\%$ Rente bei Erblindung des 2. Auges. Nur 7% haben sich für das letztere entschieden. Die Suva hat nun Erhebungen bei ca. 200 Einäugigen über die Höhe der Erwerbsunfähigkeit, Konkurrenzunfähigkeit und das Erblindungsrisiko angestellt. Es ergab sich: daß die Lohneinbuße noch keine 5% ausmache. Eine Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt sei gleichfalls mit 5% reichlich bewertet. Eine Erblindung sei auf die nachgeprüften 930 Risikojahre nicht gekommen, sie sei ein seltenes Vorkommnis, hoch anzurechnen mit 1% . So ergäbe sich aus der Statistik $5 + 5 + 1 = 11\%$ oder bei Übernahme des Risikos durch die Unfallversicherung $5 + 5 = 10\%$. Verf. schlägt vor, über diese Rechnung ein paar Prozent hinauszugehen, für alle Berufe einen Einheitssatz anzuerkennen, bei erhaltenem Augapfel 3% abzuziehen, bei Unmöglichkeit, eine Prothese zu tragen, 3% zuzulegen, für

Erblindung 80% bis zum vollendeten 70. Jahre anzubieten. Die Frage soll gerichtlich geklärt werden.

Börnstein (Berlin).

Szily, A. v.: Der Augenarzt als Kriminalist. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* Bd. 80, April-H., S. 521—536. 1928.

Im allgemeinen soll der begutachtende Arzt seine Befugnisse nicht überschreiten, in seinem Mißtrauen gegen den zu Untersuchenden nicht zu weit gehen. Manche Fälle erfordern aber nicht nur die Ablehnung des Zusammenhanges zwischen dem vorliegenden Augenleiden und dem angeschuldigten Unfälle, sondern auch eine restlose Klärung der wirklichen Ursache des angeblichen Rentenleidens.

So berichtet v. Szily über einen Lokomotivführer, dem angeblich schmutziges Öl in das rechte Auge gespritzt war und eine immer wiederkehrende pseudomembranöse Bindehautentzündung verursacht hatte. In klinischer Untersuchung konnte nachgewiesen werden (auch durch mikroskopische und chemische Untersuchung eines ausgeschnittenen Gewebstückchens), daß es sich um Verätzung der Bindehaut mit Argentinum nitricum handelte. Der Argentumstift wurde dann auch bei dem Manne gefunden. Der Überführte hatte seine vorzeitige Pensionierung erreichen wollen, um ein ererbtes Anwesen bewirtschaften zu können. Er wurde zu 2 Monaten Gefängnis verurteilt. — Ein sehr intelligenter Bergmann war von einer Leiter gestürzt, hatte angeblich eine Gehirnerschütterung davongetragen und neben allgemein hysterischen Zeichen (Zittern, Sprach- und Gehstörungen, pseudodementes Verhalten) anscheinend eine Abducensparese und Schwäche des Sphincter iridis mit wechselnder Pupillenstarre (maximale Erweiterung für 8—10 Stunden dann spastische Verengung und Akkommodationskrampf) zurückbehalten. Es wurde nachgewiesen, daß das linke Auge frei beweglich war, Patient aber durch Unterdrückung des Konvergenzimpulses „künstliches“ Einwärtschielen des anderen Auges hervorrufen konnte. Die zu erwartenden Doppelbilder wurden auf Grund erworbener Kenntnisse von dem Patienten richtig angegeben. Das Ergebnis der Pupillenprüfung ließ nur die Möglichkeit künstlicher Beeinflussung der Pupillenweite durch Pharmaca zu (Mydriasis, wenig ausgiebige Licht- und Konvergenzreaktion, geringe Pupillenunruhe). Besonders änderte sich die Pupillenweite nur dann, wenn der Patient zeitweise ohne Beobachtung war. Die Bindehaut des angeblich geschädigten Auges war im unteren Abschnitte immer leicht entzündlich gerötet. Schließlich wurde in der Stockzwinge ein Metallröhrchen entdeckt, das 2 Fläschchen mit einem Mydriaticum bzw. einem Mioticum (Tierversuch) enthielt. Diese verwendete der Patient nach Bedarf.

F. Jendralski (Gleitwitz).

Loddoni, G.: Caso di sindrome oculare isterica con emorragia. (Ein Fall von hysterischen Augensymptomen mit Blutung.) (*Clin. oculist., univ., Torino.*) Lettura oftalmol. Jg. 5, Nr. 2, S. 92—99. 1928.

Einem 19jährigen Mädchen geriet bei der Arbeit ein Eisensplitter in das linke Auge. 4 Wochen später wurde sie wegen Blutungen aus dem Auge, welche sich sehr häufig wiederholten und das Sehvermögen beeinträchtigten, in die Augenklinik aufgenommen. Das Interessanteste im Befund waren die unausgesetzt sich wiederholenden Hämorrhagien der Bindehaut, die auch nach Entfernung eines kleinen Splitters aus der Gegend der Bindehautwunde fortbestanden. Erst als nach weiteren 5 Wochen noch ein zweiter Splitter entfernt war, hörten die Blutungen völlig auf. Zuerst hatte Verf. starken Verdacht auf Simulation gehabt und wurde durch Aussagen der Assistenten und Schwestern über das Verhalten der Kranken hierin bestärkt. Durch die verschiedenen anderen Symptome jedoch — Anästhesie, Blepharospasmus, Amaurose, Strab. convergens und einseitiger Nystagmus — wurde vorliegende Hysterie wahrscheinlich. Die genaue Beobachtung des blutenden, unterbrochenen Bindehautgefäßes unter dem Hornhautmikroskop sowie das vollständige Aufhören der Blutungen nach Entfernung des zweiten Splitters veranlaßten den Verf. jedoch zu der Erklärung, daß durch die Augenbewegungen und besonders durch den Blepharospasmus ein Druck des Splitters gegen die Gefäßwand des offenen Blutgefäßes ausgeübt wurde, der zur Blutung führte und eine feste Thrombose verhäutete. Dem Verf. erscheint der seltene Fall vor allem deshalb der Veröffentlichung wert, weil er zeigt, wie leicht bei vorliegender Hysterie einzelne Symptome infolge ungenauer Beobachtung falsch gedeutet werden können.

Peppmüller (Zittau).

Marín Amat, Manuel: Simulierte oder hysterische Amaurose bei leichtester Augenverletzung. *Anales de la acad. méd.-quirúrg. española* Bd. 14, S. 750—757. 1927. (Spanisch.)

24jähriger Arbeiter erleidet bei der Arbeit eine Verletzung der linken Hornhaut durch Eisensplitter. 2 Tage nach der Exstruktion erklärt er auf diesem Auge nicht mehr zu sehen. Bei vollkommen normalem Augenbefunde angeblich völlige Blindheit, so daß nicht einmal der Lichtschein gesehen wurde. Außerdem leichter Spasmus im Orbicularis, vollkommene Anästhesie der Hornhaut und Bindehaut, des Gaumensegels. Direkte und larvierte Suggestionstherapie führte nicht zum Ziele. Erst bei deutlichem Hinweis auf Unglaubwürdigkeit

seiner Angaben, auf die Aussichtslosigkeit einer Entschädigung und auf die Gefahr der Dienstentlassung besserte sich innerhalb von 2 Tagen die Sehstörung bis zu völligem Verschwinden. Gleichzeitig verschwand die Anästhesie der Hornhaut und des Gaumensegels, und es blieb nur eine Hypästhesie der Bindehaut zurück. — Es handelt sich nach der Ansicht des Vortr. um Simulation einer Blindheit auf hysterischer Grundlage. — In der Aussprache wird näher auf die oft so schwierige Unterscheidung der Simulation von der Hysterie, auf das Unbewußtwerden zuerst bewußt erzeugter Mechanismen eingegangen. Die Mehrzahl der Redner scheint der Meinung zu sein, daß die Blindheit im vorliegenden Falle als hysterisch aufzufassen ist. *Reich (Breslau).*

Marín Amat, Manuel: Simulierte oder hysterische Amaurose bei einem minimalen Trauma des Auges. Arch. de oft. Bd. 28, Nr. 27, S. 148—150. 1928. (Spanisch.)

Ein Fall von rentenneurotischer Reaktion mit psychogener Blindheit und Anästhesie der Cornea. Suggestionenmaßnahmen blieben fast erfolglos. Als dem Patienten erklärt wurde, daß er keine Entschädigung bekommen und außerdem seinen Posten verlieren würde, wenn er nicht in 2 Tagen sähe, stellte sich die Sehfähigkeit prompt ein. Gleichzeitig verschwand die Anästhesie. *Eduard Krapp (München).*

Pastega, Antonio: Traumi oculari. Perizia giudiziaria. (Augenverletzungen. Gerichtliches Gutachten.) Ann. di med. nav. e colon. Bd. 1, H. 1/2, S. 9—20. 1928.

Durch einen aus 3 m Höhe fallenden Stein in der rechten Scheitelschlafengegend verletzt bemerkte ein Minenarbeiter nach Entfernung des Verbandes am gleichseitigen Auge eine Sehstörung, die in der Folge zunahm. Der 3 Jahre später erhobene Befund ergab an dem sonst gesunden Mann Abblassung der lateralen Papillenhälfte mit leichter Verschleierung der Papillengrenzen, außen von der P. einen grauen, P. und Macula umfassenden chorioretinitischen Herd, mit Pigment bestreut und gesäumt. Die Sehschärfe betrug Wahrnehmung von Handbewegungen, das konzentrisch eingeengte Gesichtsfeld wies ein großes zentrales Skotom auf. — In seinem von 3 anderen Gutachtern abweichenden Gutachten nimmt Pastega den Zusammenhang mit der Verletzung an und beruft sich auf Lagrange, welcher eine Kieferfraktur für eine maculäre Läsion der Chorioidea verantwortlich macht. Für den Zusammenhang spricht weiter die Lokalisation, die verschieden ist von der bei konstitutionellen Ursachen. Die Abblassung der lateralen Papillenhälfte ist (nach Venneman) als Folge der peripapillären Chorioiditis anzusehen und nicht, wie ein Gutachter annahm, als Folge einer durch den Canalis opticus gehenden Fraktur. Der Annahme der anderen Gutachter, daß die Affektion schon vor dem Unfall bestanden habe, steht entgegen der Militärdienst während des Friedens und im Kriege (rechtes Auge!), der Umstand, daß trotz der allgemein bekannten Bestimmungen über Schadloshaltung der durch den Kriegsdienst entstandenen Gebrechen niemals Ansprüche gestellt worden sind, der Abgang aller allgemeinen Ursachen, namentlich Lues, die anstandslose Arbeitsleistung bei hohen Ansprüchen an ein gutes Sehen. Und sollte es sich doch um eine Chorioiditis aus unbekannter Ursache handeln, so ist es nur logisch, anzunehmen, daß ein Trauma den Anlaß zu ihrer Entwicklung geben kann. (Lagrange, vgl. diese Ztschr. 8, 784.) *Lederer (Teplitz).*

Stoewer, E.: Gewerbliche Linsenschädigungen bei Feuerarbeitern außerhalb der Glasindustrie. (47. Tag. d. Dtsch. Ophth. Ges., Heidelberg, Sitzg. v. 6.—8. VIII. 1928.) Klin. Mbl. Augenheilk. 81, 366 (1928).

Stoewer untersuchte 700 Feuerarbeiter (Sehrprüfung, Augenspiegelbefund und Spaltlampenuntersuchung) und fand im ganzen 4 Fälle, von denen 3 nicht einmal ganz typisch für Feuerstar waren. Ablösung der vorderen Kapsellamelle (Zonularlamelle) wurde in keinem Falle beobachtet. Er hält deshalb die Einbeziehung des Feuerstars bei Nichtglasbläsern in die entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten für irrtümlich. *Kalmus (Prag).*

Kraupa, Ernst: Der Glasbläserstar. Arch. f. Augenheilk. Bd. 98, Erg.-H., S. 85 bis 199. 1928 u. München: J. F. Bergmann 1928. 119 S. u. 24 Abb. RM. 13.50.

In der vorliegenden Bearbeitung faßt Kraupa noch einmal die Mitteilungen anderer Autoren und seine eigenen mehrfach geäußerten Erfahrungen, über die auch in dieser Zeitschrift bereits berichtet worden ist, zusammen (vgl. dies. Z. 11, 32). Interessant ist die Zusammenstellung der verschiedenen Ansichten zahlreicher Autoren in den letzten 200 Jahren, denn solange ungefähr liegt die erste Mitteilung über die ursächliche Bedeutung des Lichtes für die Starentstehung zurück. Klinik, Statistik, Ätiologie, Verhütungsmaßnahmen werden natürlich eingehend besprochen, ebenso auch die Ergebnisse der experimentellen Forschung bezüglich der Linsenschädigung durch Licht verschiedener Wellenlänge. Gute Abbildungen und übersichtliche Tabellen sind beigefügt. Im letzten Abschnitte wird eine Übersicht über die in verschiedenen Ländern bestehenden gesetzlichen Bestimmungen bezüglich des Glasbläserstars als Berufskrankheit gegeben und erneut der Standpunkt des Verf. hervorgehoben. *F. Jendralski (Gleiwitz).*

Luciano, Gennaro: Sopra un caso di tardiva cataratta traumatica fusiforme in un mutilato di guerra. (Über einen Fall von spät aufgetretener traumatischer Cataracta

fusiformis bei einem Kriegsverletzten.) (*Clin. oculist., univ., Genova.*) Boll. d'oculist. Jg. 7, Nr. 3, S. 269—277. 1928.

35jähriger Mann wurde 1916 als Soldat durch Granatexplosion am ganzen Körper verwundet, war damals angeblich 16 Tage bewußtlos. Linkes Auge seitdem erblindet. Etwa 10 Jahre später bemerkte er eine Abnahme des Sehvermögens des rechten Auges, die mit der Beleuchtung wechselte, außerdem zeitweise Schmerzen und Lichtscheu. Objektiv fand sich in der Mitte der Hornhaut ein sehr feiner gelblicher Punkt (Narbe) von $\frac{1}{10}$ mm, ein zweiter Punkt nahe der Mitte der vorderen Linsenkapsel. Von dort aus zog fadenförmig durch die Linse eine feine Trübung, welche in einem kreideweißen Punkt vom Durchmesser eines Nadelkopfes und Diskusform am hinteren Pol endigte. $S = \frac{1}{3}$. Die traumatische Entstehung durch die Granatexplosion hält Verf. für erwiesen. Das Bemerkenswerte des Falles besteht nach Ansicht des Verf. darin, daß der Kranke selbst von der Verletzung des rechten Auges nichts gewußt hat und erst 10 Jahre nach der Erblindung des verletzten linken Auges durch einsetzende Sehstörung veranlaßt wurde, zum Arzt zu gehen. Verf. erörtert ausführlich im einzelnen die verschiedenen Möglichkeiten des Verlaufes von Linsenverletzungen und erklärt im besonderen, wie durch schnellen Schluß der Kapselwunde durch Fibrin oder Blutgerinnsel ein Zutritt des Kammerwassers bzw. nachfolgender Katarakt verhütet werden könne. Der vorliegende Fall sei auch in gutachtlicher Beziehung wertvoll und mahne zur Vorsicht hinsichtlich der Prognose — selbst bei feinsten Verletzungen der Linse —, weil sich oft noch nach langer Zeit eine zunehmende Katarakt entwickeln könne.

Peppmüller (Zittau).

Brandis, W.: Herztod als Unfallfolge? *Med. Klinik* Jg. 24, Nr. 11, S. 424 bis 425. 1928.

Beim Pressen der Brust gegen einen Maschinenteil spürte ein 48jähriger Werkmeister plötzlich ein „Krachen“ im Körper und fühlte sich schlecht danach. Der behandelnde Arzt, der 5 Tage nach dem Unfall aufgesucht wurde, nahm Rippeneinbiegung rechts oben an. Herzangst, Kurzatmigkeit, Brustschmerz und allgemeines Krankheitsgefühl nahmen zu; bei einer 2. Untersuchung 2 Monate später nahm der Arzt Fettherz an und verordnete eine Bewegungskur. Nach anstrengendem Steigen trat Kollaps ein; es wurde bedeutende Herzerweiterung festgestellt; unter zunehmenden Stauungserscheinungen erfolgte nach 2monatiger Behandlung, 6 Monate nach dem Unfall der Tod. Bei der Obduktion wurde eine „Callusbildung“ an der 1. rechten Rippe am Brustbein, starke Blutstauung in den Bauchorganen und sehr große Leber gefunden. Das Herz war erheblich hypertrophisch und dilatiert, aber nur spurweise mikroskopisch verfettet, die Aorta 8 cm weit, die Kranzarterien erheblich sklerosiert. Die ärztlichen Gutachten drehen sich um die Frage, ob die Brustquetschung den als Todesursache angesehenen Herzzustand veranlassen konnte oder nicht. Die Rippenquetschung wurde allgemein als bedeutungslos angesehen. Ein Teil der Gutachter lehnte den Druck gegen die Brust als Ursache der Herzbeschwerden ab und rückte die Kranzadersklerose in den Vordergrund, die schon lange vor dem Unfall bestanden habe, sich bei älteren Personen sehr häufig finde und eine Folge starken Rauchens zu sein pflege. Ein Pathologe hielt diese für nebensächlich und meinte die Herzbeschwerden durch jähe Überanstrengung der linken Herzkammer infolge Pressung des Brustkorbes erklären zu können, vielleicht unter Mithilfe einer Zusammenpressung der großen Körperschlagader, als deren Folge eine relative akute Mitralsuffizienz eingetreten sei. Der kausale Zusammenhang der Überanstrengung am Unfallstage und des Todes sei höchst wahrscheinlich. Ein klinisches Gutachten bezeichnete die angenommene Steigerung der relativen Herzinsuffizienz zu einem dauernden „anatomischen“ Herzfehler als nicht erwiesen, da die Klappen normal gefunden wurden und verneinte den Zusammenhang der Quetschung oder Anstrengung mit dem Tode, so daß die Ansprüche der Hinterbliebenen abgewiesen wurden.

Ziemke (Kiel).

Fraendorfer, Otto: Unfall oder plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache. (*Univ.-Inst. f. Gerichtl. Med., Wien.*) *Beitr. z. gerichtl. Med.* Bd. 7, S. 144—153. 1928.

Es wird mit Recht auf die Bedeutung der in Österreich eingeführten behördlichen, sog. sanitätspolizeilichen Obduktionen hingewiesen, die schon in vielen Fällen zur rechtzeitigen Aufdeckung einer Infektionskrankheit und zur Vorbeugung der Entstehung von Seuchen zur Feststellung eines gewaltsamen Todes und im Falle eines fremden Verschuldens zur Aufklärung eines Verbrechens geführt hat. 2 Fälle erläutern, wie wichtig es ist, daß die obduzierenden Ärzte die nötige Erfahrung in der Vornahme von Obduktionen und in der Beurteilung der Ursachen eines plötzlichen natürlichen Todes haben. In beiden Fällen konnte erst durch Obergutachten Haberda der wirkliche Sachverhalt festgestellt werden.

In dem einen der Fälle war angenommen worden, daß der Verstorbene, bei dem beide Luftröhrenäste mit erbrochenem Mageninhalt bis in die kleinsten Verzweigungen hinein gefüllt waren, an gewaltsamer Erstickung gestorben sei; Haberda wies im Gegensatz dazu darauf hin, daß Erstickung im Brechakt zwar bei hilflosen Kindern, bei Erwachsenen aber nur vor-

komme, wenn sie schwer betrunken oder bewußtlos seien oder wenn die Reflextätigkeit am Kehlkopfengang durch eine Erkrankung gestört sei; er machte auch auf die Möglichkeit einer postmortalen Füllung der Luftwege selbst bis in die feineren Äste aufmerksam und bezeichnete die für die Erstickung herangezogenen Befunde, dunkle Blutfarbe und flüssige Blutbeschaffenheit als vollkommen haltlos. Für einen Tod aus innerer natürlicher Ursache konnten dagegen reichliche Anhaltspunkte gefunden werden. Auf vitale Aspiration von Mageninhalt bei Sicherstellung eines dem Tode unmittelbar vorausgegangenen Erbrechens kann nach Kolisko dann geschlossen werden, wenn der Magen stark zusammengezogen und seine Schleimhaut ekchymosiert ist. In dem Fall wurde aus der völligen Erschlaffung des rechten und sehr starken Zusammenziehung des linken Ventrikels als Todesursache „zweifello“ Herzlähmung angenommen und eine allein in der Herzgegend gefundene Veretrocknung ohne Anschwellung und Blutunterlaufung als eine Herzkontusion bezeichnet, die so hochgradig war, daß sie infolge von Shock den Stillstand des Herzens ausgelöst habe. Auch hier bestand die Vermutung, daß ein Tod aus natürlicher Ursache vorlag, der bei einem 68jährigen Mann mit Fettherz und Aortenverkalkung nicht besonders befremdlich ist. Die Hautveretrocknung in der Herzgegend, die als eine durch ein schlingernes Boot hervorgerufene Verletzung angesehen wurde, mußte bei dem Fehlen jeglicher vitaler Reaktion auf die angestellten Wiederbelebungsversuche und die angewandte Herzmassage bezogen werden, so daß die von den Obduzenten angenommene traumatische Herzlähmung keinesfalls erwiesen war.

Ziemke (Kiel).

Naville, F.: Mort subite consécutive à un petit traumatisme du genou chez un cardiaque. Nécessité de maintien de l'article 91 de la loi de 1911 sur l'assurance-accidents. (Plötzlicher Tod nach einem kleinen Trauma bei einem Herzkranken. Notwendigkeit der Beibehaltung des Artikels 91 im Unfallversicherungsgesetz von 1911.) (*Inst. de méd. lég., univ., Genève.*) Rev. suisse Acc. Trav. 22, 199—207 (1928).

Ein anscheinend gesunder Mann von 41 Jahren starb plötzlich einige Stunden nach einer infolge Sturz mit dem Fahrrad erlittenen unwesentlichen Kniequetschung. Die Autopsie ergab als Todesursache eine hochgradige chronische Endo- und Myokarditis mit Thrombenbildung im linken Herzen, Herzdilatation und allgemeiner Stauung. Der Verf. denkt an einen durch das Trauma ausgelösten nervösen Einfluß auf die bereits gestörte Funktion des Herzens. Infolge des bei der Sektion konstatierten krankhaften Vorzustandes erscheint eine verminderte Unfallentschädigung als billig. Diese Auffassung entspricht dem schweizerischen Unfallversicherungsgesetz, wonach die Entschädigung verhältnismäßig herabzusetzen ist, wenn die Krankheit oder der Tod nur teilweise durch den versicherten Unfall bedingt ist.

Schönberg (Basel).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Arteriosklerose abgelehnt. Med. Klin. 1928 II, 1242—1244.

A. wurde 1914 im Alter von 63 Jahren bei der Mobilmachung eingestellt und war bei Bewachung der Bahn tätig. 1915 wegen Aneurysma der Schenkelarterie Amputation des Beines mit Entlassung. Im Entlassungszeugnis wird vermerkt: „Frisches Aussehen, gesunde innere Organe, harter, gespannter Puls an der Speichenarterie, Anzeichen beginnender Arteriosklerose.“ Die Arteriosklerose wird als Altersleiden und auf Anlage beruhend nicht als Dienstbeschädigung anerkannt, wohl aber ihre Verschlimmerung durch Aneurysma. 1923 Tod mit 72 Jahren, nach dem Leichenschein an Wassersucht und Arterienverkalkung. Dienstbeschädigung für Tod abgelehnt. 1925 Hinterbliebenenantrag: Tod wegen Entkräftung infolge des amputierten Beines. Auf Grund eines privatärztlichen Attestes, welches ausführte, daß die bei A. inzwischen eingetretene Lungentuberkulose und Wassersucht eine Folge der allgemeinen Verschlimmerung des gesamten Leidens durch die Amputation sei, wurde vom Versorgungsgericht Hinterbliebenenversorgung zugesprochen. Im Rekurs wird ausgeführt: Die Arteriosklerose war bei der Einstellung vorhanden und ist anlagebedingt und in ihren jetzigen Symptomen gewöhnliche Alterserscheinung. Eine Verschlimmerung des Allgemeinzustandes, abgesehen von dem Aneurysma, ist auf Grund des Entlassungsbefundes abzulehnen. Weiteres Fortschreiten der Arteriosklerose entspricht dem schicksalsmäßigen Verlauf. Der Unfall des Jahres 1922, welcher zu längerer Bettlägerigkeit und damit zur Ausbildung einer Tuberkulose führte, ist nicht Folge der Amputation, sondern Folge des schicksalsmäßigen Fortschreitens der Aderverkalkung. Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod wird daher als unwahrscheinlich abgelehnt.

Spiecker (Beuthen).

Lyon-Caen, Louis: A propos d'un cas de thrombophlébite du membre supérieur. (Fall von Thrombophlebitis der oberen Extremität.) Ann. de méd. lég. Jg. 8, Nr. 4, S. 188—197. 1928.

Einem 56jährigen bis dahin gesunden Zimmermann schwoll seit Mai 1927 langsam die rechte Hand an. Die Schwellung schritt allmählich bis zur Schulter vorwärts, wo sie halt machte. Als Ursache wurde Muskelüberanstrengung angenommen. Doch hatte der Mann 1918 einen Faustschlag auf die rechte untere Halsgegend erhalten, wovon eine unscheinbare Narbe zurückgeblieben war (Disposition?).

Die Thrombophlebitis kann zweifellos durch ein Trauma, vor allem mit starker Abduktion und Außenrotation des Armes durch Venenzerreißung oder Blutung in der Venenumgebung entstehen. Eine Disposition durch schon vorher bestehende Krankheitsprozesse (Syphilis usw.) ist erwiesen. Doch wird man auch bei Bestehen einer solchen das Trauma für ihre Entstehung oder Verschlimmerung verantwortlich machen. Nur wenn sie sich im Anschluß an manifeste Krankheiten (Grippe, Tuberkulose, Syphilis, Tumor usw.) meist durch phlebitische Prozesse entwickelt, ist die traumatische Entstehung abzulehnen.

Weimann (Berlin).

Kümmel, Werner: Ein Fall von tödlicher Nasenblutung aus der verletzten Carotis interna. Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 21, S. 304—310. 1928.

Es handelt sich um traumatisches Aneurysma der Car. interna, das an der vermutlich sehr dünnen Seitenwand der Keilbeinhöhle entstanden war. Die Verletzung wurde durch einen Motorradunfall hervorgerufen. Der erste Insult ging mit Bewußtlosigkeit und Blutungen aus Nase, Mund und Ohren einher; er ging schnell und auffallend gut vorüber. Man hatte eine Zerreißung an beiden Trommelfellen, aber keine Schädigung des Gehörs festgestellt. — Dann folgten etwa alle 14 Tage, zum Teil sehr heftige Blutungen (bis zu 1½ l) aus Mund und Nase. Jedoch standen auch diese auf Clauden, bzw. Pituglandol oder leichte Tamponaden der hinteren, oberen Nase. Zuerst wurden diese Blutungen auf ein Ulcus septi bezogen, besonders deshalb, weil auch nach Ätzung desselben die Blutungen zur Ruhe gekommen waren. — Der Patient starb 10 Wochen nach dem Unfall an Verblutung aus Nase und Mund. Das abgebildete Präparat zeigt, wie die knöcherne Keilbeinwand weitgehend arrodiiert ist und das Aneurysma sich bis in die Nase erstreckt. Verf. erwägt noch die Aussichten der Behandlung solcher Affektion durch Freilegung der Sackwand, oder durch Carotiskompression oder durch Unterbindung der Carotis. Einen gleichartigen Fall hat er in der Literatur nicht finden können.

Klestadt (Breslau).

Niehaus: Perniziöse Anämie und Dienstbeschädigung. Ärztl. Sachverst.ztg 34, 212—213 (1928).

Der ursächliche Zusammenhang einer perniziösen Anämie mit einer Dienstbeschädigung macht im Versorgungswesen besondere Schwierigkeiten, weil bisher die Ursache der perniziösen Anämie nicht bekannt ist. Man nahm bisher an, daß gewisse Schädigungen, so besonders des Verdauungsapparates, Ruhr, Typhus, Paratyphus, Cholera und die Wurmkrankheit durch *Botriocephalus latus* die Entwicklung der Krankheit beeinflussen oder auslösen können. Deswegen ist der ursächliche Zusammenhang vom Reichsversorgungsgericht in vielen Fällen bejaht worden. Bei anderen Erkrankungen, Blasen- und Nierenleiden, Malaria wird ein Zusammenhang für unwahrscheinlich gehalten. Ebenso wenig sollen starke Blutverluste, wie sie im Kriege vorkamen, und Operationen zu einer perniziösen Anämie führen. Von ärztlicher Seite ist darauf hingewiesen worden, daß die perniziöse Anämie nach dem Kriege auffällig stark zugenommen und in den letzten Kriegsjahren und der ersten Nachkriegszeit eine 3—4fache Steigerung erfahren habe, woraus die Annahme hergeleitet wurde, daß die Entbehrungen und die anderen Schädigungen des Kriegsdienstes einen wesentlichen Einfluß auf die Entwicklung der perniziösen Anämie ausübten. Neuerdings ist nun aber von Grober darauf hingewiesen worden, daß die Krankheit nicht häufiger aufgetreten, sondern nur infolge der erheblichen Fortschritte der Blutdiagnostik häufiger erkannt worden ist als früher. Eine einfache Blutarmut ist bei Kriegsteilnehmern nicht selten gewesen, indessen ist die perniziöse Anämie nicht häufiger bei ihnen vorgekommen als vor dem Kriege. Damit fällt, wie Verf. hervorhebt, einer der wichtigsten Gründe für die Bejahung der Dienstbeschädigungsfrage fort, da wohl die Möglichkeit, nicht aber die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges angenommen werden kann.

Ziemke (Kiel).

Weil, Paul: Myeloische Leukämie als mittelbare Kriegsdienstbeschädigung? (Oberversicherungsamt u. Versorgungsgericht, Stuttgart.) Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 34, Nr. 7, S. 95—97. 1928.

Krankheiten, deren Ätiologie noch wenig oder gar nicht bekannt ist, werden von Kriegsteilnehmern oder deren Hinterbliebenen recht häufig auf den Kriegsdienst geschoben. Verf. berichtet von einer tödlichen myeloischen Leukämie, deren erste Erscheinungen 11 Jahre nach einer im Kriege erlittenen Verschüttung etwa gleichzeitig mit einem von einer Becken-

schaufel ausgehenden, wahrscheinlich tuberkulösen Absceß aufgetreten waren. Er lehnt einen direkten ursächlichen Zusammenhang mit der Verschüttung wegen der Geringfügigkeit des durch die Verschüttung erlittenen Traumas — der Verstorbene war nach der Verschüttung 3 Tage lang revierkrank gewesen — und wegen der Länge der Zeit, die zwischen der Verschüttung und der Entwicklung der Leukämie lag, ab. Auch einen mittelbaren Zusammenhang derart, daß die Leukämie durch den als Dienstbeschädigung anerkannten tuberkulösen Knochenprozeß verursacht worden sei, hält er für unwahrscheinlich. Im Schrifttum finden sich keine Angaben, daß sich nach einem tuberkulösen Knochenprozeß eine myeloische Leukämie jemals entwickelt hat; es könne somit höchstens nach ärztlicher Erfahrung ein solcher Zusammenhang als möglich bezeichnet werden. Die Art des Knochenprozesses, der gute Allgemeinzustand des Verstorbenen und der verhältnismäßig lange Zwischenraum zwischen der Ausheilung des Knochenprozesses und dem deutlichen Zutagetreten der Leukämie bzw. der durch diese Gesundheitsstörung bedingten Arbeitsunfähigkeit spreche gegen die Annahme einer mittelbaren Dienstbeschädigung.
Ziemke (Kiel).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für myelogene Leukämie abgelehnt. Fortschr. d. Med. Jg. 46, Nr. 21, S. 514—515. 1928.

Als Ursache der Leukämie wird nach neueren Untersuchungen eine infektiöse Entstehung angenommen. Die akute myeloische Leukämie führt meist in einigen Monaten zum Tode. Eine traumatische Entstehung wird nur in wenigen Fällen angenommen; auch in diesen Fällen ist ein Zusammenhang mit dem Unfall zweifelhaft, weil die Leukämie schon vor dem Unfall bestand. Nach den geltenden Anschauungen ist ein solcher nur anzunehmen bei Milzverletzungen, allgemeinen Körpererschütterungen, stumpfen Verletzungen der Gliedmaßen mit und ohne Knochenverletzungen, infektiösen Prozessen bei Verletzungen und größeren Blutungen, ferner ist ein enger zeitlicher Zusammenhang nicht über 1—1½ Jahre erforderlich.

Bei dem vom Verf. begutachteten Mann, der im Februar 1928 an Leukämie gestorben und im Sommer 1927 die ersten Krankheitserscheinungen gezeigt hatte, hatte 1915 eine Weichteilverletzung des Oberschenkels mit zahlreichen Granatsplittern in der Oberschenkelmuskulatur, mit Fistelbildung und langer Eiterung stattgefunden. Eine Milzverletzung, allgemeine Körpererschütterung, stumpfe Gewalteinwirkung mit Knochenverletzung hatte nicht vorgelegen, dagegen war eine Wundinfektion und im weiteren Verlauf eine Mandelentzündung dazugetreten. Die Leukämie hatte akut im Sommer 1927 eingesetzt. Da ein Zeitraum von 12 Jahren zwischen Entwicklung der Leukämie und der Verwundung lag und dieser ganz erheblich zu lange für die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges ist, wurde ein Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod als unwahrscheinlich abgelehnt.

Ziemke (Kiel).

Klassen, P.: Über Spätblutung nach stumpfen Milztraumen. (Krankenh. d. Barmherzigen Brüder, Bonn.) Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 34, Nr. 10, S. 145—149. 1928.

Die Schwere von Milzverletzungen steht oft zu den auftretenden Symptomen im Gegensatz. Es sind eine Reihe Fälle bekanntgeworden, wo die nach der traumatischen Milzruptur manifest werdende Blutung erst nach 1½ und mehr bis zu 12 Tagen bedrohliche Erscheinungen hervorrief. Für die Unfallbegutachtung sind solche Fälle von Milzruptur besonders bedeutungsvoll, wo zwischen einem an sich anscheinend erheblichen Trauma des Leibes ohne wesentliche Anfangserscheinungen und späterer Blutung ein größeres Intervall von vielen Tagen liegt, wodurch die Zusammenhangsfrage schwierig werden kann.

Verf. teilt einen Fall mit, wo dem Verletzten von seiner Frau ein Graubrotviertel in die linke Seite geworfen worden war. Der Mann ging danach spazieren und nach dem Mittagessen zum Feuerwehrtreffen; hier wurde er von einem Schwächeanfall überrascht, der offenbar durch eine stärkere Blutung veranlaßt war und durch Blutung unter die unverletzte Milzkapsel erzeugt wurde. Noch 8 Tage vermochte die Milzkapsel die koagulierten Blutmassen zu halten und so eine Selbsttamponade zu bewerkstelligen. Durch die ausgiebige Beteiligung an Gottesdienstgesängen wurde dann die Blutung der Milz von den damit verbundenen Zwerchfellbewegungen von neuem angeregt, wodurch das subkapsuläre Hämatom zum Platzen und so zur tödlichen Blutung in die Bauchhöhle führte. Verf. erklärt sich den Mechanismus der Milzruptur hier so, daß der gefüllte Magen ein Ausweichen der Milz nach der Magenseite hin nicht gestattete; die konkave Milzseite wurde so durch den Magen unterstützt und die angreifende Gewalt kam an der konvexen Fläche zur Geltung.

Bei einer während der Arbeit aufgetretenen Milzruptur ist besonders sorgfältig nach einem vorausgegangenem Trauma — Stoß, Fall, Schlag — zu fahnden, sonst be-

steht die Gefahr, daß bei länger zurückliegenden, außerhalb der Arbeitszeit entstandenen Milztraumen die Arbeitsleistung bzw. an sich unerhebliche Vorgänge, die während der Arbeit erfolgten, Ausgleiten, Hinfallen, Überanstrengung, als auslösende Unfallursache gedeutet werden und mit der Arbeitsleistung oder mit einem während der Arbeit sich abspielenden, an sich unerheblichen Vorgang irrtümlich in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden.

Ziemke (Kiel).

Schnek, Fritz: Bronchitis posttraumatica. (*Unfallkrankh., Wien.*) Mschr. Unfallheilk. 35, 305—316 (1928).

Jede den oberen Rumpfabschnitt treffende Gewalteinwirkung kann eine traumatische Bronchitis verursachen, für die Rippenfrakturen darf sie geradezu als symptomatisch bezeichnet werden. Ihre Häufigkeit ist bisher nicht feststellbar, weil sie gewöhnlich nicht als besonderes Krankheitsbild angesehen wurde. Infolge der Fixation des Brustkorbes in Expirationsstellung bei geschlossener Glottis tritt eine plötzliche, hochgradige Drucksteigerung im Innenraume ein, die zu maximaler Füllung der Gefäße und zu Blutungen führt und so einen günstigen Boden für die Ansiedelung pathogener Keime schafft. Als souveränes und anscheinend kausal wirkendes Mittel wird die Injektion kleiner Ätherdosen nach Bier gerühmt. Prognose ist im allgemeinen günstig. Neigung zu Chronizität besteht nur bei solchen Kranken, die nach dem Unfall in häuslicher Behandlung verblieben waren.

Giese (Jena).

Schnizer, v.: Rentenerhöhung wegen Lungenleiden abgelehnt. Med. Klinik Jg. 24, Nr. 23, S. 901—903. 1928.

Manche Ärzte sind sehr leicht geneigt, jedes Lungenleiden als Lungentuberkulose anzusehen und daraus eine versorgungsberechtigte Kriegsdienstbeschädigung herzuleiten. Ein Kriegsfreiwilliger wurde im November 1914 an der rechten Schulter verwundet, wobei die Lunge verletzt gewesen sein soll. Er kam in Gefangenschaft. Bei seiner Rückkehr 1920 bestand noch ein Lungenspitzenkatarrh, für den er 30% E. M. erhielt. Erhöhungsantrag wurde abgelehnt, da 1921 der Lungenspitzenkatarrh nicht mehr nachweisbar war. Auch 1926 ließ sich keine Verschlimmerung nachweisen. Nach einem ärztlichen Zeugnis 1927 sollte sich im Anschluß an eine Grippe mit Bluthusten und Fieber das Lungenleiden verschlimmert haben. Die Untersuchung durch die Untersuchungsstelle Heidelberg ergab keinen verwertbaren physikalischen und Röntgenbefund für eine Lungentuberkulose. Eine solche wurde aber vom behandelnden Arzt behauptet, der angeblich ausgesprochenen Bluthusten selbst beobachtet haben wollte. Verf. weist die Ansicht des behandelnden Arztes zurück, daß der Röntgenbefund für die Feststellung der Lungentuberkulose wertlos sei, da das Lungenbild durch die ausgedehnte Schulterverletzung mit verdickter Narbenbildung verwischt werde; dies widerspreche jeder wissenschaftlichen Erfahrung, die lehre, daß Narben nur in seltenen Fällen überhaupt auf die Platte kommen und das Lungenbild nicht verwischen können. Weiter wurde der vom behandelnden Arzt als tuberkulöser Bluthusten angesehene Blutausswurf als wahrscheinliche Folge eines mit der Grippe verbundenen pneumonischen Prozesses und z. T. durch Nasenbluten erzeugt bezeichnet und darauf aufmerksam gemacht, daß der Verlauf des als Lungenkatarrh bezeichneten Lungenleidens nicht für eine Tuberkulose, sondern gerade gegen eine solche sprach. Eine Verwundung der Lunge durch den Granatsplitter, der die Schulter traf, war zudem gar nicht erwiesen. Es wurde daher eine Rentenerhöhung wegen des 1920 festgestellten Lungenleidens abgelehnt.

Ziemke (Kiel).

Kaestle: Über die Porzellanlunge. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 37, H. 3, S. 369—380 u. 395—398. 1928.

Der Arbeit liegen die Resultate von Untersuchungen an 500 sog. „Porzellanern“ zugrunde. Die Pneumonokoniose der Porzellanarbeiter verdankt dem Staub der kristallinischen Kieselsäure ihre Entstehung. Die Röntgenmethode ist zur Erkennung der Krankheit unersetzlich. Vermehrte Begleitschatten, „Wabenstrukturen“ der Lungenzeichnung, Körnelung, im Gegensatz zur miliaren Lungentuberkulose ohne Unterschied in der Größe der einzelnen Herde, sind die Charakteristica des ersten Stadiums. Im zweiten Stadium stehen Schwielenbildungen und Schrumpfungen im Vordergrund; pleuritische Komplikationen sind häufiger als im ersten Stadium. Eingehende Erörterung der Differentialdiagnose gegen Tuberkulose, die im übrigen die häufigste Komplikation bei der Pneumonokoniose darstellt. Größere Flächenschatten, Emphysem weniger veränderter Lungenteile mit kleinfleckigen Herden, Schrumpfungs-, Stauungs- und Zerfallserscheinungen mit Kavernen beherrschen das Bild im dritten

Stadium. Arbeiter, die weniger als 10 Jahre im Betriebe waren, erkranken selten, auch später spielt die individuelle Disposition eine wichtige Rolle. Mit zunehmenden Arbeitsjahren nehmen die krankhaften Erscheinungen subjektiv, klinisch und röntgenologisch zu. Die subjektiven Beschwerden bestehen in Atemnot, Husten, Auswurf, Schwäche, im weiteren Verlauf Zirkulationsstörungen, Nachtschweißen. Die ersten objektiven Erscheinungen sind die multiplen, disseminierten miliaren Schattenflecke. Bronchitische Erscheinungen können ganz zurücktreten. Lungencarcinome kamen nicht zur Beobachtung. Die Erfahrungen führten zur Aufstellung bestimmter Forderungen, unter denen die Fernhaltung Jugendlicher von dem Beruf, die Aussonderung von Kranken mit offener Tuberkulose, regelmäßige Untersuchungen durch erfahrene Ärzte die wichtigsten sind. Die Späterscheinungen der Pneumonokoniose und ihre Folgen sind als Unfall im Sinne des Gesetzes zu betrachten. *Holthausen* (Hamburg).

Welker: Trauma und Pneumonie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 25, Nr. 11, S. 388—390. 1928.

Nach den vorliegenden Erfahrungen können sich Pneumonien nach Brustkontusionen im Verlauf von Stunden bis zu etwa 6 Tagen entwickeln. Diesen Kontusionspneumonien liegt eine Gewebsverletzung der Lunge zugrunde, die unter anderem durch Sturz aus beträchtlicher Höhe erfolgen kann. Der durch die Quetschung hervorgerufene Gewebsbrei gibt einen sehr günstigen Nährboden für die Entwicklung der Infektionserreger ab. Nicht nur die unmittelbare Gewebsschädigung, sondern auch die mangelhafte Atmung und Durchblutung der verletzten Partie infolge Schonung kommt dabei in Betracht. Nicht immer ist die vom Unfall betroffene Stelle mit dem Ort der beginnenden Infiltration identisch, es kann durch Contrecoupwirkung auch eine entferntere Stelle der Lunge erkranken.

Verf. sah bei einem Dachdecker, der aus $1\frac{1}{2}$ m Höhe mit dem Brustkorb auf einen Hackklotz gefallen, 15 Minuten besinnungslos gewesen war, dann aber weiter gearbeitet hatte, nach 14 Tagen die ersten Zeichen einer Pneumonie entstehen, die zum Tode führte. Die Zeit zwischen dem Unfall und dem Eintritt der Pneumonie hatte er dauernd über Schmerzen geklagt. Der eingetretene Tod wurde daher als direkte Unfallfolge angesehen. *Ziemke* (Kiel).

Boecker: Tod an Lungenbrand nach Einatmung von Thomasmehl. Betriebsunfall? Entscheidung des OVA. Königsberg. Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 34, Nr. 9, S. 133 bis 135. 1928.

Das Oberversicherungsamt in Königsberg i. Pr. hat die Witwe eines nach Einatmung von Thomasmehlstaub an Lungenbrand verstorbenen Mannes mit ihren Ansprüchen auf Hinterbliebenenrente abgewiesen mit der Begründung, daß die in 10stündiger Arbeitszeit an 4 aufeinanderfolgenden Tagen erfolgte Einatmung des Thomasmehlstaubes kein Betriebsunfall sei, sondern als Gewerbekrankheit angesehen werden müsse. Es fehle die Feststellung, daß die Erkrankung „plötzlich“, zum wenigsten in einer bestimmten Arbeitsschicht eingetreten sei. Das Reichsversicherungsamt habe ausdrücklich festgestellt, daß die Annahme eines Betriebsunfalls als eines plötzlichen, d. h. zeitlich bestimmaren, in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenen Ereignisses im Betriebe nur dann zulässig sei, wenn die Schädigung im Betriebe an einem bestimmten Tage stattgefunden habe. Nach der Angabe des Vertrauensarztes sei aber nicht anzunehmen, daß die verhängnisvolle Einatmung der kleinen Thomasmehlkristalle bereits am ersten Tage die schwere Erkrankung und den Tod verursacht habe. *Ziemke* (Kiel).

● **Ickert, Franz: Staublunge und Staublungentuberkulose. (Die Tuberkul. u. ihre Grenzgeb. in Einzeldarstell. Hrsg. v. L. Brauer u. H. Ulrici. Bd. 4.)** Berlin: Julius Springer 1928. VI, 64 S. u. 7 Abb. RM. 4.80.

In der vorliegenden Monographie hat Verf. die in den letzten Jahren, namentlich in England und in Südafrika über die gewerblichen Staubkrankheiten gesammelten Erfahrungen nach den verschiedensten Gesichtspunkten kritisch zusammengefaßt. Zusammenfassend kommt er zu dem Schlusse, daß hinsichtlich der Entstehung von Staublunge und Staublungentuberkulose die Gefährlichkeit einer Staubart von dem Grade der Beimengung von kristallinischer Kieselsäure abhängt. Der Kieselsäure steht an Gefährlichkeit sehr nahe der Schmirgel; Metallschleifstaub ist am gefährlichsten. Bei Entstehung der Staublunge spielen Infektionen, besonders die mit dem Tuberkelbacillus, eine Rolle. Die Lungentuberkulose bei Staubkranken hat vorwiegend indurativen Charakter, zeichnet sich durch langsamen Verlauf und durch ein besonderes Hauptsterbealter, das jedoch im Durchschnitt höher liegt als das der Tuberkulotiker der übrigen Bevölkerung, aus. Auch bezüglich der Infektion der Angehörigen zeigt die Staub-

lungentuberkulose insofern besondere Verhältnisse, als die Angehörigen von tuberkuloseinfizierten Bergleuten an und für sich häufiger angesteckt werden als diejenigen der Arbeiter anderer Berufe, daß aber die Krankheit im allgemeinen milder verläuft, was durch die infolge der chronisch verlaufenden Tuberkuloseform ermöglichten Immunisierung erklärt wird. Man ist daher berechtigt von einer besonderen Form der Lungentuberkulose, von der „Staublungen-tuberkulose“, zu sprechen. Das wirksamste Mittel zu ihrer Verhütung ist eine energische Staubbekämpfung besonders des Kieselsäure enthaltenden Staubes sowie Fernhaltung bzw. Ausschluß tuberkulöser Personen von Staubberufen einerseits durch sorgfältige Auslese bei der Anstellung und andererseits durch dauernde Überwachung der Arbeiter. Es wäre anzustreben, daß die Staublung und Staublungen-tuberkulose etwa nach englischem Muster als Berufskrankheit bzw. gewerblicher Unfall Anerkennung finde. Die Forschungen sind am besten von einer zentralen Stelle aus zu leiten. Als Muster für eine solche Zentralstelle kann das Wattkins-Pitchfordsche Institut in Südafrika gelten. *Marx (Prag).*

Wiegand: Tod durch Lungenleiden und Unfall. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 25, Nr. 6, S. 225. 1928.

Das R.V.A. hat in einer Rekursentscheidung vom 30. IX. 1925 den ursächlichen Zusammenhang zwischen Tod und Lungentuberkulose, die durch Quetschung der linken Brustseite ungünstig beeinflußt worden war, anerkannt und eine Witwenrente gewährt, obwohl der Verstorbene noch an einem vom Unfall unabhängigen Leiden, einer bösartigen Darmgeschwulst, gelitten hatte, die seinen Tod voraussichtlich innerhalb eines Jahres sowieso herbeigeführt hätte. Der Unfall hatte im Jahre 1918 stattgefunden, der Tod war infolge einer Verblutung bei schwerster chronischer höhlenbildender Lungentuberkulose eingetreten. Ein Gutachter hatte einen Einfluß des Unfalls auf den Verlauf des Lungenleidens verneint, 2 andere Gutachter eine ungünstige Beeinflussung des Lungenleidens im Sinne einer Verschlimmerung derart angenommen, daß der Unfall nicht nur psychisch ungünstig eingewirkt, sondern auch allgemein-körperlich die Ernährung und die Widerstandsfähigkeit gegenüber der Tuberkulose herabgesetzt habe. Der Tod sei dadurch wesentlich früher eingetreten, als bei normalem Verlauf des Leidens. Das Darmleiden habe völlig außer Betracht zu bleiben, weil der Tod durch die Tuberkulose und nicht durch das Darmleiden eingetreten sei, das weder durch den Unfall entstanden, noch ungünstig beeinflußt worden sei. *Ziemke (Kiel).*

Klieneberger, Carl: Verschlimmerung bestehender Lungentuberkulose durch Unfall. (Stadt-Kranken., Zittau.) Med. Klinik Jg. 24, Nr. 15, S. 590—591. 1928.

Es war die Frage zu entscheiden, ob bei einem Manne, der fast 8 Monate vor dem Unfall bereits wegen Lungenblutens und linksseitiger Brustfellentzündung in dauernder Behandlung gestanden hatte, eine Quetschung des Brustkorbs durch Fall aus 2—3 m Höhe eine Verschlimmerung der Lungentuberkulose zur Folge gehabt haben könne. Verf. lehnte dies ab. Der Unfall hatte nicht zu einer Rippenverletzung (auch röntgenologisch nicht), nicht zu besonderem Blutauswurf geführt, der Unfall hatte den Kranken auch nicht gehindert, sich am anderen Tage in der Sprechstunde vorzustellen, er hatte keine direkten Folgen, wie Lungenentzündung durch Quetschung, fieberhafte Erkrankung usw. veranlaßt, er hatte schließlich bei dem durch Monate krank geschriebenen und behandelten Lungentuberkulösen nur zu einer Arbeitsunfähigkeit von 9 Tagen geführt. Der klinische und der Röntgenbefund, der mit einem Durchleuchtungsbefund aus einer Zeit von 47 Tagen nach dem Unfall verglichen werden konnte, entsprachen dem Verhalten einer chronisch sich ausbreitenden, langsam zum Tode führenden Lungentuberkulose, bei der die Einatmung von Keimen aus zerfallenden Herden durch Aspiration eine Rolle spielt, und machten es nicht wahrscheinlich, daß der Unfall zu rascherem Fortschreiten des Tuberkuloseprozesses Veranlassung gegeben habe. Bei den schon 3 Jahre vorher festgestellten Veränderungen sei der Verlauf der Krankheit und der erhobene Befund als der wahrscheinlich natürliche Verlauf der Krankheit anzusehen. Eine Verschlimmerung der bestehenden Lungentuberkulose durch den Unfall müsse daher als wahrscheinlich nicht in Betracht kommend bezeichnet werden. *Ziemke (Kiel).*

Rekursentscheidungen der RVA. über den ursächlichen Zusammenhang. A. Tuberkulose und Unfall. Mschr. Unfallheilk. 35, 274—277 (1928).

1. Am 22. I. 1923 verspürte A. beim Heben eines Rohres einen Schmerz im Rücken. Im März 1923 begab er sich in ärztliche Behandlung und stellte im Januar 1924 die Arbeit ein. Die später eingetretene Wirbeltuberkulose wird als Unfallfolge abgelehnt, da im Anschluß an den angeblichen Unfall stürmische Krankheitserscheinungen nicht aufgetreten sind und auch von diesem Zeitpunkt ab eine wesentliche Beschleunigung im Verlauf der Krankheit nicht zu beobachten war. Es wird angenommen, daß durch den genannten Vorgang keine Schädigung des bereits erkrankten Brustwirbels erfolgt ist, sondern daß sich zufällig bei dieser Gelegenheit das bestehende Leiden zum erstenmal schmerzhaft bemerkbar machte, dessen Verlauf auch ohne Anheben des Rohres kein anderer gewesen wäre. — 2. A. glitt seitwärts vom Pferde, blieb mit dem rechten Absatz in der Leine hängen und fiel mit den Händen zu Boden. Er fühlte nur eine gewisse Spannung im rechten Knie, sah aber weder in den nächsten Tagen, noch in den nächsten Monaten das Knie auf eine Verletzung hin an und suchte

erst Monate später ärztliche Hilfe auf. Die in der Zwischenzeit angeblich hin und wieder aufgetretenen Schmerzen behinderten seine Arbeitsfähigkeit nicht. Ein Zusammenhang der später offenbar gewordenen Kniegelenkstuberkulose mit dem genannten Vorgang wird abgelehnt, da eine erhebliche Verletzung nicht nachzuweisen war, und derartige Leiden im allgemeinen ohne äußere Einwirkungen entstehen. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt keinesfalls zur Anerkennung. — 3. Am 6. IX. 1924 knickte A. bei der Arbeit mit dem Fuß um. Die 17 Tage darauf vorgenommene Röntgenaufnahme ergab erhebliche krankhafte Veränderungen tuberkulöser Natur am Sprungbein. Ein ursächlicher Zusammenhang wird abgelehnt in der Annahme, daß die Erkrankung nach dem Röntgenbilde schon länger vorhanden war und daß das Umknicken erst eine Folge dieser weit vorgeschrittenen krankhaften Veränderungen gewesen ist. *Spiecker* (Beuthen).

Pellegrini, Enrico: Trauma, tubercolosi e lavoro. (Trauma, Tuberkulose und Arbeit.) (*Clin. med., univ., Genova.*) Riv. di diritto del lavoro Jg. 2, Nr. 6, S. 329 bis 331. 1927.

Durch ein Trauma können die Gewebe direkt geschädigt und für die Lokalisation der Tuberkulose geeignet werden, oder es kommt eine Schädigung auch zustande durch eine Störung der Gefäß- und Nervenversorgung, oder endlich kann sie auch durch den Shock beim Trauma bedingt sein. Gewisse Anhaltspunkte für die Rolle des Traumas in der Entwicklung des Tuberkuloseherdes können uns die Art und die Stärke des Traumas, das Intervall bis zum Eintritt der Lungenscheinungen, der Verlauf der Erkrankung und die Konstitution des Kranken geben. *Steiger* (Hamburg).

Zollinger, F.: Richtlinien zur Beurteilung des Zusammenhanges einer Tuberkulose mit einem Unfall. Schweiz. med. Wschr. 1928 II, 813—821.

Verf. berichtet über die Resultate einer systematischen Bearbeitung von 157 Fällen unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur und stellt eine Anzahl allgemeiner und wesentlicher Richtlinien auf, die die Beurteilung des Zusammenhanges von Tuberkulose und Unfall erleichtern. Er betont, daß eine traumatische Tuberkulose zu den allergrößten Seltenheiten gehört, abgesehen von der Inokulationstuberkulose, und erörtert die Gründe für das Zustandekommen der häufigen Irrtümer in der Begutachtung. Der Annahme eines *Locus minoris resistentiae* steht die Tatsache entgegen, daß selbst bei schwer tuberkulösen Menschen Wunden gewöhnlich nicht tuberkulös werden, und daß auch bei Operationen an Lungenkranken nur dann eine Erkrankung am Operationsort entstand, wenn ein aktiver oder inaktiver Herd lädiert wurde. Das Vorkommen infektionstüchtiger Tuberkelbacillen im Blut beschränkt sich auf vorgeschrittene Lungentuberkulose, Miliartuberkulose und Tuberkulosefälle, die kurz vor dem Tode stehen. Latente Herde genügen nicht, um die Annahme von im Blut kreisenden Tuberkelbacillen zu begründen. Verf. lehnt die Annahme eines lokalisierenden Einflusses eines Traumas ab und gibt die Möglichkeit nur für solche Fälle zu, bei denen massenhaft virulente Tuberkelbacillen im Blut kreisen konnten. Das Märchen von der Geringfügigkeit der Tuberkulose erzeugenden Traumen bezeichnet Zollinger als Irrlehre und verlangt unbedingt eine anatomische Gewebsschädigung. Zur Anerkennung ist ferner eine räumliche Beziehung erforderlich. Die Infektion muß stattfinden, bevor die unmittelbaren Verletzungsfolgen geheilt sind. Unmittelbar oder schon in der ersten Woche nach dem Trauma auftretende Infektionserscheinungen deuten auf eine zur Zeit der Verletzung schon vorhandene Infektion hin. Am frühesten, evtl. schon am 3. oder 4. Tage nach der Infektion treten klinische Erscheinungen nur bei der Meningitis auf. Am 3. bis 4. Tage nach der Invasion beginnt die Entwicklung eines Tuberkels, am 12. bis 14. Tage ist der Höhepunkt der Entwicklung erreicht. Brückensymptome berechtigen zur Annahme eines Zusammenhanges auch bei relativ spätem Auftreten der ersten typischen Symptome. Die Verschlimmerung einer bestehenden Tuberkulose darf nur angenommen werden, wenn sie spätestens 3—4 Tage nachher entsprechende Krankheitserscheinungen macht und sich das Leiden nicht bereits im letzten Stadium befindet. Zur Annahme eines Zusammenhanges genügt nicht die bloße Möglichkeit bei der so seltenen traumatischen Erkrankung, sondern es muß eine überwiegende Wahrscheinlichkeit vorhanden sein. Zur Beurteilung der Form und des ungefähren Alters der Erkrankung sind gute Röntgenaufnahmen wertvoll. In speziellen Richtlinien wird vom Verf. die Zusammenhangsfrage dann bei Knochen- und Gelenk-

tuberkulosen, bei Lungentuberkulose, bei Brustfell- und Hirnhautentzündung, Miliartuberkulose, Lymphdrüsen-, Sehnenscheiden-, Nieren-, Bauchfell-, Hoden- und Augentuberkulose im einzelnen erörtert. Zusammenfassend erklärt Z., daß man berechtigt ist, der traumatischen Entstehung einer Tuberkulose mit großer Skepsis gegenüberzutreten und daß leider auf keinem Gebiet der Unfallheilkunde öfters unbewiesene Behauptungen aufgestellt und in leichtfertig abgegebenen Gutachten Möglichkeiten als Wahrscheinlichkeiten oder gar Sicherheiten genommen werden als bei der Tuberkulose.

Specker (Beuthen).

Stier, Ewald: Zur Prognose der Konvexitätsbrüche des Schädels. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 68, S. 629—639. 1928.

Verf. konnte im Jahre 1927 33 Fälle begutachten, in denen ein Bruch des Schädels nachweisbar war. 17 mal handelte es sich um Basisbrüche, 16 mal um Brüche der Konvexität. Die Wichtigkeit einer sorgfältigen Röntgenuntersuchung wird mit Recht betont, um so mehr darum, als die komotionellen Erscheinungen sehr gering sein können. Ebenso ist die Forderung nach einer genauen modernen Vestibularisprüfung bei Basisbrüchen gewiß berechtigt. (Allerdings ist das Fehlen organischer Vestibularerscheinungen noch kein Beweis für die psychogene Natur etwaiger Schwindelsymptome). Bei den 33 Schädelbrüchen konnte nur je 3 mal bei Basis- und Konvexitätsbrüchen völlige Rentenentziehung empfohlen werden. Es handelte sich fast immer um ganz alte Fälle; in 3 Fällen lag völlige Arbeitsunfähigkeit vor; hier handelte es sich um Fälle, die im Laufe des ersten halben Jahres nach dem Schädelbruch untersucht wurden. In den anderen Fällen war die Erwerbsunfähigkeit auf 20—60% geschätzt. Sie war meist bei Basisbrüchen größer als bei Konvexitätsbrüchen. Bei letzteren ist die gefährlichste Folgeerscheinung die Epilepsie, die in 6 Fällen unter 16 beobachtet werden konnte und in 4 Fällen mit genügender Sicherheit auf die Fraktur zurückzuführen war. Besonders häufig ist sie bei Verletzungen des Stirnbeines. Hirndruckerscheinungen wurden 1 mal erst 10 Tage nach Verletzung beobachtet. In einem Fall trat im Anschluß an eine Lumbalpunktion der erste epileptische Anfall ein. Verf. warnt deshalb vor der Lumbalpunktion in frischen Fällen. Ob später Epilepsie eintreten wird oder nicht, kann vorläufig noch nicht früh erkannt werden.

F. Stern (Kassel).

Brandis, W.: Angeblich langdauernde Folge einer Kopfverletzung. Nervenärzte gegen Nervenarzt. Med. Klin. 1928 II, 1281—1282.

Falsche Einschätzung der angeblichen Folgen eines irrtümlich seitens eines Nervenarztes angenommenen Schädelbruches, während es sich in der Tat nur um eine vor 2 Jahren stattgehabte Gehirnerschütterung gehandelt hatte. Das RVA. hob die Entscheidung des Obergerichtsamtes auf.

Giese (Jena).

Kümmell sen., Hermann: Die posttraumatische Wirbelerkrankung, sogenannte Kümmellsche Krankheit. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 35, Nr. 3, S. 65—78. 1928.

Das vom Verf. 1891 aufgestellte Krankheitsbild besteht auch heute noch zu Recht. Geringfügige Unfälle, leichte Quetschungen eines Wirbelkörpers können eine Ernährungsstörung des Knochens herbeiführen, die späterhin zum Knochenschwund und zum Zusammensinken des Körpers Veranlassung gibt. Verf. glaubt in den Feststellungen Schmorls über die Knorpelknötchen und Knorpelhernien an den Wirbeln die notwendige pathologisch-anatomische Grundlage seiner Auffassung erblicken zu dürfen. Wenn der Entwicklung der Knorpelknötchen ein Bruch der Knochenabschlußplatte vorausgehe, so ergebe sich daraus, daß Kontinuitätstrennungen der Wirbelspongiosa ohne nennenswerte Beschwerden auftreten könnten. Auch experimentelle Untersuchungen (Lange, Göcke) sprächen für die Richtigkeit seiner Auffassung. *Achhausen*.

Liniger und Haehner: Arthritis deformans und Unfall. Mschr. Unfallheilk. 35, 289—298 (1928).

Verff. sind der Ansicht, daß in auffallend zunehmendem Maße Erkrankungen an dieser Verbrauchskrankheit in unkritischer Weise auf angeblich vorausgegangene Un-

fälle zurückgeführt werden. Sie fordern deshalb, für die Annahme einer traumatischen Verursachung bei direkter Entstehung den einwandfreien Nachweis eines erheblichen Gelenktraumas. Das gilt besonders auch für die jugendlichen Formen der A. d., die irrigerweise als überwiegend traumatisch bedingt angesehen werden. Bei indirekter Entstehung muß der Nachweis erheblicher statischer Schädigung eines Gelenkes durch ungünstig geheilte Frakturen usw. gefordert werden. Dauernd einseitige Belastung eines bis dahin gesunden Gelenkes an sich kann nicht zu einer Arthritis deformans führen, das beweisen die zahlreichen einseitig Beinamputierten. Zur Annahme einer wesentlichen Verschlimmerung einer alten A. d. gehört der Nachweis eines erheblichen Unfalles und eines auffallend raschen Fortganges des Leidens, denn auch an einem bereits erkrankten Gelenk können akute Unfallfolgen wieder völlig ausheilen. *Giese.*

Magnus, Georg: Spondylarthritis deformans fälschlich als Unfallfolge anerkannt. Mschr. Unfallheilk. 35, 298—305 (1928).

A., 49 Jahre, leidet an rundem Rücken, an linksseitigem Klumpfuß und konsekutiver Skoliose geringen Grades. Er wird am 17. I. 1921 von einem fallenden Baumstamm am Rücken und der linken Seite getroffen. Der Arzt stellt unmittelbar nach dem Unfall fest: „Schmerzhaftes Schwellung auf der linken Rückenseite in Höhe des 9. und 10. Brustwirbels in der Schulterblattlinie; Steifigkeit der Wirbelsäule, Druck- und Stauchungsschmerz. Kein Befund, der für eine ernstere Wirbelverletzung spricht.“ 14 Tage später macht A. einen Fußmarsch von 6 km. 24 Tage nach Unfall Arbeitsaufnahme. Am 20. IV. 1921 nimmt eine Universitätsklinik eine Schädigung der Wirbelsäule durch den Unfall an und befürwortet eine Rente von 30%. Am 12. VIII. 1922 wird durch den Vertrauensarzt eine Verletzung der Wirbelsäule für fraglich erklärt, der Unfall für belanglos gehalten und die Rente gestrichen. Am 30. VII. 1923 hält ein praktischer Arzt eine ernste Verletzung der Wirbelsäule in der Höhe des 8. Brustwirbels für vorliegend, während der Vertrauensarzt nochmals die Steifheit der Wirbelsäule als Teilerscheinung des Arbeitsbuckels bezeichnet und Unfallfolgen ablehnt. Die erneute Untersuchung in der gleichen Klinik ergibt, daß die vorderen Kanten der Wirbel leicht schnabelförmig nach vorn ausgezogen waren. Es wird Spondylitis deformans als Unfallfolge angenommen, 33⅓%. Am 22. II. 1924 erklärt der Vertrauensarzt die geringe Spondylitis deformans als Folge der asymmetrischen Belastung und der Kyphose. Am 25. VII. 1924 erklärt ein erfahrener Unfallchirurg die Ausziehung der vorderen Wirbelkanten als Druckerscheinung, wie sie bei jeder Verbiegung der Wirbelsäule angetroffen wird. In einem dritten Gutachten der Klinik wird Kyphose und Skoliose nicht für hochgradig genug gehalten, um die erwähnten Veränderungen zu erzeugen. Erneute Untersuchung in der chirurgischen und inneren Station eines Unfallkrankenhauses ergibt keine Anhaltspunkte für Unfallfolgen. Es wird dabei betont, daß die gefundenen Veränderungen an dem großen Material des Krankenhauses auch nicht in einem einzigen Fall als Unfallfolgen beobachtet worden sind. Die Veränderungen der Wirbelsäule werden durch die angeborene Asymmetrie des Skelettes und den runden Rücken vollauf motiviert. Das Reichsversicherungsamt schickt die Akten der gleichen Klinik zur vierten Begutachtung zu, die naturgemäß ihr Urteil nicht ändert. Daraufhin Anerkennung als Unfallfolge, da die Berufsgenossenschaft durch ihren ersten Bescheid Unfallfolge anerkannt habe und an diese anerkenntlich gebunden sei. Das erste maßgebende Gutachten der Klinik, von einem Assistenten ausgestellt und vom Oberarzt gezeichnet, bei geringstem unfallchirurgischen Material, wird den Gutachten erfahrener Unfallärzte vorgezogen. *Spiecker.*

Brandis, W.: Osteomyelitis als Unfallfolge. Med. Klin. 1928 II, 1356—1357.

Ein 16jähriger Lehrling hat durch einen Fall eine Verstauchung des rechten Fußgelenkes erlitten, 8 Wochen danach wurde Eiterbildung und später Nekrose des Wadenbeines festgestellt. Divergierende Gutachten über den ursächlichen Zusammenhang wegen des auffällig späten Beginnes der Osteomyelitis, Entscheidung darüber wurde von den Brückenerscheinungen abhängig gemacht, deren Nachweis nur durch Zeugenaussagen zu führen war. *Giese (Jena).*

Baumann, Erwin: Traumatisches Muskelsarkom nach stumpfer Gewalt. (Krankenkh., Wattwil.) Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 58, Nr. 21, S. 521—527. 1928.

Ein 52jähriger Maurer erhielt bei der Arbeit durch ein abprallendes schweres Hebeleisen einen äußerst heftigen Schlag gegen den linken Oberschenkel. Es soll keine Verfärbung oder deutliche Schwellung aufgetreten sein. Nach 1½ Monaten bemerkte er an der immer noch schmerzhaften Stelle eine Vorwölbung. 3 Monate später wurde eine kindskopfgroße Geschwulst aus der Streckmuskulatur herausgeschnitten, die sich bei der histologischen Untersuchung als polymorphzelliges myxoblastisches Sarkom erwies. 1½ Monate später mußte wegen Rezidiv wieder operiert werden. Da der Kranke die Auslösung in der Hüfte ablehnte, wurde die Streckmuskulatur bis auf einen Teil des Vastus intermedius, V. medialis und Sartorius entfernt. 7 Monate später erfolgte der Tod an Lungenmetastasen bei Lokalrezidiv.

A. Brunner (St. Gallen).

Oppenheim, M.: Über eine bei Gasarbeitern und Installateuren vorkommende typische Hautschädigung. (Erfrierung, Einsprengung und Excoriationsbildung). (Abt. f. Haut- u. Geschlechtskrankhe, Wilhelminenspit., Wien.) Dermatol. Zeitschr. Bd. 53, S. 464—467. 1928.

21jähriger Installateur; auf der Beugeseite des rechten Unterarms handtellergroße, erhabene, gerötete Hautpartie, welche von zahlreichen Strichelchen und Tüpfelchen schwarz punktiert erschien, außerdem zeigten sich Risse.

Als Ursache wird Ausblasen einer Gasleitung mittels fester Kohlensäure angesehen, wobei die Kohlensäurepreßluft bei nicht rechtzeitigem Zurückziehen der Hand diese als Erfrierung angesehene Schädigung hervorgerufen hat. Die schwarzen Einlagerungen stammen von dem Ruß und Schmutz der Gasleitung. *Heinrich Baer.*

Zollinger, F.: Tuberculosis of the genito-urinary-system and industrial accidents. (Tuberkulose des Urogenitalsystems und gewerblicher Unfall.) Urol. a. cut. review Bd. 31, Nr. 12, S. 761—775. 1927.

Die Tuberkulose des U.G.S. stellt eine Sekundärerkrankung dar, welche lange Zeit symptomlos zu verlaufen pflegt. Die Tatsache, daß ein Arbeiter bis zu dem Unfall fortgesetzt gearbeitet hat, schließt nicht aus, daß seine Urogenitalorgane doch schon vor dem Unfall tuberkulöse erkrankt waren. Latente Herde bestehen vielmehr häufig. Demonstrable Fälle einer solchen Erkrankung, welche ausschließlich und unmittelbar auf den Unfall zurückzuführen waren, sind, mit Ausnahme einer direkten inokulierten Tuberkulose des Penis, bis jetzt nicht bekannt. In seltenen Fällen wird der entfernte primäre Herd im Zusammenhang mit dem später erkrankenden Organ durch das Trauma betroffen, Tuberkelbacillen werden in Bewegung gesetzt und siedeln sich an der Stelle des verletzten Urogenitalorgans an. In anderen Fällen wird der Primärherd vom Trauma betroffen (Lungen, Knochen), und von diesem Herd aus werden zufällig gerade Organe des Urogenitalsystems infiziert (mittelbarer Zusammenhang). Für die Voraussetzung eines teilweisen Zusammenhangs zwischen Trauma und Urogenitaltuberkulose müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: a) Ein genügend starkes Trauma muß eine wirkliche anatomische Verletzung in dem Organ hervorgerufen haben, in welchem die Erkrankung später auftritt; b) örtliche Zusammenhänge müssen vorhanden sein; c) zeitliche Zusammenhänge müssen bestehen; die ersten typischen Symptome der Hoden- oder Nebenhodentuberkulose müssen frühestens 3 Wochen, spätestens 3 Monate nach dem Unfall, bei der Nierentuberkulose frühestens 3 bis 4 Wochen, spätestens einige Monate nach dem Unfall auftreten; d) einer Verschlimmerung einer schon vorhandenen Tuberkulose kann dann angenommen werden, wenn das Trauma imstande war, eine anatomische Verletzung der erkrankten Niere herbeizuführen, wenn die Zeichen der Verschlimmerung kurze Zeit nach dem Unfall, spätestens 2—3 Wochen, manifest werden und wenn die Erkrankung nicht bereits in ihrem Endstadium stand. Eine Entschädigung für den Verlust einer Niere, der Prostata oder Samenblasen ist nur dann gerechtfertigt, wenn die Tuberkulose in einer vorher gesunden Niere als sicheres Resultat der Verletzung entstanden ist. Dasselbe gilt für den Hoden. Denn der Verlust eines Hodens ist nicht allgemein als Grund einer Entschädigung für verminderte Funktion anzusehen, es sei denn, daß der andere Hoden bereits mangelhaft oder gar nicht funktioniert. In dem Falle einer Verletzung eines bereits tuberkulösen Organs hat der Patient keinen Anspruch auf eine Entschädigung, wenn das Organ entfernt werden muß, da die Prognose nach der Operation ja eine bessere geworden ist, als sie vor dem Unfall war. (Vgl. a. diese Zeitschr. 10, 93.)

Bloch (Frankfurt a. M.).

Weil, Paul: Hypernephrom und Nephritis. Ein Obergutachten. (Württ. Versorgungsgericht, Stuttgart.) Ärtzl. Sachverst.-Zeit. Jg. 33, Nr. 22, S. 303—305. 1927.

Ein 1916 an Nierenentzündung erkrankter Kriegsteilnehmer starb 1926 an einem inoperablen Hypernephrom. Nach den Akten muß es sich bei der als Dienstbeschädigung anerkannten Nierenentzündung um Veränderungen im Sinne einer verhältnismäßig gutartigen sekundären Schrumpfniere gehandelt haben; der von diesen Veränderungen ausgehende Reiz auf anwesende versprengte Nebennierenkeime dürfte aber kaum ausreichend gewesen sein,

um ihr Wachstum zu veranlassen. Der Gutachter kommt zu dem Schlusse, es sei möglich, aber nicht wahrscheinlich, daß der Tod als unmittelbare Folge einer D.-B. im Sinne § 2 RVG. anzusehen ist. *Schulze (Greiz).*

Szabó, Ince: Infanteriegeschöß in dem rechten Nierenbecken. *Gyógyászat* Jg. 68, Nr. 9, S. 197—198. 1928. (Ungarisch.)

Bericht über einen Fall aus dem Weltkrieg, bei dem ein Steckschuß im Nierenbecken, 11 Jahre nach der Verletzung, Steinkolik und Hämaturie verursachte. *Ignác Farkas.*

Reding, E. v.: Hydrocele, Varicocele, Spermatocele und Trauma. (*Schweiz. Unfallversicherungsanst., Luzern.*) *Rev. suisse des acc. du travail* Jg. 21, Nr. 11/12, S. 242 bis 254. 1927.

Bei der Beurteilung einer traumatischen Hydrocele (bzw. Hämatocele) sind folgende Punkte zu berücksichtigen: 1. Unmittelbare Verletzung des Hodens und seiner Umgebung mit Spuren des einwirkenden Traumas. 2. Sofortiges Aussetzen der Arbeit infolge Schmerzen. 3. Mittlere Größe des Hydrocelensackes, d. h. nicht über Kleinfautgroß. 4. Geringe Spannungsverhältnisse des Hydrocelensackes. 5. Hämorrhagischer Punktionsinhalt. Bei den rein traumatischen Hydrocelen ergibt der Operationsbefund Fibrinauflagerung, Blutreste und Verwachsungen zwischen den einzelnen Hüllen. Nur etwa ein Drittel der als Unfall gemeldeten Hydrocelen sind reine Unfallfolgen, die übrigen zwei Drittel sind z. T. reine Krankheitsbilder, z. T. Teilunfälle, d. h. durch das Trauma nur verschlimmert. Es muß daher der Grundsatz gelten, daß die Hydrocele in der Regel spontan entsteht. Eine akut traumatische Varicocele kann Verf. aus seinem aus der Schweiz. Unfallversicherungsanstalt in Luzern stammenden Material nicht anführen. Die geringe Zahl (6), die ausschließliche Linksseitigkeit der Fälle, sowie das Bestehen auch von sonstigen varicösen Erweiterungen bei der Mehrzahl von ihnen macht das akut traumatische Entstehen einer Varicocele fraglich. Die Spermatocele kann durch ein Trauma bedingt sein, wenn zugleich auch eine Schwellung von Hoden und Nebenhoden daraus resultiert. Ist letzteres nicht der Fall, so ist die primäre abnormale Bildung als Ursache anzusprechen wie in dem einzigen hier zur Verfügung stehenden Falle. *Franz Bange (Berlin).*

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Darmverschlingung abgelehnt. *Med. Klin.* 1928 II, 1092—1094.

Ein Mann kam im November 1917 wegen „klinischen“ Typhus ins Lazarett. Er klagte über Kopfschmerzen, Frostgefühl, Appetitmangel, hatte intermittierendes Fieber, die Milz war fühlbar, Roseolen unsicher, 9malige Stuhluntersuchungen auf Typhus und Paratyphus blieben negativ. Der Mann wurde im Februar 1918 entlassen, Krankheitserscheinungen waren nicht mehr vorhanden. Er kam für 3 Monate garnisonverwendungsfähig in die Heimat und war noch 14 Tage im Genesungsheim. Am 18. VI. 1918 starb er, nachdem er 4 Tage vorher an Darmverschlingung operiert worden war. Der chirurgische Assistentarzt stellte eine spiralige Darmverschlingung und Verwachsung des unteren Dünndarms kurz vor der Einmündung in den Dickdarm fest und als Ursache eine alte Bauchfellentzündung, die sich aus schwartigen Verdickungen des Bauchfells und Verwachsungen zwischen den Darm-schlingen ergab. Es wurde mit größter Wahrscheinlichkeit die Typhuserkrankung aus dem Jahre 1917 als Ausgangspunkt der Bauchfellentzündung bezeichnet. Dieser Annahme tritt Verf. in längeren Ausführungen entgegen, indem er darauf hinweist, daß aus den Aufzeichnungen im Krankenblatt nicht der mindeste Anhalt dafür vorliege, daß die Erkrankung damals wirklich Typhus gewesen sei. Es läge viel näher, eine Grippeerkrankung in den Jahren 1922 und 1923 für die Verwachsungen des Bauchfells verantwortlich zu machen. Ausdrücklich werde gesagt, daß der Verstorbene 1923 wegen Grippe mit Durchfällen behandelt worden sei. Auch nach Typhus könne Peritonitis auftreten, aber dann müsse eine solche Peritonitis doch auch Erscheinungen machen, wofür in den Krankenblättern nicht die geringsten Erscheinungen angegeben seien. Verf. weist daher die Ansicht, daß ein Zusammenhang der Darmverschlingung 1926 mit der Erkrankung von 1917 bestehe, als unwahrscheinlich zurück. *Ziemke (Kiel).*

Fauquez: La question de la hernie. (Zur Frage der Hernien.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. II. 1928.*) *Ann. de méd. lég.* Jg. 8, Nr. 3, S. 145—148. 1928.

Verf. wendet sich gegen eine Entscheidung des obersten Gerichtshofes, nach der jede Hernie, die bei der Arbeit auftritt bzw. bemerkt wird, angesehen werden soll, als ob sie durch einen Unfall hervorgerufen wäre. Er weist im einzelnen nach, daß diese Entscheidung vom medizinischen Standpunkt nicht zu rechtfertigen sei. *Zillmer (Berlin-Tempelhof).*

Purrucker, Konrad: Zur traumatischen Entstehung von Leistenbrüchen. (*Chir. Abt., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 26, H. 2, S. 267—275. 1928.

Nach einem Überblick über die Entwicklung und den jetzigen Stand obiger Frage legt Verf. den Standpunkt der Krankenanstalt Bergmannsheil mit ihrem großen Unfallmaterial in folgender Weise dar: Die traumatische Entstehung einfacher Leistenhernien durch einen entschädigungspflichtigen Unfall wird in jedem Falle abgelehnt, ebenso die Verschlimmerung. Es handelt sich hier stets nur um den letzten, mehr oder weniger stürmisch verlaufenden Akt einer konstitutionell bedingten Schädigung, der angeborenen Bindegewebsschwäche. Der nicht vollwertige Organismus ist an den Stellen seiner organischen Baufehler der Summierung kleiner Angriffe, wie sie körperliche Arbeit mit sich bringt, nicht gewachsen. Anders dagegen ist die tatsächlich irreponible, nur operativ zu beseitigende Einklemmung eines Leistenbruches zu bewerten. Hier kommt unter bestimmten Voraussetzungen die Anerkennung eines entschädigungspflichtigen Unfalles in Frage, von denen besonders wichtig ist, daß die Einklemmung durch die verrichtete Arbeit hervorgerufen wurde, bei der eine besonders starke Inanspruchnahme der Bauchpresse nötig war. Weiterhin müssen sich die Anzeichen der Einklemmung sofort an das Unfallereignis angeschlossen haben, wobei sofortige Einstellung der Arbeit und heftige Schmerzen usw. gefordert werden müssen. Leistenhernien nach traumatischer Bauchwandschädigung sind äußerst selten, der Unfall muß aber ursächlich anerkannt werden, wenn die üblichen versicherungstechnischen Bedingungen erfüllt sind.

Drügg (Köln).

Vach, Ferdinand: Traumatische Appendicitis. Časopis lékařů českých Jg. 67, Nr. 23, S. 831—834. 1928. (Tschechisch.)

47jähriger Grubenarbeiter wurde von einem fallenden Kohlenstück in der rechten Bauchseite getroffen, wo er sofort heftige Schmerzen verspürte, so daß er die Arbeit unterbrechen mußte. Der am nächsten Tag konsultierte Arzt schickte den Patienten wegen Perforationsperitonitis zur chirurgischen Behandlung. Operationsbefund: Hochgradig verdickter phlegmonöser Appendix in allen Schichten von Hämorrhagien durchsetzt. Heilung. 12jähriger Knabe empfindet unmittelbar nach einem Sturz gegen den Unterbauch heftige Schmerzen, so daß er sich nur mit Hilfe seiner Kameraden heim begeben kann, bleibt eine Woche lang unbehandelt bei unveränderten Schmerzen, Stuhlverhaltung und Erbrechen. Operation unter Diagnose allgemeiner Peritonitis von einem Medianschnitt aus. Diffuse eitrige Peritonitis Appendicitis gangränosa mit Kotstein, gedeckte Perforation einer Dünndarmschlinge. Exitus.

Diese beiden Fälle werden dahin gewertet, daß es eine traumatische Appendicitis gibt. Bei Beurteilung von Erkrankten, die ihre Appendicitis auf einen Unfall zurückführen, ist darauf besonders Gewicht zu legen, ob die einwirkende Gewalt tatsächlich intensiv genug war, schwerere Veränderungen hervorzurufen, bei direkter Gewaltwirkung, ob sich irgendwelche Spuren, Hämatome, Abschürfungen u. dgl. an den Bauchdecken finden, bei indirekter Einwirkung, ob die Anstrengung des Kranken bei der Arbeit eine ungewöhnliche war, so daß sie das Maß seiner Körperkräfte überschritt. Ein traumatischer Einfluß ist abzulehnen, wenn der akute Anfall während der gewöhnlichen Tagesarbeit, die eine besondere Anstrengung nicht voraussetzt, eingetreten ist. Zur Annahme einer traumatischen Appendicitis ist auch unbedingt ein zeitlicher Zusammenhang zu fordern, indem sich die akuten Erscheinungen unmittelbar an das Trauma anschließen müssen. In zweifelhaften Fällen kann schließlich auch der Operationsbefund entscheiden.

Hans Ehrlich (Mähr. Schönberg).

Boyksen, Otto: Aktinomykose als Spätfolge von Kriegsverletzungen. Zentralbl. f. Chir. Jg. 55, Nr. 25, S. 1542—1545. 1928.

1. Ein 23jähriger Mann erlitt 1916 einen Bauchschuß. Einschuß an der rechten Beckenschaukel. Patient lag auf Stroh. Die Operation ergab Dünndarmverletzungen; Entfernung des Geschößsplitters. Späterhin Entleerung von intraperitonealen Abscessen. Eine Dünndarmfistel bestand bis 1917. 1919 Narbenbruchoperation. 1921 Beckenschaukelabsceß, in dem Strahlenpilze festgestellt wurden. Röntgenbestrahlung. Ein Zusammenhang der Aktinomykose mit der Kriegsbeschädigung wurde vom Versorgungsamt zunächst abgelehnt, später aber anerkannt. Seit einem Jahr wieder Abscesse in der Leistenbeuge, Unterbauchgegend und am Becken. Pleuritis exsudativa; starke Eiterung. Prognose schlecht. — 2. Ein 30jähriger Mann

erlitt 1915 im Felde einen Beckenbruch. Offene Wunde an der rechten Beckenschaufel. 3 Tage unverbunden auf Stroh gelegen. Lange Wundeiterung. 1925 wegen Tumor in der rechten Seite behandelt. Operation: Großer Tumor an der rechten Beckenschaufel, bleibt unberührt (Sarkomverdacht). Bauchhöhle o. B. Röntgenbestrahlung. 1927 Erweichung, Incision. Im Eiter Strahlenpilze. Fortschreiten der Aktinomykose auf Kreuzbein und Lendenwirbel. 1928 Exitus letalis.

Daß die Eintrittspforte der Aktinomykose nicht immer die Mundhöhle ist, sondern daß der Pilz auch in die verletzte Haut eindringen kann, ist mehrfach nachgewiesen (Ponfick, Sauer u. a.). Die eingedrungenen Grannen mit den Pilzen wandern und erzeugen in weiterer Umgebung der Wunde Eiterung (Bostroem). Mehrfach veröffentlichte Fälle werden angeführt. Die Dauer des Latenzstudiums ist ganz verschieden.

E. Willms (Hannover)._o

Seitz, A.: Gewerbliche Dermatosen und Unfallverhütung. Zentralbl. f. Gewerbehyg. u. Unfallverhüt., neue Folge Bd. 4, H. 12, S. 433—435. 1927.

Seitz verlangt mit Rücksicht auf die sehr hartnäckigen Ekzeme, welche bei Arbeitern der polygraphischen Gewerbe infolge der Berührung mit „Waschmitteln“ auftreten, die Ausdehnung der Unfallversicherung auch auf diese gewerblichen Dermatosen. Er führt diese Erkrankungen auf die seit dem Kriege in Verwendung gekommenen Ersatzstoffe zurück, während reines Terpentin und reine Waschmittel vielfach keine Ekzeme erzeugen. *Kalmus*.

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Apfelbaum, Moritz: Der unbemerkte Hintergrund rechtlich-psychiatrischer Grenzfragen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 19, H. 5, S. 272 bis 281. 1928.

Verf. bespricht den Meinungs-austausch eines Juristen, der ein psychiatrisches Gutachten kritisierte, und des psychiatrischen Gutachters, der den juristischen Ausführungen entgegenete (vgl. Edlin und Entgegnung von Maier, dies. Zschr. 12, 57). Edlin verlangt zur Strafverfügung Nachweis der Zurechnungsfähigkeit, Freispruch nicht nur bei nachgewiesener Unzurechnungsfähigkeit, sondern auch bei der Unmöglichkeit des Nachweises der Unzurechnungsfähigkeit sowie bei mangelndem Nachweis der Zurechnungsfähigkeit. Maier erklärt demgegenüber die Unzurechnungsfähigkeit als einen dem naturwissenschaftlichen Denken fremden Begriff, als eine bloße Abstraktion aus dem sozialen Zusammenleben der Menschen. Verf. zeigt, daß die Erweiterung des Freispruchs eine gewisse Ungerechtigkeit und Unzufriedenheit zeitigen würde, und hebt hervor, daß die Ungerechtigkeit auf dem Boden der Vergeltungstheorie sich gründet, welche er bereits früher in seiner Schrift über Strafrecht und Willensfreiheit abgelehnt hat. Um Ungerechtigkeit zu vermeiden, ist als Grundsatz nicht die Vergeltungstendenz, sondern der Schutz der Gesellschaft aufzustellen.

Klieneberger (Königsberg Pr.)._o

Coppola, A.: L'„afasia“ nei poliglotti e la simulazione nello „sconosciuto“ di Collegno. Sull' importanza dell'anamnesi e sulla necessità dell'esame clinico per la diagnosi delle neuropsicopatie. (Die „Aphasie“ bei Polyglotten und die Simulation beim „Unbekannten“ von Collegno. Über die Wichtigkeit der Anamnese und die Notwendigkeit der klinischen Prüfung für die Diagnose der Neuropsychopathien.) (*Clin. d. malatt. nerv. e ment., clin. psichiatri., univ., Torino.*) Riv. Pat. nerv. 33, 359—393 (1928).

Dieser geistreich und temperamentvoll geschriebene Aufsatz ist einer polemischen Auseinandersetzung mit G. Mingazzini über den namentlich durch die allgemeine Presse bekanntgewordenen „Unbekannten“ der Irrenanstalt von Collegno gewidmet, der amnestisch war oder sein wollte, während 2 Familien, Bruneri und Canella, in ihm einen der Ihrigen erkannten und er selbst in der Folge sich als Professor Giulio Canella (und nicht als der Typograph Mario Bruneri) gerierte. Verf. hatte in einem psychiatrischen Gutachten den „Unbekannten“ für den Typographen Bruneri erklärt, während Mingazzini dieses Gutachten anfocht und die Canella-These vertrat. Dieser Auffassung tritt nun Coppola von neuem entgegen und sucht sie im einzelnen zu entkräften und den „Unbekannten“ als einen Simulanten hinzustellen, der es auf die sich ihm unter so ungewöhnlichen Bedingungen bietende Situation eines Professors abgesehen hat (die ihm viel verlockender als die eines einfachen Typographen erscheinen mußte.) Die Einzelheiten dieser Polemik können nicht in einem