

Totenstarre der Muskulatur werden erörtert unter Zugrundelegung der Arbeiten E. Mangolds und seiner Schüler. Walcher (München).

**Defrise, Aldo: Teeniche di conservazione di preparati anatomici.** (Technik der Konservierung anatomischer Präparate.) (*Istit. di anat. umana norm., univ., Milano.*) Boll. Soc. ital. Biol. sper. **3**, 375—377 (1928).

Nachdem sich der Verf. über die bisher angewandten Methoden kritisch ausgesprochen hat, schlägt er, was wohl jedem Anatomen bekannt ist, sowohl für Trocken- als auch für Feuchtaufbewahrung folgende Methode vor: die Objekte werden in 10proz. neutralen Formalin konserviert und für einige Zeit in 70proz. reinen Alkohol übertragen. Zur Konservierung der Farben werden die Objekte in neutralem Vaselineöl aufbewahrt. Bei Trockenkonservierung empfiehlt er die Glycerin-Gelatineanwendung: Die Präparate werden mit dieser Masse übergossen und hermetisch eingeschlossen. E. Pernkopf (Wien).

### Versicherungsrechtliche Medizin.

● **Liniger, H., und G. Molineus: Der Unfallmann. Ein Vademekum für begutachtende Ärzte, Berufsgenossenschaften und Spruchbehörden in medizinischen Fragen.** Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1928. 156 S. RM. 8.—.

Das vorliegende Buch ist als kurzes Vademekum für den begutachtenden Arzt und auch zum Gebrauch für die Versicherungsträger und Spruchbehörden gedacht. Im ersten Teil wird die Rechtslage der staatlichen Unfallversicherung kurz, aber für den ärztlichen Leser erschöpfend genug besprochen, wobei auch die Schadenregelung durch die Versorgungsbehörden und die Privatunfallversicherung berührt wird. Über Umfang, Träger der Versicherung, ihre Pflichten und Rechte, Renten und ihre Berechnung, Abfindung und den Gang des Verfahrens wird das Nötige gesagt, was ein Betriebsunfall ist und welche Berufskrankheiten neuerdings dem Unfallereignis gleichgesetzt werden, wird erklärt, Richtlinien für den begutachtenden Arzt mit lehrreichen Mustergutachten, der Begriff der Gewöhnung werden erläutert und schließlich die Rentensätze in Tabellenform angeführt, die sich als Norm meist für glatte Schäden nach der Spruchpraxis des RVA. herausgebildet haben. Im zweiten Teil findet man als „Zusammenhangsfragen“ den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und einer größeren Reihe, besonders innerer Krankheiten erörtert. Gerade dieser Teil ist durch seine Klarheit, die Hervorhebung des Wesentlichen und seine prägnante und kurze Fassung ausgezeichnet und zur schnellen Information gut geeignet. Ein erschöpfendes Sachregister erleichtert die Orientierung. Alles in allem ein recht brauchbares Buch, das allen Ärzten und Behörden, die mit der Unfallbegutachtung zu tun haben, nur bestens empfohlen werden kann; für den praktischen Arzt besonders dadurch wertvoll, weil überall die Entscheidungen des RVA. berücksichtigt sind, deren Kenntnis die Voraussetzung dafür ist, daß der ärztliche Gutachter zu richtigen Schlüssen kommt und mit seinem Gutachten bei Versicherungsträgern und Versicherungsinstanzen überzeugend wirkt. Ziemke (Kiel).

**Auer: Neurologische und psychiatrische Gedanken und Erfahrungen bei der Begutachtung Kriegsbeschädigter.** Ärztl. Sachverst.ztg **34**, 255—265 u. 278—281 (1928).

Verf. betont die Notwendigkeit der Aktenkenntnis vor Abgabe einer gutachtlichen Äußerung, insbesondere eines wissenschaftlich begründeten Gutachtens und weist darauf hin, daß es zuweilen auch unter Erschöpfung aller klinischen Untersuchungsmethoden sehr schwierig ist, zu einem befriedigenden Ergebnis zu gelangen. Er bespricht weiter Schädel- und Hirnverletzungen, die zum großen Teil gut überstanden werden, und die Gehirnerschütterung, die fast ausnahmsweise ohne ernstere Folgen abklingt. Vorwiegend finden sich psychogene Symptome, auch die traumatische Epilepsie verläuft meist günstig. Weiter werden periphere Nervenverletzungen, primäre Erkrankungen der Wirbelsäule, die „Neurasthenie“, die D.B.-Frage bei organischen Erkrankungen des „Z.N.S.“ und bei Psychosen besprochen und zum Teil an der Hand der einschlägigen Literatur dargetan, daß bei diesen Erkrankungen ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Kriege kaum in Betracht kommt. Die anschließende Aussprache brachte fast ausschließlich Zustimmung und Bestätigung der von Auer vorgetragenen Ausführungen. Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

**Barkman, Ake: Valeur des symptômes extrapyramidaux dans l'appréciation de certains accidents du travail.** (Wert der extrapyramidalen Symptome bei der Abschätzung gewisser Betriebsunfälle.) (*Serv. de méd., hôp. acad., Upsal.*) Acta med. scandinav. Bd. **68**, H. 1, S. 63—78. 1928.

Mitteilung eines Falles, welcher mehrere Jahre nach einem schweren Trauma (Sturz

aus 40 m Höhe) als traumatische Neurose angesehen wurde und daher nur 25% Rente erhielt. Eine spätere eingehende Untersuchung enthüllte aber Nervensymptome extrapyramidaler, also unleugbar organischer Herkunft: Beim Gehen Unbeweglichkeit und Steifheit des rechten Armes mit Abduktion in der Schulter und Flexion im Ellbogen, Zittern von Parkinsonschem Typus im rechten Arm, „aktive Myotonie“ im rechten Arm, „Fingerfixation“ in der rechten Hand; im Biceps und Extensor digitorum rechts sekundäre tonische Kontraktion nach Entfernung der Elektrode des faradischen Stromes (elektrische Myotonie), auch Myodystonie. Syphilis oder Encephalitis figurieren nicht in der Anamnese. Also: extrapyramidales einseitiges Syndrom. Es muß sich anatomisch um Blutungen oder um Zelldegenerationen in den Hirnganglien handeln. Patient bot ferner eine Akinesie, die Verf. nicht als psychogen, sondern als organisch bedingt ansieht (Babinskis Pseudopithiatismus). *Kurt Mendel.*°°

**Dragotti, G.: La sindrome nervosa postcommotiva.** (Das postkommotionelle nervöse Syndrom.) *Policlinico, Sez. prat. 1928 II, 1875—1881.*

Das charakteristische klinische Bild des Syndroms deckt sich mit der Symptomatik der sog. Kommotionsneurose. Im Vordergrund stehen Kopfschmerzen, Schwindel, sensorische Überempfindlichkeit, Intoleranz gegen Alkohol, Schlafstörung und psychische Störungen in Form von Depression, Reizbarkeit, Denkverlangsamung bis zu Apathie und Verwirrtheit. Somatische Zeichen wechseln nach der Schwere des Falles, ähneln im allgemeinen denen bei der Gehirnarteriosklerose. Zu den regelmäßigsten Symptomen gehören die Kopfschmerzen und die psychomotorische Verlangsamung, seltener sind cerebrale Herdsymptome und Jackson-Epilepsie, die aber auch bei Läsionen außerhalb der motorischen Zone vorkommen kann. Die pathologische Anatomie des Syndroms ist noch nicht völlig klargestellt, und kann dasselbe auch nicht allein auf eine Meningitis serosa zurückgeführt werden. Die Differentialdiagnose ist vor allem gegen Alkoholismus chronicus, Gehirnarteriosklerose, Hysterie und Neurasthenie zu stellen. Die unterscheidenden Merkmale sind nicht zu verkennen. Die Aussicht auf vollständige Wiederherstellung ist gering. Die Einbuße der Arbeitsfähigkeit richtet sich nach der Schwere jedes Falles, ist durchschnittlich mit 20 bis 30% einzuschätzen. *Zingerle (Graz).*°

**Riese, Walther: Grundsätzliche Bemerkungen zu einer „Nachuntersuchung von Unfallkranken mit traumatischer Neurose.“** (Von Mallig in Vol. 2, Fasc. 3/4, dieser Zeitschrift.) *Acta psychiatr. et neurol. Bd. 3, H. 2, S. 153—164. 1928.*

Die Unfallneurose droht ein brennendes Problem unserer Wissenschaft zu werden. Hier scheinen sich alle weltanschaulichen, psychologischen und soziologischen Elemente unseres ärztlichen Denkens und Handelns zu einer letzten Entscheidung zu verdichten. Gegen die offizielle Auffassung der Unfallneurose (Entsch. d. RVA. v. 24. IX. 1926) werden immer mehr Bedenken laut, und ein erheblicher Abbau in der Einschätzung der Rentensucht hat sich schon vollzogen. Gegen die bisherigen katamnestic Erhebungen über das Schicksal „erledigter“ Unfallneurosen müssen starke Bedenken geltend gemacht werden. Riese wendet sich besonders gegen die Untersuchungsergebnisse Malligs. Letzterer habe nur die Arbeitgeber der Verletzten befragt und nicht auch die Verletzten selbst. Auch der Einstellung des Arbeitgebers müßte entsprechendes Rechnung getragen werden. Arbeitsaufnahme beweist noch keine Gesundheit; Verschwinden eines Symptoms sagt nichts aus über den Fortgang oder Ausgang der Neurose. Erst nach einer sehr gründlichen, alle (! Ref.) im Menschen ruhenden Mechanismen aufdeckenden Analyse wird sich der Arzt ein Urteil über das Verschwinden von Unfallfolgen bilden dürfen.

(Bei den beiden Fällen, die Riese schildert, handelt es sich gar nicht um „Unfallneurosen“! [Ref.]) Ebenso kann die Tatsache, daß der Verletzte den gleichen Lohn bezieht, nicht als Argument für die Heilung gelten. Der Umstand, daß ein großer Teil der „Unfallneurotiker“ arbeitet, bevor das Entschädigungsverfahren zum Abschluß gekommen ist, gibt zu denken. Die „Arbeitsscheu“ der Unfallkranken kann auch durch die Haltung des Gutachters und Arztes mitbedingt sein. — „Wer nur mit Rentensüchtigen und Arbeitsunwilligen rechnet . . ., der wird nur solche zu sehen bekommen. Denn seine Empfangsorgane sind anderen Erfahrungen nicht geöffnet. Und auch jede Statistik, wie jede wissenschaftliche Arbeit, enthält die psychologischen Voraussetzungen ihres Schöpfers, seine Betrachtungsweise, seine Fragestellungen und oft schon seine Antworten.“ (Vgl. diese Z. 11, 274.) *Kroiss.*

**Jossmann, Paul:** Die sogenannte traumatische Neurose. (*Psychiatr. u. Nerven-klin., Charité, Berlin.*) Z. ärztl. Fortbildg 25, 659—663 (1928).

Zusammenfassende Darstellung der „Neurotikerfrage“ (Geschichte, Entstehungsbedingungen und Beurteilung) im Sinne von Bonhoeffer, His und Reichardt. Verf. plädiert für den Namen „Rentenneurose“. Kroiss (Würzburg).

**Steinthal, K., und H. Nagel:** Die Leistungsfähigkeit im bürgerlichen Beruf nach Hirsenschüssen mit besonderer Berücksichtigung der traumatischen Epilepsie. Nachtrag zu der Arbeit in Band 137 dieser Zeitschrift. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 143, H. 2, S. 357. 1928.

Die in der Originalarbeit (vgl. diese Z. 9, 356) angekündigten Tabellen, auf denen sich die Arbeit aufbaut, werden nachgeholt. Sie sind bei aller Ausführlichkeit klar und übersichtlich angeordnet. Bange (Berlin).

**Urechia, C. I., et P. Goldemberg:** Syphilis traumatique du cerveau. (Traumatische Hirnsyphilis.) Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris Jg. 44, Nr. 19, S. 959-960. 1928.

28jähriger Kaufmann. Seit einem Jahr interesselos, apathisch, zerstreut, nachlässig, gedächtnisschwach, abgemagert; Händezittern. Liquor- und Blut-Wassermann positiv. 1922 Syphilis. 1925 Sturz auf ein Holzstück, mit der linken Stirngegend aufschlagend. Leichter Unfall. Nach demselben 2 Wochen lang Kopfschmerz. 1 Jahr nach dem Trauma Beginn der psychischen Störungen, 2 Jahre nach dem Unfall wird die Diagnose auf progressive Paralyse gestellt (körperliche und psychische Symptome). Kurt Mendel (Berlin).

**Dielmann, Hans:** Zeitliches Zusammentreffen abklingender Hirnverletzungsfolgen mit beginnender Neuroses. (*Psychiatr. u. Nerven-klin., Univ. Würzburg.*) Ärztl. Sachverst. ztg 34, 369—370 (1928).

Kasuistische Mitteilung. Zertrümmerung des rechten Scheitelbeins mit Knochensplittern im Hirn durch Fall einer an der Decke befestigten Welle auf den Kopf eines 52jährigen Mannes mit anschließender mehrstündiger Bewußtseinsstrübung. Bei der ersten Begutachtung (4 Monate nach dem Unfall) fanden sich Herabsetzung der linken Hautreflexe, Reflexsteigerung, Babinski, Schwäche und eine Minderung der Hautempfindlichkeit am linken Bein; bei der zweiten Begutachtung (2 Jahre nach dem Unfall) waren die Pyramidenerscheinungen z. T. geschwunden, z. T. weitgehend zurückgegangen; hingegen wurde jetzt träge Lichtreaktion der Pupillen und Anisokorie festgestellt. Die darauf vorgenommene Untersuchung des Blutes und des Liquor ergab: WaR. +. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Hirnschädigung und beginnender Tabes wurde abgelehnt. Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

**D'Arrigo, Mario:** Trauma e meningite tubercolare. (Trauma und tuberkulöse Meningitis.) (*Manicomio prov., Ancona.*) Riforma med. 1928 II, 1206—1208.

Eine tuberkulöse Meningitis braucht nicht nur durch ein Trauma des Kopfes hervorgerufen zu werden. Auch ein Trauma eines entfernt liegenden latenten Fokus kann durch Übertritt von Bacillen in den Blutkreislauf zu tuberkulöser Meningitis führen. Wenn ein Individuum bei völligem Wohlbefinden nach einem Trauma an einer tuberkulösen Meningitis erkrankt, so muß ein Zusammenhang mit dem Trauma anerkannt werden. G. Michelsson.

**Meerwein, H.:** Paralysis agitans und Unfall. (*Schweiz. Unfallversich.-Anst., Basel.*) Rev. suisse Acc. Trav. 22, 196—199 (1928).

I. 41jähriger Mann fiel am 19. III. 1924 mit dem Rücken auf einen Dachfirst und schlug die Kreuzgegend auf. August 1924 grobschlägiges Zittern in den Beinen, auch in der einen oder anderen Hand. Diagnose: Unfallneurose. Etwa 2½ Jahre nach dem Unfall stellten sich die typischen Erscheinungen der Paralysis agitans ein. Eine Kopf- oder Hirnverletzung hatte nicht stattgefunden, die Stammganglien waren also nicht verletzt. Zusammenhang zwischen Leiden und Unfall ist zu verneinen. — II. 60jähriger Mann. Juni 1921 Bruch des rechten Vorderarms. Ca. 6 Jahre später fiel Patient nochmals auf die rechte Hand. Ca. 6 Wochen nach dem letzten Unfall trat Zittern auf. Rein peripheres Trauma, daher kein ursächlicher Zusammenhang zwischen Paralysis agitans und Trauma.

„Um einen Zusammenhang zwischen Paralysis agitans und Unfall annehmen zu können, müssen wir verlangen, daß ein erhebliches Trauma stattgefunden hat, das geeignet war, Veränderungen im Bereich der Stammganglien des Gehirns hervorzurufen. Periphere Traumen oder Schreck können nicht als auslösende Ursache der Erkrankung verantwortlich gemacht werden.“ Kurt Mendel (Berlin).

**Hildebrandt, Kurt, und Fritz Balluff:** Kohlenoxydvergiftung oder Simulation? (*Heilstätten d. Stadt Berlin, Wittenau.*) Nervenarzt 1, 605—612 (1928).

Verf. berichten über den Fall eines Pioniers, der im Felde in einem Stollen verschüttet bewußtlos gefunden und gerettet wurde. Nach der Aufnahme ins Lazarett bot er noch ein

halbes Jahr lang schwerste Bewußtseinstrübung und ließ Kot und Urin unter sich gehen. Aus dem Kriegslazarett in Gent wurde er mit der Diagnose „Dementia praecox“ entlassen und ihm eine 100proz. Rente zugebilligt, da die Geisteskrankheit als Folge einer im Felde zugezogenen Gehirnerschütterung und Kohlenoxydvergiftung angesehen wurde, hervorgerufen durch Quetschung eines Stollens. Der Fall ist dadurch interessant, daß dem Kriegsverletzten bei einer Nachuntersuchung nach 4 Jahren die Rente entzogen wurde, weil nach den Gutachten dreier geübter Fachärzte zweifellose Simulation angenommen wurde. Spätere fachärztliche Untersuchungen ergaben aber, daß diese Annahme falsch war.

Verf. weisen nach, daß das Widerspruchsvolle in dem Verhalten des Verletzten, das zur Annahme der Simulation geführt hatte, sich sehr wohl durch herdförmige Hirnverletzungen erklären läßt, so vor allem die absolute Aufhebung des Schreib- und Lesevermögens, die auf eine Schädigung der Angularisgegend hinwies, die Unfähigkeit, Bilder von ihrem Hintergrund abzuheben, der Verlust der Zahlenbegriffe usw. Die Erklärung der optisch-agnostischen Störungen läßt sich durch eine Schädigung im Hinterhauptlappen geben. Nach Meinung der Verff. ist das Krankheitsbild des Verletzten durch eine organische, zum Teil herdförmige, zum Teil diffuse Erkrankung des Gehirns vollkommen zu erklären. Dies wird eingehend näher begründet und hervorgehoben, daß schwere und lang dauernde Kohlenoxydvergiftungen meist zu einer Mischung von herdförmigen und diffusen Hirnschädigungen führen, wie dies in ähnlicher Weise bei Arteriosklerose der Fall ist. *Ziemke (Kiel).*

**Rubensohn, E.: Die Spätfolgen einer Peroneuslähmung. Zur Frage der Dienstbeschädigung.** Med. Klin. 1928 II, 1522—1523 (1928).

Kombinierte Lähmung des N. peroneus superficialis und N. peroneus profundus. Im Laufe der ambulanten Behandlung traten besonders starke vasomotorische und sekretorische Störungen an dem erkrankten Beine auf, ferner auch eine posttraumatische Ischias echt neuritischer Natur. Patient war Reisender, stürzte oft plötzlich bei schnellem Gehen, wozu er bei seiner geschäftlichen Tätigkeit häufig gezwungen war, und zog sich so Verletzungen am erkrankten Beine zu. Unter Berücksichtigung all dieser Momente wird eine 33proz. Rente empfohlen. *Kurt Mendel (Berlin).*

**Dieter, W.: Über Farbensinnprüfungen.** (Univ.-Augenklin., Kiel.) Z. Bahnärzte 23, 292—295 (1928).

Verf. äußert sich zu einer Frage von wichtiger prinzipieller Bedeutung. Er zieht gegen die Ansicht zu Felde, daß Farbenuntüchtige zur Mitarbeit auf dem Gebiete der Farbensinnstörungen und zur Gutachtertätigkeit wegen notwendigerweise mangelnden Verständnisses für die Farbensinnprüfungen nicht die nötige Befähigung besäßen. Auch farbenuntüchtige Forscher hätten auf diesem Gebiete wertvollste Arbeit geleistet. Die von Gilbert (vgl. diese Z. 11, 50) veröffentlichten unzuverlässigen Resultate eines farbenuntüchtigen Untersuchers könnten keineswegs durch die Farbenuntüchtigkeit des betreffenden erklärt werden. Mangelnde Sachkenntnis der Farbensinnstörungen und unzureichende Vertrautheit mit den Untersuchungsmethoden seien in erster Linie für die fehlerhaften Ergebnisse verantwortlich zu machen, wie auch die häufigen nicht einwandfreien Resultate farbtüchtiger Augenärzte bewiesen. Das Wesentliche für sichere Resultate sei das auf dem notwendigen Interesse fußende Verständnis und die gründliche Kenntnis der Materie. Die Forderung wirklicher Sachkenntnis sei also die wichtigste Vorbedingung für die Begutachtung eines Farbsystems. In diesem Sinne müßte auf die besondere Ausbildung der Bahnärzte in den von ihnen angewandten Untersuchungsmethoden mehr Wert gelegt werden, und die Bahnaugenärzte müßten sich über die wesentlichen Kenntnisse vom Farbensinn und seinen Störungen ausweisen. Verf. weist darauf hin, daß für Gewinnung eines vollständigen Bildes einer Störung stets mehrere Methoden zu verwenden seien. Ein Apparat des Verf. zur einfachen Feststellung des besonders wichtigen Symptoms des erhöhten Farbenkontrastes und weiterer Minderwertigkeiten der Anomalen ist in Arbeit. Es wäre zu erwägen, normale Trichromaten mit erhöhtem Farbenkontrast (die allerdings sehr selten vorkommen) vom Bahndienst abzuweisen, an normale Trichromaten ohne erhöhten Farbenkontrast unter Umständen anzunehmen, vielleicht auf Grund des Urteils mehrerer Untersucher. *Fikentscher (Kiel).*

**Ovio, Giuseppe: Formole e tavole delle incapacità lavorative per infortunio oculare.** (Formeln und Tabellen der Arbeitsunfähigkeit durch Augenunfall.) Ann. Ottalm. 56, 865—886 (1928).

Verf. meint, daß  $\frac{7}{10}$  der wissenschaftlichen Sehschärfe gewerblich für alle Berufe ausreichen, daß aber die Grenze zwischen voller und beschränkter Arbeitsfähigkeit immerhin so beweglich sei, daß es richtiger wäre,  $\frac{7}{10}$  als 1 Grad (1 g) der Arbeitsunfähigkeit festzusetzen. 2 g sind  $\frac{6}{10}$  und so weiter bis zu 8 g, die einem Sehvermögen von 0,5/10 und somit der praktischen Blindheit entsprechen. Aus diesen Elementen werden Formeln für jede Möglichkeit (einseitigen oder doppelseitigen Sehverlust bei im Augenblick des Unfalls normalen oder schon beschädigten Augen und unter Annahme des doppelten Wertes eines einzigen im Augenblick des Unfalls vorhandenen Auges) berechnet. Die Ergebnisse sind auf 15 großen Tafeln dargestellt. Cramer (Kottbus).

**Piccard, P.: Zur Frage der Entschädigung des einseitigen Augenverlusts.** Rev. suisse Soc. Trav. 22, 192—196 (1928).

Um das erhöhte Erblindungsrisiko nach Verlust eines Auges zu decken, genügt es von der in der Schweiz üblichen Entschädigung von 20,25 und 30% ein Rentenprozent zurückzubehalten. Dieser Kapitalversicherung würde eine Zusatzrente von mindestens 40% für den Fall gänzlicher Erblindung entsprechen. Es ist dann fraglich, ob nicht die übrigbleibenden 19,24 und 29% abgesehen vom Erblindungsrisiko zu hoch sind, ebenso, ob die in der Schweiz übliche Unterscheidung zwischen geringen, mittleren und hohen optischen Ansprüchen bei der Entschädigung einseitigen Augenverlustes begründet ist. Zum mindesten darf trotz der verschiedenen Anforderungen verschiedener Berufe an die Sehschärfe nicht diese allein bei der Bewertung des Verlusts eines Auges entscheidend sein: Für den Handlanger kann die Beeinträchtigung des stereoskopischen Sehens und die Verengung des Gesichtsfeldes störender als für den Uhrmacher sein.

G. Abelsdorff (Berlin).

**Franke: Grundsätzliche Erwägungen zur Frage der Dienstbeschädigung Lungentuberkulöser.** (Versorgungskrankenh., Schleswig.) Ärztl. Monatsschr. Jg. 1928, Mai-H., S. 129—139 u. Juni-H., S. 161—172. 1928.

Behandlung der wichtigsten Fragen über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Kriegsdienstbeschädigung und Lungentuberkulose. Es muß jederzeit berücksichtigt werden, daß zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Dienstbeschädigung die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges vorliegt. Eine ausreichende Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges liegt vor, wenn sie derart ist, daß sich vernünftigerweise die richterliche Entscheidung und Überzeugung darauf gründen kann. Auch unverschuldete Kriegsgefangenschaft mit ihren eigentümlichen Verhältnissen werden zum Kriegsdienst gerechnet. Die Angaben des Antragstellers sind in solchen Fällen der Entscheidung zugrunde zu legen. Bei Hinterbliebenenanträgen ist jedesmal die Frage über die Berechtigung der bisher unbestrittenen oder versagten Anerkennung der Krankheit als Dienstbeschädigungsfolge erneut zu prüfen. Die Entscheidung der Dienstbeschädigungsfrage wird um so schwieriger, je weiter wir uns von der Kriegszeit entfernen. Ist die Diagnose einer noch nicht ausgedehnten Lungentuberkulose sicher, so muß man jetzt nach 9 und mehr Jahren einer Zurückführung des Leidens auf Kriegsschäden von vornherein mit großer Skepsis gegenüberreten. Aus der Tatsache der klinisch oder nur röntgenologisch festgestellten Kaverne kann noch nicht eine lange Dauer der Krankheit abgeleitet werden, die Kaverne kann schon früh im Beginn der Erkrankung in Erscheinung treten. Der Nachweis einer Kaverne besitzt aber in Verbindung mit dem klinischen Verlaufe für die Beurteilung des Alters der tuberkulösen Erkrankung öfter eine wesentliche Bedeutung, auch ihre Größe gibt öfter wichtige Anzeichen. Jetzt darf nur in Ausnahmefällen aus dem Befunde allein eine Schlußfolgerung auf den Beginn der Erkrankung noch im Kriege gezogen werden. Als Brückenerscheinungen für die Entstehung einer erst spät aufgetretenen Lungentuberkulose können in Betracht kommen:

dauernder Schwächezustand seit Kriegsende, andere D.B.-Leiden, die eine Lungentuberkulose noch spät zur Folge haben können, wie Malariakachexie, chronische Bronchitis, Bronchiektasen, Asthma, Reste von überstandenen Lungen- und Rippenfellentzündungen auch nicht tuberkulöser Art, eingreifende Thoraxoperationen, Brustkorbverbildungen nach diesen und Schwarten. Zum Schluß seiner Ausführungen betont Verf., daß die Gutachten so ausführlich und gemeinverständlich ausgestellt werden müssen, daß die Verwaltungsbehörde oder das Gericht sich ein klares Bild von der Sachlage machen kann und erklärt es für zweckmäßig, beim Versorgungsgerichte die Anwesenheit eines Gerichtsarztes vorzusehen. *Schellenberg* (Ruppertshain i. T.).

**Desclaux, Louis: Traumatisme et tuberculose.** (Trauma und Tuberkulose.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 9. VII. 1928.*) Ann. Méd. lég. 8, 518—521 (1928).

Kasuistischer Beitrag zu dem Thema Unfall und Tuberkulose. Eine Arbeiterin zog sich beim Tragen einer Last eine Zerrung und Torsion des linken Handgelenkes zu, woraus Arbeitsunfähigkeit resultierte. 6 Wochen nach dem Unfall wurde eine tuberkulöse Erkrankung der Handwurzelknochen festgestellt, und es war zu entscheiden, welcher und ob überhaupt ein Zusammenhang mit dem Trauma bestehe. Die Allgemeinuntersuchung ergibt eine latente Tuberkulose der linken Lungenspitze. Der Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, daß die Gelenkerkrankung nicht erst durch das Trauma verursacht, sondern eine schon vorher vorhandene, noch latente Erkrankung manifest geworden sei. Wäre die erste Annahme richtig, so müßten wir nach Knochenbrüchen oder auch schon nach subcutanen Injektionen bei Tuberkulösen viel häufiger eine Ansiedelung von Tuberkelbacillen und im Gefolge eine Erkrankung der betroffenen Stellen feststellen. *Brinkmann* (Schömberg).

**Zahradnický: Traumatische Knochen- und Gelenktuberkulose.** Slovanský sborník ortoped. 3, 154—181 u. franz. Zusammenfassung 181—182 (1928) [Tschechisch].

Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und konsekutiver Tuberkulose der Knochen und Gelenke kann unter folgenden Bedingungen zugestanden werden: 1. Der Unfall muß frühzeitig gemeldet werden. 2. Der Unfall muß unzweifelhaft feststehen und durch Aussagen vertrauenswürdiger Zeugen und durch Untersuchung der Unfallstelle bestätigt sein. 3. Der Grad des Traumas muß mindestens mittlerer Art, d. h. so schwer sein, daß daraus eine Läsion der Knochen und Gelenke resultieren kann. 4. Die unmittelbaren Folgen des Traumas müssen sofort konstatiert werden, nämlich Blutung, Schwellung des Gelenks, Schmerzen und Funktionsstörung. 5. Die zeitliche Entwicklung muß den bekannten Erfahrungen entsprechen; die Affektion darf nicht zu früh und nicht zu spät aufgetreten sein. 6. Der Verlauf nach dem Trauma muß den bekannten Stadien entsprechen, wobei daran zu denken ist, daß diese nicht immer deutlich ausgesprochen sind und speziell das II. Stadium zum Teil oder vollständig fehlen kann. 7. Der Allgemeinzustand des Versicherten zur Zeit des Unfalls und während des weiteren Verlaufs ist von großer Bedeutung. 8. In Fällen, wo es sich um eine traumatische Verschlimmerung einer schon vor dem Unfall bestehenden Tuberkulose der Knochen und Gelenke handelt, muß diese Verschlechterung schon wenige Tage nach dem Unfall auftreten und eine beträchtliche sein. *G. Mühlstein* (Prag).<sup>oo</sup>

**Heimann-Hatry, Walter: Herztod und Unfall.** Med. Klin. 1928 II, 1596—1597.

Aus Tierexperimenten ist bekannt, daß stumpfe Gewalteinwirkungen auf den Brustkorb neben Lungenblutungen häufig Herzveränderungen hervorrufen, Klappenblutungen der Mitralis und auch Muskelblutungen, die später bindegewebig organisiert werden. Äußerlich können dabei Spuren der Gewalteinwirkung fehlen.

Verf. berichtet von einer 54jährigen Frau, die mit einer Wirbelsäulenverkrümmung behaftet, sonst aber bis zu dem erlittenen Unfall gesund gewesen war. Bei einer Autotour verunglückte sie, erlitt neben Knochenbrüchen eine Brustquetschung und klagte im direkten Anschluß daran über erhebliche Herzstörungen. 5 Wochen danach wurde ärztlich starke Pulsbeschleunigung mit zahlreichen Extrasystolen festgestellt.

Verf. äußerte sich dahin, daß bei dem infolge einer Kyphoskoliose minderwertigen Herzen durch schweres Trauma eine Herzmuskelstörung hervorgerufen sei. Mit großer Wahrscheinlichkeit sei anzunehmen, daß der 8 Monate später eingetretene plötzliche Herztod mit der durch den Unfall verursachten Herzveränderung ursächlich zusammenhänge. *Ziemke* (Kiel).

**Brandis, W.: War der Tod die Folge des Unfalls oder eines Nieren- oder Herzleidens? Med. Klin. 1928 II, 1633—1635.**

Ein 33jähriger Schlosser erlitt beim Heben eines schweren Eisenstückes eine Bauchmuskelerregung und verspürte danach einen stichartigen Schmerz, der ihn veranlaßte zum Arzt zu gehen. Er wurde deswegen und wegen hinzugetretener Grippe nach 3 Tagen krank geschrieben, nach 9 Tagen dem Krankenhaus überwiesen und starb nach 2 weiteren Tagen an Herzschwäche. Die Obduktion ergab Sepsis, endokarditische Klappenauflagerungen an der Aorta, septische Blutungen an den Nierenoberflächen, Infarkte in Milz und Niere, in der linken Niere einen kirschkerngroßen Absceß und beginnende Bronchopneumonie in der linken Lunge. Der Fall fand verschiedene Beurteilung. Der Krankenhausarzt nahm als sehr wahrscheinlich an, daß der Nierenabsceß, dessen Entstehung unklar war, bereits vor dem Unfall bestand und den Ausgangspunkt für die Sepsis bildete, indem der Unfall den Übertritt von Keimen ins Blut veranlaßte. Dem trat der Krankenhauspathologe entgegen. Er faßte die Endokarditis nicht als Sepsisfolge, sondern als Ursache der Sepsis auf; die den Herzklappen aufsitzenden Bakterien seien durch den Blutstrom in die einzelnen Organe eingeschwemmt und hätten hier wahrscheinlich zuerst den Nierenabsceß und in späteren Etappen die Infarkte in Milz und Niere und die Nierenblutungen bewirkt. Diese Entwicklung der Krankheit sei von Unfallsvorgängen völlig unbeeinflusst. Das Bestehen des Nierenabscesses vor dem Unfall und den Einbruch der septischen Keime durch einen als Unfall zu bewertenden Arbeitsvorgang bezeichnete er als eine vollkommene Unmöglichkeit. Weniger bestimmt äußerte sich ein Universitätspathologe, der es für nicht unmöglich hielt, daß ein mit einem Nierenabsceß behafteter Mann sich völlig wohl fühlen, turnen und schwere körperliche Arbeit verrichten kann. Als sehr unwahrscheinlich bezeichnete er es aber, daß ein „offener“, nicht durch Bindegewebe abgekapselter Absceß, der fast bis zum Nierenbecken reiche, ohne klinische Erscheinungen bestehen kann. Er sieht die Endokarditis ebenfalls als das Grundleiden an, das zum Tode geführt hatte, meint aber, selbst wenn die Endokarditis bereits am Unfalltage vorgelegen und schwere körperliche Betriebsarbeit eine Loslösung der Klappenauflagerungen hervorgerufen habe, liege doch ein Unfall nicht vor, weil solche Loslösungen früher oder später doch auch ohne solch ein Unfallereignis erfolgt wären. Das R. V. A. trat den in der Hauptsache übereinstimmenden Gutachten der beiden Pathologen bei und lehnte die Rentenansprüche ab. *Ziemke.*

**Wesson, Miley B.: Backache due to seminal vesiculitis and prostatitis.** (Rückenschmerzen infolge Samenblasenentzündung und Prostatitis.) California a. Western med. Bd. 27, Nr. 3, S. 346—352. 1927.

Vortragender fand bei Patienten, die an Rückenschmerzen zweifelhafter Ätiologie litten und auf die gewohnte Therapie sich nicht besserten, recht häufig Prostatitis und Vesiculitis, die durchaus nicht immer gonorrhöischen Ursprungs waren, als Ursache. Die Schmerzsymptome können dabei ein größeres Gebiet des Rückens und auch der Inguinalgegend einnehmen entsprechend der Ausdehnung der innervierenden sympathischen und parasymphathischen Nervenfasern. Es wird eine generelle Untersuchung von Prostata und den Samenblasen daher bei jedem Fall von Rückenschmerz gefordert.

*Rottmann (Duisburg).*

**Reckzeh: Aktinomykose als Unfallfolge.** Klin. Wschr. 1928 II, 2299—2300.

Reckzeh führt ein Obergutachten an, dem folgender Sachverhalt zugrunde lag: Ein Gutsbesitzer S. meldete im August 1927 bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Unfall an; er habe vor 1/2 Jahr beim Roggendreschen Strahlenpilze entweder mit dem Frühstücksbrot mitgenossen oder irgendwie eingeatmet. Es sei dadurch zu einer Darmaktinomykose gekommen, die einen Absceß in der Blinddarmgegend zur Folge gehabt habe. Dieser sei operativ eröffnet worden. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters hat Strahlenpilze als Erreger ergeben. Die Operationswunde heilte nicht ganz aus, es blieb eine Fistel zurück. Im Dezember 1927 erlitt er dann einen Schlaganfall, an dessen Folgen er im Februar 1928 starb. — In dem Gutachten einer Universitätsklinik wurde dann die Möglichkeit eines Zusammenhangs der Aktinomykose mit dem Betriebsvorgang in der oben geschilderten Weise zugegeben. Daraufhin verurteilte das zuständige Obergenerationsamt im August 1928 die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft zur Entschädigungspflicht. — In dem auf die Berufung der Berufsgenossenschaft hin erstatteten Obergutachten führt R. aus, daß wohl Aktinomykeime in die Blutbahn gelangen und durch langes Fieber Pyämie und Amyloidose erzeugen können. Auch sei es durchaus möglich, daß losgelöste Blutgerinnsel in ein Hirngefäß geworfen werden und den Tod herbeiführen könnten. Trotz alledem sei aber — auch wenn man als wahr unterstelle, daß S. aus betriebstechnischen Gründen, um den Reifegrad der Frucht zu erkennen, Körner gekaut habe, lediglich eine Infektion auf diese Weise möglich, keinesfalls aber sicher. Außerdem stelle die Art der Infektion keinen Unfall im Sinne der R.-V.-O. dar, da als Unfall nur ein zeitlich bestimmbarer, eine Schädigung des Betroffenen hervorrufender Betriebsvorgang verstanden werden könne. Hier sei aber im Gegenteil jede zurückliegende

Infektionszeit möglich. Auf Grund der angeführten Erwägungen kommt R. deshalb zu einer Ablehnung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Tod des S. und einem Betriebsunfall.  
E. Traum (Heidelberg).

### Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

**Schultz, J. H.: Stigmatisierung und Organneurose.** Dtsch. med. Wochenschr Jg. 53, Nr. 38, S. 1584—1586. 1927.

Nach einer kurzen Darstellung des Falles „Therese von Konnersreuth“ wirft Verf. zwei Fragen auf, nämlich die psychiatrisch-historische und die allgemein medizinische. In historisch-psychiatrischer Hinsicht weist er auf die Arbeit W. Jakobis hin, „Die Stigmatisierten“, und zitiert aus diesem Werk einige interessante Fälle. Bezüglich der ärztlichen Stellungnahme kommt er zu dem Ergebnis, daß die Problemstellung, ob es sich um einen Betrug oder ein Wunder handle, als zu eng abzulehnen sei. Er weist auf die nahen Beziehungen zwischen dem Problem der Stigmatisierung und der Organneurose hin. Er ist der Ansicht, daß die „Reichweite psychischer Faktoren ins körperliche Geschehen, gemessen an der Wirksamkeit experimentellsuggestiver Forschungen, so weit sich erstreckt, als wir von Funktionsabläufen weitesten Sinnes bis hinunter in die Ionenverschiebung sprechen dürfen“.

Walter Schindler (Berlin).

**Friedländer, A. A.: Über das Wesen und den psychologischen Mechanismus der Suchten (Süchtigkeit). Bemerkungen zu der Arbeit von Dr. Benno Hahn.** Münch. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 12, S. 521—522. 1928.

Außerordentlich erfreuliche Feststellung, daß nur die Anstaltsentziehung Gewähr für richtige Durchführung der Kur leistet. „Eine Entziehung ohne Zwang gibt es nicht.“ Nicht alle Morphinisten sind Neurotiker. „Unter bestimmten Umständen kann jeder Mensch ein Sklave von Rauschgiften werden.“ Einseitige Betonung analytischer Dogmen im Sinne der Unfehlbarkeit der Methode ist falsch. (Hahn, vgl. diese Z. 13, 76.)

Leibbrand (Berlin).

**Petrén, Alfred: Replik betreffend einen gerichtsärztlichen Fall.** Hygiea (Stockh.) 90, 650—654 (1928) [Schwedisch].

Gegenüber der vom Verf. an Vestbergs Auffassung geübter Kritik betr. einen Fall von Brandstiftung in pathologischem Rausch hatte Vestberg die Annahme dieses Zustands wie in seinem Gutachten auch nach des Verf.s Darlegungen (vgl. diese Z. 13, 74) aufrecht-erhalten. Die Meinung Vestbergs, daß sich der Verbrecher wirtschaftliche Vorteile verschaffen wollte, scheint unhaltbar, weil die nach Abzug der geretteten Werte überbleibende Versicherungssumme für den angeblichen Zweck viel zu gering war, auch der Brandstifter wußte, daß das Grundstück unverkäuflich war. Vor allem ist die gleich nach der Verurteilung beginnende anhaltende Bemühung des Mannes und seine ständige Beteuerung der Unschuld eindrucksvoll genug, um zusammen mit den Ereignissen des Brands selbst dem Verf. die Überzeugung von der Unzurechnungsfähigkeit des Verbrechers infolge pathologischen Rauschs zu erhalten.

H. Scholz (Königsberg).

**Meagher, John F. W.: Malingering in criminals; its forensic psychiatric significance.** (Simulation von Geisteskrankheit bei Verbrechern; ihre forensische und psychiatrische Bedeutung.) (*St. Mary's hosp., Brooklyn.*) Med.-leg. J. 45, 78—86 (1928).

Im Anschluß an das Studium eines speziellen Kriminalfalles wird die Bedeutung und Erkennung vorgetäuschter Geistesstörungen bei Verbrechern besprochen. Verf. erörtert im einzelnen, wie man bei der Untersuchung solcher zweifelhaften Fälle vorzugehen hat, und wie sich die etwaigen simulierten Erscheinungen von den Symptomen echter Geistesstörungen unterscheiden. Er behandelt dabei von differentialdiagnostischem Standpunkte aus die Amnesie, Illusionen und Halluzinationen, Depressionen und Exzitationen, die Äußerungen der Dementia praecox, der paranoiden Zustände, des Schwachsinn, der Hysterie, den Ganserschen Syndromenkomplex und die Gefängnispsychosen.

K. Reuter (Hamburg).

**Bernhard, Heinrich: Kritische Betrachtungen zum Fall „Böttcher und seine Verbrechen“.** Ärztl. Sachverst.ztg 34, 209—212 (1928).

Verf., der Böttcher in den letzten Tagen und Stunden vor seiner Hinrichtung beobachtet hat, teilt mit, daß B. in dieser Zeit nicht auffällig war, sich betätigte, regelmäßig aß und gut schlief, bis zuletzt auf seine Begnadigung hoffte, über seine Verbrechen ohne Erregung sprach.