

lichen Bestimmungen, mangelnde Sorgfalt und Erfahrung bei Ausstellung der Gutachten, irrtümliche Diagnosenstellung. *Klieneberger* (Königsberg Pr.).

Ein „berechtigtes Interesse“ im Sinne des § 193 StGB. steht dem Vorstände eines „Volkshilfvereins“ bei Angriffen gegen Ärzte wegen ihrer beruflichen Tätigkeit nicht zu. Urteil des Reichsgerichts vom 24. VI. 1929 — 3 D. 421/29. Mschr. Unfallheilk. 37, 375—376 (1930).

Ein Arzt hatte sich die Mitwirkung des Geschäftsführers eines Volkshilfvereins in einem Falle seiner Praxis als Kurpfuscherei verboten. Wegen eines beleidigenden Briefes, den der Geschäftsführer an den Arzt gerichtet hatte, hatte letzterer Klage erhoben. Die Strafkammer hatte dem Angeklagten den Schutz des § 193 StGB. zugebilligt, weil der Verein nach seinen Satzungen an der Volksgesundheit mitzuwirken habe. Das R.G. stellt dagegen fest, daß es sich in dem beleidigenden Brief nicht um eine Frage der Volksgesundheit, sondern ausschließlich um die Beurteilung des ärztlichen Verhaltens in einem Einzelfall handelte. Berechtigt im Sinne des § 193 StGB. ist die Wahrnehmung fremder oder allgemeiner Interessen sowohl für den einzelnen wie für eine Personenmehrheit nur, wenn ihnen ein besonderes Recht zur Verfechtung dieser Belange zur Seite steht. *Giese* (Jena).

Gerichtsurteile aus dem RGBG. Erfolgreiche Entschädigungsklage eines Heilkundigen gegen das Reich wegen Beschränkung der Gewerbefreiheit durch das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Urteil des Reichsgerichts vom 27. V. 1930. Mitt. dtsh. Ges. Bekämpfung Geschl.krkh. 28, 247—248 u. Rechtsprechung u. Med.-Gesetzgebung (Sonderbeil. d. Z. Med.beamte) 43, 86—88 (1930).

Der Besitzer einer seit 1903 konzessionierten Heilanstalt, die hauptsächlich der Behandlung von Geschlechtskrankheiten gedient hatte, hatte eine Entschädigungsklage gegen das Deutsche Reich erhoben, weil durch die Beschränkung der Kurierfreiheit nach § 7 GBGK. eine Enteignung im weiteren Sinne für ihn bedingt sei, für die das Reich nach Art. 153 Reichsverf. eine angemessene Entschädigung zu gewähren habe. LG. und KG. wiesen die Klage ab, das R.G. hat dies Urteil mit folgenden Gründen bestätigt: Das Recht auf Ausübung eines Gewerbebetriebes ist zweifellos ein subjektives Recht im Sinne des Art. 153 RV. Aber eine Enteignung im Sinne dieser Bestimmung liegt nicht vor, wenn das Eigentum oder das subjektive Recht ganz allgemein durch ein Reichsgesetz beschränkt wird, sondern nur dann, wenn es sich um einen Eingriff in ein Einzelrecht handelt. Art. 151 RV., der an sich den Grundsatz der allgemeinen Gewerbefreiheit Rechnung trägt, läßt auch zu, daß dieser Grundsatz durch Reichsgesetz eingeschränkt werden kann. *Giese* (Jena).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Rosnitz: Versicherungsmedizin und Psychiatrie. Äztl. Sachverst.ztg 36, 154 bis 156 (1930).

Auf Grund der Ergebnisse der Forschungsanstalt für Psychiatrie in München macht Verf. Ausführungen über die Bedeutung derselben auf dem Gebiete der Versicherungsmedizin. Es gibt keine familiäre Degeneration, einzelne bestimmte umrissene Krankheiten sind in gewissen Familien heimisch. Selten finden sich in ein und derselben Familie mehrere psychische Erbübels, wodurch eine Polymorphie vorgetäuscht wird. Es gibt keine Anlage zur Geisteskrankheit, die durch äußere Einflüsse modifizierbar wäre und sich in verschiedener Weise manifestieren könnte. Bei recessiv gehenden Erbleiden kann Latenz durch mehrere Generationen Regel sein. Der Verwandtschaftsgrad ist in belasteten Familien maßgebend. Da manche Psychosen lebensverkürzend wirken, ist die Kenntnis der Erkrankungs-wahrscheinlichkeit von großer Bedeutung. Verf. bespricht die Erblichkeitsverhältnisse bei der Schizophrenie und bei dem manisch-depressiven Irresein. Das letztere wirkt weniger lebensverkürzend als die Dementia praecox. Was den Selbstmord im allgemeinen anbelangt, so ist er bei den Geschwistern aller Geisteskranken, einschließlich der Paralytiker, etwa 5 mal so häufig, als bei der Durchschnittsbevölkerung. Die Geschwister der Epileptiker zeigen nur die doppelte Selbstmordziffer. Die übrigen psychischen Erbleiden spielen für die Versicherungsmedizin eine geringe Rolle bis auf die Huntington'sche Chorea. In den Familien senil Dementer besteht keine Tendenz zur Langlebigkeit. Verwandte von Schizophrenen erkranken wesentlich häufiger an Tuberkulose als gleichaltrige Personen der Durchschnittsbevölkerung. Geschwister von Schizophrenen sterben 4 mal so häufig an Tuberkulose als Personen der Durchschnittsbevölkerung. *Henneberg* (Berlin).^o

Otten, A.: Dynamometrische und ergographische Untersuchungen als Hilfsmittel bei der Begutachtung Hirnverletzter. (*Psychiatr. Klin., Med. Akad. u. Hirnverletzten-abt. d. Rheinprov., Düsseldorf.*) Mschr. Psychiatr. **72**, 338—353 (1929).

Die Untersuchungen, die der Autor mit einfachen, in der Arbeit näher beschriebenen Apparaten vornahm, hatten folgendes Ergebnis: Die Kraftleistungen der Hirntraumatiker sind absolut genommen geringer als die entsprechend gebauter körperlich und geistig gesunder Menschen. Bei rhythmischer Dauerarbeit lassen die Ergogramme normaler Vp. im Beginn eine Plateaubildung, dann einen mehr oder weniger starken Abfall auf ein niedrigeres Niveau, hierauf wieder eine Plateaubildung erkennen. Die Kurven Hirngeschädigter zeigen in ihrem Gesamtverlauf einen sukzessiven Ermüdungsfall ohne Plateaubildung. Die Hysterikerkurven lassen bei sehr niedrigen Anfangswerten einen Ermüdungsabfall überhaupt vermissen. Temposchwankungen waren bei Normalkurven nur vereinzelt gegen Schluß des Arbeitsversuches, bei allgemein Hirngeschädigten schon während des Versuchsverlaufes und zum Schluß hin zunehmend wahrnehmbar. Antriebsschwankungen sowie Formveränderungen der Einzelpressungen wurden vornehmlich bei den Leistungskurven der Stirnhirngeschädigten und der Hysteriker beobachtet, deren Ergogramme sich in gewisser Hinsicht ähnlich sahen. Der grundlegende Unterschied zwischen beiden Kurvenformen war das häufige Fehlen des Ermüdungsabfalles bei Hysterikern, welcher bei Stirnhirngeschädigten nie vermißt wird. — Der Verlauf der Dauerpressungen läßt in manchen Fällen Rückschlüsse auf die psychische Einstellung der Vp. (Ehrgeizeinstellung usw.) zu. Als Zeichen der Anstrengung wurde bei den Untersuchungen Normaler und Hirnverletzter in einem Teil der Fälle Erröten des Kopfes, Schweißausbruch und Pulsbeschleunigung gesehen. Die Pulsbeschleunigung war bei einigen Kranken sehr beträchtlich und hielt abnorm lange an. Nach der Arbeit am Körperdynamometer wurde bei einzelnen Kranken ein vorher nicht vorhandenes Schwanken oder Taumeln bei Augen-Fußschluß festgestellt.

Ed. Gamper (Prag).

Credner, Lene: Klinische und soziale Auswirkungen von Hirnschädigungen. (*Nervenheil.- u. Forsch.-Anst. Heckscher, München.*) Z. Neur. **126**, 721—757 (1930).

In der Arbeit, die 1990 Fälle umfaßt, werden die Ergebnisse der Untersuchungen zusammengestellt. Fast 1200 Fälle wurden länger als 5 Jahre beobachtet. Die Verf. teilt das Material in 4 Gruppen, 1. offene Hirnverletzungen, 2. Schädelverletzungen mit Hirnschädigung, 3. Hirnschädigungen ohne Schädelverletzungen, 4. Blinde und Taube. Wie schwer die Hirnverletzten an den Residuen leiden, läßt sich erst jetzt klar erkennen. Die wichtigste Folge der Verletzungen ist die traumatische Epilepsie. Nicht weniger als 755 Epileptiker wurden festgestellt und bei der 1. Gruppe (1234 Fälle) sind fast 50% an Epilepsie erkrankt. Wichtig ist, daß vereinzelt die Epilepsie erst nach 5—10 Jahren auftrat. Nur 9% wurden geheilt oder gebessert. Als weitere Folgen werden beschrieben: Aphasische Störungen (345 unter 1034 Fällen), Lähmungen, intellektuelle Störungen und sonstige psychische Störungen. In 2 Fällen wurde das typische Bild eines grob auftragenden Hysterikers beobachtet. Beide kamen zum Exitus. Die Sektion ergab in beiden Fällen Spätabseß. Von 700 Fällen blieben 30% im alten Beruf. 24% waren im alten Beruf nur beschränkt arbeitsfähig. 31% wechselten den Beruf, 14% wurden arbeitsunfähig. Die Verf. kommt bei der Frage der Begutachtung zu dem Ergebnis, daß keineswegs die Rente den Hirnverletzten zu freigebig gewährt wird. Der 2. Teil der Arbeit umfaßt Krankheitsgeschichten und Sektionsbefund.

Salinger (Herzberge.)

Fribourg-Blanc et Gauthier: De l'importance de la radiographie de la loge occipitale dans l'expertise et le diagnostic étiologique des troubles labyrinthiques et neurologiques. (Die röntgenologische Bedeutung der Hinterhauptsregion für die Untersuchung und Diagnostik labyrinthärer und neurologischer Störungen.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 7. IV. 1930.*) Ann. Méd. lég. etc. **10**, 444—450 (1930).

Ein Kriegsteilnehmer, der 1915 bei einer Minenexplosion das Bewußtsein verloren, aber

anscheinend keine besonderen Verletzungen erlitten hatte, klagte seit dieser Zeit über heftige Hinterkopfschmerzen, Schwindel mit Fallneigung nach links und hinten, mangelnde Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisstörungen. Seit dem Trauma traten auch wiederholt epileptiforme Anfälle auf. Eine erst jetzt hergestellte Röntgenaufnahme zeigte eine bis dahin übersehene Schädelfraktur, die von der linken Fossa cerebellaris bis zum hinteren Rand des Foramen occipitale reichte, um das Foramen herumzog und an der hinteren Felsenbeinfläche endete. — Die vorliegende Beobachtung soll die eigentlich selbstverständliche Forderung, bei allen, und zwar auch bei leichten Schädeltraumen ein Röntgenbild herzustellen, unterstreichen.

Hans Taterka (Berlin).^o

Jacobi, Erich: Invaliditätsbegutachtungen bei psychischen Veränderungen im Klimakterium. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Königsberg i. Pr.*) Arch. f. Psychiatr. 87, 599—638 (1929).

Verf. hebt 3 größere Kapitel besonders heraus: I. „Psychische, nichtpsychotische Störungen im Klimakterium mit Bejahung der Invalidität“, zu denen er vorwiegend die fließenden Übergänge psychogener Reaktionen und klimakterischer Depressionen zählt. II. „Klimakterische Beschwerden mit Verneinung der Invalidität.“ Fälle, bei denen das demonstrative Rentenbegehren im Vordergrund steht. III. „Invalidenrentengutachten bei Psychosen und organischen Nervenleiden, die im Klimakterium zur Erwerbsunfähigkeit führen.“ Fälle, die zweifellos invalide sind, die aber deutlich den Einfluß des Klimakteriums auf die seelische Einstellung des Kranken zeigen. Hadlich.^o

Minkowski, M.: Gutachten über einen Fall von kindlicher Aphasie nach Trauma. (*Neurol. Poliklin. u. Hirnanat. Inst., Univ. Zürich.*) Nervenarzt 3, 411—416 (1930).

Für die Begutachtung recht instruktiver Fall von Hirnkomotion und -kontusion mit restierender motorischer Aphasie. Wesentliche Rückbildung derselben im Laufe eines Jahres. Doch sind merkliche Defekte verblieben. Das Gutachten lautet in dem Sinne, daß die Lernfähigkeit des Expl. in absehbarer Zeit eingeschränkt bleiben wird, wie auch die „weiteren Perspektiven im Leben und Beruf, wenigstens mit Bezug auf die normalen Möglichkeiten der Entwicklung und des Aufstiegs“. Es wird eine partielle Invalidität ($\frac{1}{3}$ der Gesamtinvalidität) angenommen unter Vorbehalt weiterer Komplikationen (Epilepsie, Gliom).

M. Kroll (Minsk).^o

Pignède et Paul Abély: Séquelles lointaines des commotions cérébrales. Tableau clinique tardif post-commotionnel. (Spätfolgen nach Gehirnerschütterung. Klinisches Bild.) Encéphale 25, 435—443 (1930).

Den Ausführungen liegen Beobachtungen an 30 einschlägigen Fällen zugrunde. 4 Fälle werden in kurzen Krankengeschichten beschrieben. Als typische Spätsymptome nach Gehirnerschütterung werden angesehen: 1. auf intellektuellem Gebiet: Merkstörung, erhebliche Aufmerksamkeitsstörung, Puerilismus, äußerste Ermüdbarkeit bei intellektuellen Leistungen mit völliger Verschonung früher erworbenen Wissensbesitzes, 2. auf affektivem Gebiet: krankhafte Reizbarkeit, Impulsivität, affektive Labilität, Neigung zu neurasthenischen Zuständen oder zur Cyclothymie, mitunter zur Dipsomanie, 3. auf dem Gebiet der Aktivität: Abulie, sehr ausgesprochenes Nachlassen der beruflichen Fähigkeiten. Hinzu kommen immer 4. dauernder oder intermittierender Kopfschmerz, leichte Schwindelanfälle von nicht epileptischem Charakter, Sympathikotonie. Alle diese Symptome sollen sich gewöhnlich zusammenfinden, lediglich die affektive Gleichgewichtsstörung könne ausnahmsweise fehlen.

(Abgesehen davon, daß schon die Art der Gruppierung der Einzelstörungen nicht ganz folgerichtig erscheint, leidet die Aufstellung der Symptome vor allem unter dem Mangel, daß durchaus nicht klar ersichtlich ist, wie weit es sich um wirklich Gehirnerschütterungsfolgen darstellende, organisch fundierte, wie weit es sich um hysterische Symptome handelt. Bei den im einzelnen dargestellten Fällen handelte es sich um solche, die wegen Entschädigungsansprüchen oder Gerichtsverfahren zur Begutachtung kamen. Danach ist das verwertete Material in keiner Weise geeignet, unser Wissen über wirkliche organische Folgen von Gehirnerschütterungen zu erweitern. Ref.)

H. Strauss (Frankfurt a. M.).^{oo}

Pollak, Franz: Lues und Trauma. (Akute Erkrankungen des Zentralnervensystems bei latenter Lues, ausgelöst durch ein Trauma; zugleich ein Beitrag zur Unfallsbegutachtung dieser Zustände.) (*Dtsch. Psychiatr. Univ.-Klin., Prag.*) Med. Klin. 1929 II, 1615—1618.

Im Gegensatz zu der relativen Seltenheit cerebraler Lues im Anschluß an Traumen,

die sich aus den Mitteilungen Nonnes sowie dem sonstigen Mangel an Fällen von einwandfreiem Zusammenhange ergibt, berichtet Pollak über eine Reihe von Fällen frischerer Lues, in denen ein Trauma zu schweren syphilitischen Erkrankungen führte. Besonders auffällig erscheint die Geringfügigkeit des Traumas im Verhältnis zu den ausgedehnten klinischen Erscheinungen. Ob im ersten der beschriebenen Fälle die Entstehung des Hämatoms, das infolge Infektion zu Meningitis führte, mit der kongenitalen Lues im ursächlichen Zusammenhange stand, steht nicht sicher fest. Dagegen muß in den weiteren Fällen ein Zusammenhang zwischen Lues und Trauma angenommen werden. P. will eine zu strenge Begrenzung des zeitlichen Zusammenhanges nicht für zweckmäßig halten. Versicherungsmäßig muß in allen derartigen Fällen auch an die Möglichkeit gedacht werden, daß das Trauma seinerseits die Folge einer bereits bestehenden Hirnlues sein kann.

Michael (Berlin-Neukölln).

Salinger, Fritz, und Franz Kallmann: Zur Diagnostik und Unfallbegutachtung der Gehirneysticerkose. (*Heil- u. Pflegeanst. d. Stadt Berlin, Herzberge.*) Mschr. Psychiatr. 76, 38—58 (1930).

Ein Straßenbahnschaffner, der immer gesund gewesen ist, erlitt im Mai 1926 eine Gehirnerschütterung. Er war bewußtlos. Im Krankenhaus klagte er zuerst über Doppeltsehen, dann über Kopfschmerzen und Verschwommenheit beim Sehen. Nach 8 Wochen beschwerdefrei entlassen. Ende Juli Klagen über gelegentliches Kriebeln im Kopf und Flimmern vor den Augen. Im Dezember 1926 nahm er seinen Dienst bei der Straßenbahn zunächst als Hofarbeiter, dann als Schaffner wieder auf. Sein Rentenanspruch wurde zurückgewiesen. Im November 1927 im Krankenhaus wegen Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Ermüdbarkeit. Im Röntgenbild wurden über den Felsenbeinkanten 2 schrotkugelförmige Schatten festgestellt. Die Diagnose lautete: Neurasthenie. Im Dezember 1927 ging er wieder ins Krankenhaus, wegen Paralyseverdachts wurde er der Anstalt Herzberge überwiesen. Seit 1 Jahr war er impotent. Der Liquor enthielt keine Eiweißvermehrung; Wassermann negativ. In Herzberge bot er das Bild der Pseudodemenz; Paralyse konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Im Februar 1928 wurde in einem Gutachten eine Renten neurose für wahrscheinlich gehalten. Bald danach änderte sich der Zustand. Patient wurde dösig, es trat eine Parese der rechten Seite und des linken Mundfacialis auf. Im Liquor fand sich Eiweiß- und Zellvermehrung und ein Ausfall in der Goldsolkurve. Nach der Punktion trat eine wesentliche Besserung auf, die Hemiparese schwand, vorübergehend aber wieder Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Doppeltsehen und Brechreiz. Im April 1929 konnte er wesentlich gebessert entlassen werden. Auch die Potenz war wieder vorhanden. Es wurde nunmehr in einem 2. Gutachten eine traumatische Hirnschädigung angenommen (seröse Meningitis). Diesem Gutachten schloß sich die Charité an, obwohl mit der Möglichkeit einer andern organischen Erkrankung (multiple Geschwülste) auf Grund des Röntgenbildes, das 5 linsen- bis bohnen-große Kalkherde ergeben hatte, gerechnet wurde. — Im Sommer 1929 trat dann bei dem Patienten eine wesentliche Verschlimmerung ein, die seine erneute Anstaltsaufnahme nötig machte. Im Oktober 1929 starb er an einer Lungenentzündung. Die Sektion ergab eine ausgedehnte Cysticerkose und verkalkte Cysticerken.

Ein Zusammenhang zwischen Unfall und Cysticerkose mußte natürlich verneint werden. Dagegen wurde mit der Möglichkeit gerechnet, daß eine multiloculäre Aussaat von Parasiten durch das Trauma zustande gekommen war, da bis zum Unfall die Cysticerkose beschwerdefrei bestanden hatte.

Autoreferat.

Fribourg-Blanc, Jacob et Lacassagne: A propos d'un cas d'hémiplégie et d'amaurose pithiatique en relation avec un grand traumatisme de guerre. (Über einen Fall hysterischer Hemiplegie und Amaurose in Beziehung zu einer schweren Kriegsverletzung.) Ann. Méd. lég. etc. 10, 500—504 (1930).

Die organische Schädigung in diesem Fall bestand in einer schweren Armverwundung, die den Arm praktisch unbrauchbar machte, und einer Commotion mit folgender Commotionspsychose und vorübergehenden Störungen des Wortgedächtnisses. Als man nach 10 Jahren (!) die Rente von 100% mit Zulage (bénéfice) herabsetzen will, entwickelt sich eine Amaurose, und die nunmehr erfolgende neurologische Untersuchung ergibt eine psychogene Parese auch des Beins auf der gleichen Seite wie der Armverwundung, psychogene Pseudoparalyse des linken Facialis mit sensibler Störung und eine auf angeborene Amblyopie des rechten Auges aufgepfropfte psychogene Amaurose beiderseits. Allerdings ist der Fall wohl nicht ganz klar, da die Lichtreaktion links herabgesetzt und Konvergenzreaktion aufgehoben sein soll. Verff. schließen: Ein ursächlicher Zusammenhang der psychogenen Symptome mit den organischen ist gegeben; eine organische Wurzel läßt sich für die Beinlähmung wie für die Amaurose (in

der angeborenen Amblyopie) finden; die Rentenverminderung könne als Affekthock gewirkt haben. Aber alle frischen psychogenen Affektionen haben als prinzipiell heilbar zu gelten, und die Rentengewährung fixiert die Idee des Geschädigtseins. Aus diesen Gründen wird für die jetzt aufgetretene Amaurose eine Entschädigung abgelehnt, während für schon fixierte und nicht mehr beeinflussbare hysterische Symptome eine Rente zu gewähren ist, die nach dem Gesetze dem geringsten Grade ähnlicher organischer Schädigung zu entsprechen hat.

F. Stern (Kassel)._o

Meyerstein, W., und F. Stern: Funikuläre Myelose und Opticusatrophie bei perniziöser Anämie als Grundlage eines Rentenleidens. (*Versorgungszürl. Untersuchungsstelle, Kassel.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* **36**, 147—150 (1930).

Die Arbeit enthält ein Rentengutachten auf Grund der Akten mit mehr oder weniger ausführlichen Krankengeschichten und sich widersprechenden Vorgutachten. Sie ist deshalb, da sie als wichtigsten Teil ein Urteil darstellt, für ein kurzes Referat ungeeignet; es sei daher nur in großen Zügen berichtet und im übrigen auf die Originalarbeit verwiesen.

Es handelt sich um einen im Jahre 1871 geborenen Landsturmann, bei dem bereits 1917 nebenbei eine Blässe der Schleimhäute festgestellt wurde. Mitte 1918 standen wechselnde Sensibilitätsstörungen und Spasmen in den Beinen im Vordergrund der Erscheinungen, so daß wegen Hysterie das D.U.-Zeugnis ausgestellt wurde. Dann wurden namentlich infolge eines nicht näher beschriebenen Sehnervenschwundes bei spastisch-ataktischem Gang und wechselnden Reflexstörungen der unteren Gliedmaßen ohne ausgesprochene Pupillenstarre multiple Sklerose und schließlich Tabes angenommen. Der Tod erfolgte im Oktober 1929 an klinisch, nicht autoptisch festgestellter perniziöser Anämie. Die Gutachter kommen zu dem Ergebnis, daß eine bösartige Blutarmut mit funikulärer Spinalerkrankung und Opticusatrophie, wie sie Bielschowsky 1901 bei diesem Leiden sichergestellt hat, bestanden hat.

Karbe (Dresden)._o

Moser, Kurt: Zur versorgungs- und versicherungsrechtlichen Beurteilung und Begutachtung organischer Nervenkrankheiten (multiple Sklerose, amyotrophische Lateralsklerose, Syringomyelie, Parkinsonismus). (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Königsberg i. Pr.*) *Arch. f. Psychiatr.* **91**, 411—449 (1930).

Verf. betont, daß, wie bei den funktionellen Neurosen, so auch bei den organischen Nervenleiden keine Einheitlichkeit, vielmehr eine divergierende Beurteilung vorherrscht, und erläutert dies in einer klaren übersichtlichen Zusammenfassung der einschlägigen Literatur, die er kritisch wertet, und in der Darstellung einer Reihe eigener Fälle. Die statistische Erfassung seines großen Materials ergibt, daß auf je 1000 Gesamtaufnahmen der Klinik durchschnittlich 9,7 Männer, 13 Frauen mit multipler Sklerose kommen, also diese Erkrankung bei Männern, obwohl diese mehr äußeren schädlichen Einflüssen aller Art ausgesetzt sind, erheblich seltener als bei Frauen ist, auch dem Kriege keine generelle Bedeutung zukommt, zeitliches Zusammentreffen multipler Sklerose mit Kriegsteilnahme sicher rein zufällig ist. Während nach genauer anamnestischer und kritischer Prüfung mit Sicherheit jeder noch so schwere Unfall als ursächlich, auslösend oder verschlimmernd für multiple Sklerose ausgeschaltet werden kann, müssen schwere fieberhafte Erkrankungen wie Typhus, Fleckfieber, auch Starkstromverletzungen, besonders gewertet und die Frage ihres Zusammenhanges mit multipler Sklerose in besonderen Fällen, für die Beispiele aufgeführt sind, bejaht werden. Die gleichen Richtlinien gelten im wesentlichen auch für die gutachtliche Beurteilung der amyotrophischen Lateralsklerose, der Syringomyelie, der Paralysis agitans und des encephalitischen Parkinsonismus. Zum Schlusse hebt Verf. hervor, daß die Entstehung organischer Nervenleiden durch psychische Traumen unvereinbar mit ihrer organischen Natur ist, die zahlreichen abwegigen, zum Teil „geschäftsmäßig“ abgegebenen Gutachten einen Krebschaden bilden, da sie durch ihre Unsachlichkeit und bedauerlich taktlose Polemik das Ansehen des ärztlichen Gutachters und darüber hinaus das ärztliche Standesansehen ganz allgemein schädigen, zudem auf die begutachteten Patienten denkbar ungünstig einwirken. Eine Besserung der Begutachtung kann nur, was Stier schon 1926 vorgeschlagen hat, durch eine besondere Auswahl der Gutachter und Vorlage aller ärztlichen Gutachten an eine Zentralstelle zur Entscheidung erzielt werden.

Es wäre sehr wünschenswert, daß diese Arbeit in allen Ärztekreisen weiteste Verbreitung findet. (Vgl. diese Z. 8, 353 [Stier]). *Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

Reichardt, M.: Über die sogenannten Neurosen. (*Psychiatr. u. Nervenclin., Univ. Würzburg.*) Dtsch. med. Wschr. 1930 I, 815—818 u. 905—909.

Der Begriff „Neurose“ wird in so verschiedenem Sinne angewendet, daß man besser tut, ihn überhaupt auszumerzen. Während man früher zu sehr das rein körperlich Bedingte im Auge hatte, wird heute ebenfalls zu einseitig das rein Psychopathologische im Sinne der Konfliktreaktionen verstanden. Die Wesensverschiedenheit dieser beiden Auffassungen führt besonders bei der Begutachtung zu Unklarheiten. Reichardt selbst nimmt einen vermittelnden Standpunkt ein. In dem Begriff „Psyche“ steckt Geistiges und Vitales. Letzteres darf nicht vernachlässigt werden. R. unterscheidet demnach Neuropathien und Psychopathien; selbstverständlich kommen auch Mischformen vor. Unter den Neuropathien gibt es wieder verschiedene Untergruppen, die im einzelnen klassifiziert werden. R. hebt jedoch selbst hervor, daß noch ausgedehnte Arbeit nötig sein wird, um zu einem schärferen Einblick zu kommen. *K. Kroner.*

Schläger: Unfallneurose und Rechtsprechung des Reichsgerichts. Med. Klin. 1929 II, 1569.

„An sich mag die sog. Renten-neurose oder Rentenhysterie keine echte Krankheit im medizinisch-biologischen Sinne sein, doch wird, wie in einem Urteil des Reichsgerichts vom 12. Nov. 1928 dargelegt wird, in Schadenersatzprozessen in jedem Falle in eine Erörterung über die Ursache des mangelnden Willens zur Gesundheit eingetreten werden müssen, da auch eine solche Willensschwäche auf den Unfall, welcher den Anlaß des Rechtsstreites bildet, zurückgeführt werden kann. Bei solcher Sachlage ist der Unfall aus der Ursachenkette nicht wegzudenken.“ — „In einem Urteil vom 21. Februar 1929 (Jur. Wschr. 1929, 2251) nimmt das Reichsgericht Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß die Frage des ursächlichen Zusammenhangs keineswegs auf rein tatsächlichem Gebiet liege und nicht allein nach medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen zu behandeln sei. Für die Frage, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Unfallneurose besteht, kommt es entscheidend darauf an, ob der Unfall nur der äußere Anlaß der Neurose ist oder ob ein innerer Zusammenhang vorliegt. Gleichgültig ist, ob der Unfall eine äußere Verletzung des Verunglückten herbeigeführt hat oder ob sich eine organische Veränderung als Unfallfolge nachweisen läßt. Der erforderliche Zusammenhang ist schon dann gegeben, wenn die festzustellenden nervösen Erscheinungen als Folge des psychischen Shocks, den er beim Unfall erlitten hat, anzusprechen sind, und zwar gilt dies auch dann, wenn nur mit Rücksicht auf die, sei es auch auf krankhafter Veranlagung beruhenden Eigenart des Verunglückten oder auf sonstige, nicht außer dem Bereich aller Vorhersehbarkeit liegende, mitwirkende Umstände, der physische Shock das Nervenleiden hat auslösen können. Wenn die mangelnde Widerstandskraft gegenüber auftretenden Begehrungsvorstellungen eine Folge des psychischen Eindrucks ist, den der Unfall auf den Verletzten ausgeübt hat, so ist sie als Unfallfolge anzusprechen, nicht dagegen, wenn er beim guten Willen das nötige Maß an Widerstandskraft aufbringen konnte, um seine Begehrungsvorstellungen niederzukämpfen. Wenn endlich die Widerstandskraft infolge des Unfalls geschwächt, dem Verletzten aber die Aufbringung des Willens zur Arbeit in beschränktem Maße zuzumuten ist, kann Verteilung des von ihm erlittenen Unfallschadens, soweit es sich dabei um Lohnausfall handelt, nach Maßgabe des § 254 BGB. in Betracht kommen.“

(Dieses Urteil des Reichsgerichts ist zu bedauern und bedeutet einen Rückschritt. Wer kann mit einiger Sicherheit entscheiden, ob der Verletzte bei gutem Willen das nötige Maß an Widerstandskraft aufbringen konnte, um seine Begehrungsvorstellungen niederzukämpfen? Ref.) *Kurt Mendel* (Berlin).

Gaupp, R.: Die „traumatische Neurose“ bei der Bewertung von Unfallfolgen und die moderne Rechtsprechung. (*Univ.-Klin. f. Gemüts- u. Nervenkrankh., Tübingen.*) Chirur. 1, 865—871 (1929).

Orientierender Vortrag gehalten, auf dem Mittelrheinischen Chirurtag. Der

Verf. bekennt sich — in gemilderter Form — zu den Anschauungen von His und Bonhoeffer. (Vgl diese Z. 8, 353.) *A. Hoche* (Freiburg i. Br.).

Wetzel, Albrecht: Zur Frage der „Rentenneurose“. *Nervenarzt* 2, 461—464 (1929).

Die Mitteilung hat die Form eines Briefes an die Schriftleitung, in dem der Verf. begründet, warum er keine ausführliche Abhandlung geben kann; der Inhalt gibt deswegen mehr Problemstellungen als Antworten, wobei immerhin der prinzipielle Standpunkt des Verf. in der schwebenden Diskussion erkennbar wird. Berührt wird die Frage der Existenz oder Nichtexistenz der Renten-„Neurose“, das Verhältnis von Gutachter und Richter, die Schwierigkeit der Umgrenzung des Begriffes „organisch“, die Rolle der psychopathischen Konstitution und der psychogenen Überlagerung; trotz ihrer Kürze enthält die Mitteilung des erfahrenen und nachdenklichen Autors sehr beachtenswerte Hinweise.

A. Hoche (Freiburg i. Br.).

Schaller, Walter F., and Melvin R. Somers: Psychogenic factors and precipitation point in the post-traumatic neuroses. A graphic study of a selected group of cases other than head injuries. (Psychogene Faktoren und „Sturzpunkt“ bei traumatischen Neurosen. Eine graphische Studie von einer ausgewählten Gruppe außer Kopfverletzungen.) *J. amer. med. Assoc.* 93, 967—971 (1929).

Neben psychogenen Faktoren beobachteten Verff. bei traumatischen Neurosen oft einen Zeitpunkt, wo die Arbeitsfähigkeit, anstatt erwartungsgemäß zu wachsen, im Gegensatz zum organischen Befund sinkt. Diesen Moment nannten sie „Sturzpunkt“. Er steht am Beginn der niedergehenden Kurve und bedeutet den Gipfel der Periode der „Meditation“, die in der neurotischen Fixation endet. Er erscheint verhältnismäßig früh im Verlauf der Neurose. Verff. betonen die schlechten Heilungstendenzen dieser Neurosen. Einzelne Resultate (so das Überwiegen leichter Traumata bei diesen Neurosen) sind graphisch dargestellt. *E. Loewy-Hattendorf* (Berlin).

● **Reichsversicherungsordnung mit Anmerkungen.** Hrg. v. Reichsversicherungsamt. Bd. 1. Gemeinsame Vorschriften, Beziehungen der Versicherungsträger usw., Verfahren. (1., 5. u. 6. Buch d. RVO.) unter Berücksichtigung der Verordnung vom 26. Juli 1930 in einem Nachtrag. 2., Neubearb. Aufl. Berlin: Julius Springer 1930. IX, 511 S. geb. RM. 19.80.

Die 2. neu bearbeitete Auflage des gesamten Werkes ist mit dem Erscheinen des Bandes I nunmehr zum Abschluß gebracht worden. Die zahlreichen Änderungen der Reichsversicherungsordnung durch die neue Gesetzgebung sind auch in diesem Bande in den Gesetzestext eingefügt, und die Anmerkungen sind entsprechend der Weiterentwicklung der Verwaltungsübung und der Rechtsprechung umgearbeitet und ergänzt worden. Die neuen Gesetze, Verordnungen, Erlasse, Entscheidungen und Beschlüsse sind bis etwa Juni 1930 berücksichtigt. Ein Nachtrag enthält die Änderungen der Vorschriften des 1. und 6. Buches durch die Verordnung des Reichspräsidenten vom 27. VII. 1930 zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände. Die Bearbeitung der 2. Auflage haben der Direktor im Reichsversicherungsamt, Dr. Dersch, die Senatspräsidenten Dr. Kiefer, Knackstädt und Dr. Lippmann, sowie der Oberregierungsrat Dr. Knoll übernommen. *Spiecker* (Duisburg).

Zollinger, F.: Die Stellung der Berufskrankheiten im Schweizerischen Unfallversicherungsgesetz. (*Schweiz. Unfallversicherungsanst., Zürich.*) *Arch. Gewerbe-path.* 1, 330—347 (1930).

Die schweizerische Versicherungsgesetzgebung hinsichtlich der Entschädigung von Berufskrankheiten im Sinne der Unfallversicherung hat ihre Grundlage in einer 1887 erstmalig aufgestellten, später mehrmals — zuletzt 1920 — erweiterten Giftliste. Nach dem Gesetz vom 1. IV. 1918 werden alle Erkrankungen, die sich auf eine Arbeit mit Stoffen dieser Giftliste — zurzeit über 100 Positionen — zurückführen lassen, als Unfälle nach dem Rentenprinzip entschädigt. Die Unfallrente kann jedoch in eine einmalige Abfindung umgewandelt werden, wenn die Aussicht besteht, daß der Versicherte durch diese Maßnahme wieder erwerbsfähig wird. Weiterhin wurde bereits 1916 der Kreis der Unternehmungen, die dieser Versicherungspflicht unterstellt waren, auf eine größere Reihe wichtiger Betriebsarten ausgedehnt. Die Versicherungsanstalt hat außerdem die Möglichkeit, ihre Leistungen freiwillig auch auf

Verletzungen auszudehnen, die nicht Folgen der Einwirkung eines Stoffes der Giftliste, jedoch einer anderen im Betriebe verwendeten chemischen Substanz sind. Ebenso können freiwillig berufliche Schädigungen als Unfälle entschädigt werden, die ohne Einwirkung schädlicher Stoffe bei der Arbeit im Betriebe entstanden sind. In beiden Fällen dürfen diese Schädigungen jedoch nicht Symptome einer anderweitigen Erkrankung sein. Durch diese Bestimmungen wurde beabsichtigt, insbesondere möglichst alle beruflich entstehenden chronischen Ekzeme der Unfallversicherung zugänglich zu machen. (Doch dürften hierdurch auch Schädigungen durch physikalische Ursachen, wie Glasmacherstar, Silicose u. a., als Unfälle entschädigt werden können. Ref.).

Curt Heidepriem (Berlin).

Saupe, E.: Bemerkungen zur Beurteilung der Silicose als entschädigungspflichtige Berufskrankheit. (*Röntgeninst., Inn. Abt., Stadtkrankenh., Dresden.*) *Klin. Wschr.* 1930 II, 1352—1356.

Eine Entschädigungspflicht bei einem erkrankten Staubarbeiter besteht nur dann, wenn der Nachweis einer schweren Silicose erbracht werden kann; die Definition der letzteren steht allerdings noch keineswegs fest, vielmehr ist die schwere Staublunge bislang noch ein recht dehnbarer Begriff. Verf. wendet sich vor allem dagegen, daß das getüpfelte Röntgenbild (Form II der Pneumonokoniose, Schneegestöber- und Schrotkornlunge), wie es heute noch vielfach geschieht, prinzipiell als nicht entschädigungspflichtig bezeichnet wird. Wenn gleichzeitig entsprechende Beschwerden und klinische Symptome vorhanden sind, spricht Verf. auch bei dieser Form das Vorliegen einer Entschädigungspflicht aus. Es kann nicht der Wille des Gesetzgebers sein, daß ein Staubgeschädigter Arbeiter erst dann entschädigt werden soll, wenn er sich in den Endstadien der Pneumonokoniose befindet und hoffnungslos krank ist. Allerdings kann das Röntgenbild, so notwendig und unentbehrlich es für die Diagnose ist, für die Beurteilung hinsichtlich des Bestehens einer Entschädigungspflicht nicht allein maßgebend sein. Verf. empfiehlt, in Anlehnung an einen Vorschlag von Reichmann, mit dem Vorliegen einer schweren Pneumonokoniose im Sinne der Unfallversicherungsverordnung vom 11. Februar 1929 stets einen bestimmten Prozentsatz der Erwerbsminderung, etwa 40%, vielleicht schon $33\frac{1}{3}\%$, zu verbinden; man würde sich dann desselben, wenn auch graduell verschiedenen Wertmessers wie bei der Beurteilung der Invalidität bedienen. Eine Anzahl in der Beurteilung zweifelhafter Fälle werden auch bei diesem Vorgehen natürlich noch vorkommen: Man denke daran, daß das Gesetz bei gefährdeten Staubarbeitern die Gewährung einer Übergangsrente und Überführung in einen gesunden Beruf zuläßt, wovon bisher viel zu wenig Gebrauch gemacht worden ist. Bekanntlich ist die Kombination Staublunge und Tuberkulose nur dann entschädigungspflichtig, wenn sich wahrscheinlich machen läßt, daß die Staublungenveränderungen tatsächlich als schwer zu bezeichnen sind. *Autoreferat.*°°

Canuto, Giorgio: Sulla prevenzione degli infortuni per mezzo della selezione degli operai. (Zur Verhütung der Unfälle durch Auswahl der Arbeiter.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Torino.*) *Arch. ital. Psicol.* 8, 61—64 (1930).

In einer früheren Arbeit [*Arch. di Antrop. crimin.* 45, 144 (1925)] hatte Verf. die spezifischen Anlagen der Drechsler untersucht, indem er zeigte, daß die besten von diesen Arbeitern durch die Schnelligkeit der Bewegungsimpulse, durch die Entwicklung des stereoskopischen Sinnes, aber besonders durch die Geschicklichkeit bei der Bewertung der Größe hervorragen. Nun vergleicht Canuto den Grad solcher Anlagen mit der Zahl der von jedem Arbeiter erlittenen Unfälle. Die Neigung zu Unfällen (Zahl der Unfälle: Zahl der Arbeitsjahre) ist viel größer gerade bei den Arbeitern, welche sich weniger geschickt in der psychotechnischen Prüfung zeigen.

Romanese (Parma).

Dietz, Heinrich: Verursachung nach Reichsversorgungsrecht. (Besonders: Auslösung einer Gesundheitsstörung durch eine Dienstbeschädigung.) *Ärztl. Sachverst.ztg* 36, 243—247 (1930).

In Fällen, in denen die „Auslösung“ des Leidens durch militärdienstliche Ereignisse ärztlich anerkannt wird, wird bald volle, bald nur die teilweise Entschädigungspflicht bejaht. Verf. teilt die Entscheidung des Reichsversicherungsgerichts in einem Falle mit,

bei welchem der erste epileptische Anfall sich im Anschluß an einen Fliegerangriff zeigte, die Epilepsie also durch D. B. „manifest“ wurde. Das Gericht bejahte den ursächlichen Zusammenhang der Epilepsie mit dem Kriegserlebnis im Sinne der Auslösung. Der Fliegerangriff als schweres seelisches Erlebnis war die auslösende wesentliche Ursache der Gesundheitsschädigung. Die Auslösung einer Gesundheitsstörung durch Kriegseinflüsse ist als eine besondere Form der Verursachung anzusehen, sie steht der Entstehung nahe, ist allerdings nicht dasselbe wie diese, der Begriff liegt etwa in der Mitte zwischen Entstehung und Verschlimmerung. Eine weitere Verschlimmerung des Leidens kann Kriegsschadenfolge sein. *Kurt Mendel* (Berlin).

● **Viola, Domenico: La procedura medico-legale per l'accertamento dell'entità e della dipendenza da cause di servizio di lesioni od infermità di militari alle armi.** (Gerichtlich-medizinisches Verfahren zur Ermittlung von Dienstbeschädigungen aktiver Soldaten.) Pavia: De Bernardi 1929. 18 S.

Kritischer Vergleich mit den früheren und jetzigen (italienischen) Bestimmungen für die Bewertung der von Dienstursachen abhängigen Verletzungen oder Krankheiten von Soldaten im Dienste. *Romanese* (Parma).

Gauthier et Trubert: Un cas d'ostéo-arthropathie tabétique du pied droit méconuë, développée tardivement chez un traumatisé de guerre de 1916 et accompagnée de pseudo-abscesses avec élimination de séquestre (1926). (Verkannte tabische Osteoarthropathie des rechten Fußes, die sich bei einem 1916 Kriegsbeschädigten langsam entwickelte und von einem Pseudoabsceß mit Sequesterabstoßung begleitet war.) (*15. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 26.—28. V. 1930.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **10**, 539 bis 542 (1930).

Die Verletzung traf 1916 das Fibiotarsalgelenk; nach 2 Monaten war Patient wieder dienstfähig. 1925—1928 trat zeitweise Schwellung, Röte und Hitze ohne starken Schmerz und ohne Fieber auf, bisweilen entleerte sich sanguinolente Flüssigkeit mit kleinen Sequesterstückchen. Bei der Untersuchung im Mai 1930 ergab das Röntgenbild eine Malleolarfraktur mit entkalkten Epiphysen, teilweise Zerstörung von Cuboid und den Cuneiformia, sowie der proximalen Epiphysen der Metatarsalia. Dazu bestand linksseitige totale Opticusatrophie, rechts temporale Abblassung, totale Lichtstarre, Lähmung des linken Oculomotorius, Schwäche des rechten Achillesreflexes. WaR. in Liquor und Blut (1920 war sie vor der Behandlung +++), sowie die anderen serologischen Reaktionen negativ. Ein Zusammenhang zwischen dem Trauma und der Osteoarthropathie wurde abgelehnt. *Krambach* (Berlin).

Oesterlen, O.: Spondylitis deformans als Unfall- oder D.B.-Folge. *Z. Med.beamte* **43**, 444—450 (1930).

Ein Kriegsteilnehmer stellte 1928 Antrag auf Anerkennung von Dienstbeschädigung für Spondyloarthritis und Darmstenose. Der Gerichtssachverständige nahm Dienstbeschädigung an. Die Erkrankung der Wirbelsäule wurde auf den Krankenträgerdienst zurückgeführt. Die Darmkrämpfe wurden auf Schädigung der Nervengeflechte an der Wirbelsäule durch Knochenwucherungen bezogen. Ein Obergutachten einer chirurgischen Klinik kam zur Ablehnung von Dienstbeschädigung. Das Tragen von Verwundeten usw. könne nicht Ursache der nach langer Zeit aufgetretenen deformierenden Wirbelentzündung sein. Das Darmliden (Darmspasmen) stehe in keinem Zusammenhang mit den Wirbelveränderungen, die nur an der Lendenwirbelsäule deutlich ausgesprochen seien. In der Epikrise führt Verf. aus, daß die Darmkrämpfe reflektorisch durch Verwachsungen am Coecum bedingt wurden; als diese operativ gelöst wurden, schwanden die Darmspasmen. Das Trauma spielt bei der Entstehung der chronischen Wirbelentzündung keine wesentliche Rolle, traumatische Verschlimmerung kommt vor. Das angeschuldigte Trauma muß jedoch von einer gewissen Erheblichkeit sein. Brückenerscheinungen müssen vorhanden sein, die Zeit zwischen Trauma und Beginn der Erkrankung darf nicht über 2 Jahre hinausgehen. *R. Henneberg* (Berlin).

Masciotra, Angel A.: Spätfolgen eines Schädeltraumas: Traumatische Spondylitis. *Semana méd.* **1930 II**, 115—120 [Spanisch].

Gutachten über einen Fall von Kummelscher Krankheit: Unfallverletzung eines 38jährigen Arbeiters, der auf Kopf und Wirbelsäule gestürzt, Symptome einer Hirnerschütterung, dann allmählich Besserung zeigte, bis nach kurzer Latenzperiode die anfänglich ebenfalls vorhanden gewesenene Rückenschmerzen wiederkehrten. Die röntgenologische und sonstige Untersuchung des sich allmählich herausbildenden Gibbus ergab, daß ursprünglich der 7. Dorsalwirbelkörper frakturiert war, sich dann im Bezirk des 6. bis 9. Brustwirbels spondylitische Prozesse eingestellt hatten, die den Gibbus und die glaubhaften starken Schmerzen wie gewisse Bewegungsbehinderungen bedingten. Völlige Erwerbsunfähigkeit wurde anerkannt. *Pfister* (Bad Sulza).

Schüller, J.: Arteriographie und Unfallbegutachtung. (*Chir. Univ.-Klin., Bürgerhosp., Köln.*) Münch. med. Wschr. 1930 II, 1156—1158.

Ein 53jähriger Mann hatte durch Schlag eines Karrenbaums auf den linken Mittelfuß eine Fraktur des I. Metatarsus erlitten, die bei guter Stellung glatt heilte. Nach 2 Monaten Begutachtung und Schätzung der Erwerbsbeschränkung auf 15%. Da der Verletzte aber seine Arbeit nicht wieder aufnahm, wurde er zur Beobachtung in die Klinik eingewiesen. Es bestand eine Schwellung am Mittelfuß und der distale Teil des Fußes war bläulich verfärbt. Die Gegend des 1. und 2. Metatarsus war druckempfindlich. Nach einigen Tagen sah man zwei bräunlichrot verfärbte Striemen unterhalb dem Fußgelenk, die von Schnürfurchen herrührten. Im weiteren Verlauf kam es zu einer Nekrose an der Kuppe der 2. und 3. Zehe. Um weitere Manipulationen auszuschließen, wurden Gipsverbände angelegt; der erste reichte bis zum Mittelfuß, der zweite bis über die Zehen, um so jeden Eingriff auszuschalten. Die Nekrosen heilten daraufhin ab. Es bestand also eine Schädigung der den Fußrücken versorgenden Arterie. Da die Schädigung der Arterie nicht an der Einwirkungsstelle des Unfalls, sondern weiter oben sich befand, nämlich in der Umgebung der früheren Schnürfurche, wurde eine Arteriographie vorgenommen. Das Röntgenbild zeigte eine gute Füllung der Arteria tibialis anterior bis zum Talus, wo die Striemenbildung gewesen war. Dort hörte die Gefäßfüllung plötzlich auf; nur die Arteria tarsalis lateralis war noch gefüllt. Außerdem sah man eine starke Knochenatrophie als Folge der Ernährungsstörung, die auf früheren Röntgenbildern nicht vorhanden war. Auf Grund dieses Ergebnisses lautete die Begutachtung dahin, daß die Schädigung der Arteria tibialis anterior mit dem Unfall in keinem Zusammenhang stehe, da der Ort des Gefäßverschlusses viel höher lag als die Stelle der Einwirkung des Traumas. Der Rentenanspruch wurde daher abgelehnt. — Ein 41jähriger Mann mit einer alten Schußfraktur des linken Oberschenkels klagt über krampfartige Schmerzen beim Gehen sowie Anschwellung und Geschwürsbildung am linken Unterschenkel; von den Geschwüren sei immer eines offen. Er stellte Antrag auf Rentenerhöhung. Außer den reaktionslosen Narben am linken Oberschenkel fand man eine Schwellung an der unteren Hälfte des Unterschenkels und ein fünfmarkstückgroßes, schmierig belegtes Geschwür an der Außenseite. Da die Arteria tibialis posterior nicht und die anterior weniger gut als rechts zu fühlen war, und die schlechte Heilung der Unterschenkelgeschwüre in den Gutachten immer auf eine Schädigung der Oberschenkelschlagader infolge der früheren Fraktur zurückgeführt wurde, nahm man eine Arteriographie mit 17proz. Jodnatriumlösung vor. Das Röntgenbild zeigte nirgends eine Verletzung oder Verengung der Oberschenkelschlagader. Nach Anlegen eines Gipsverbandes heilte das Geschwür am Unterschenkel ab. *Hans Kloiber* (Baden-Baden).^o

Franck, Erwin: Bienenstich-Vergiftung oder Herzleiden als Ursache plötzlichen Todes. Aus dem Gebiet der privaten Unfallversicherung. *Ärztl. Sachverst.ztg* 36, 275 bis 280 (1930).

Die Bienen- und Wespenstiche sind durch ihre schmerz- und entzündungserregende Lokalwirkung mit lokaler Gewebsnekrose in der Umgebung der Stichstelle charakterisiert. Gefährlich sind sie nur, wenn sie das Gesicht, die Schleimhaut des Mundes oder der Zunge treffen. Der Tod tritt nur bei Stichen am Auge oder im Gesicht ein und kann in 10 Minuten bis 1 Stunde erfolgen. Resorptive Wirkung wird selten beobachtet. Im Erbrochenen und der Atemluft tritt manchmal der Geruch nach Ameisensäure auf. Beim Überfall von Menschen durch Bienen- oder Hornissenschwärme wurden schwere Erscheinungen, Ohnmacht, Schlafsucht, Delirien beobachtet. Dem Tode gehen Übelkeit und Krämpfe voraus.

In dem vom Verf. beschriebenen Fall hatte der Verstorbene etwa 15 Bienenstiche im Genick und ebenso viele an Armen und Kopf bekommen. Abends örtliche Reizerscheinungen, am nächsten Tage Abblassung und keinerlei Reizerscheinungen. Am 3. Tag Besuch von Bekannten und längere Unterhaltung. Kurz darauf plötzlich plötzlich Muskelkrämpfe, Schmerz in der Herzgegend, sowie allgemeines starkes Unbehagen, kein Fieber. Einspritzung von Morphium, danach Erbrechen heller Flüssigkeit. Beim Hinlegen ins Bett plötzlich schlagartig Todeseintritt. Bei der Sektion findet sich vergrößertes schlaffes Herz mit starker Fettauflagerung. Im Gutachten des Obduzenten wurde Blutvergiftung durch Wespenstiche angenommen.

Verf. lehnt die Wespenstiche als Ursache des Todes ab und hält Sekunden-Herztod bei chronisch erkranktem, erweitertem und verfettetem Herzen für überwiegend wahrscheinlich. Keine Unfallfolge. Begründung der Ablehnung neben der geringen örtlichen Reaktion das Fehlen der Kontinuität der Erscheinungen bis zum Tode, das gegen die tödliche Wirkung des Insektenstiches spricht. Die Ärztekommision schloß sich im ganzen dieser Auffassung an, hob jedoch hervor, daß bei den im ganzen nur spärlichen Erfahrungen über die Insektenstiche die Möglichkeit einer längeren Inkubation

des Bienengiftes und eine Mitwirkung der, wenn auch abgeschwächten, Giftwirkung bei dem krankhaften Zustand des Herzens nicht ausgeschlossen sei. *Ziemke* (Kiel).

Taralli, Cesare: Su di un caso di idronefrosi di probabile origine traumatica. (Considerazioni cliniche e medico-legali.) (Über einen Fall von Hydronephrose vermutlichen traumatischen Ursprungs. Klinische und gerichtsarztliche Betrachtungen.) (8. congr., Genova, 26. X. 1929.) Atti Soc. ital. Urol. 174—177 (1930).

Kasuistischer Beitrag. 27-jähriger Bauer. Infolge eines Stoßes gegen das rechte Hypochondrium während der Arbeit mit Bruch der 11. Rippe zeigte er heftigen Schmerz, Fieber, Erbrechen, kleinen Puls, kaffeefarbenen Urin. Nach einem Monate erschien eine schmerzhafte, immer zunehmende Schwellung im rechten Hypochondrium. Diagnose: Komplette Hydronephrose der rechten Niere. Erwerbsunfähigkeit zwischen 50—60% geschätzt.

Romanese (Parma).

Michael, Max: Die Unfallbegutachtung der Gonorrhöe. Mschr. Unfallheilk. 37, 337—351 (1930).

Vom Verf. wird eine systematische Darstellung der Unfallbegutachtung der Gonorrhöe gegeben, die dem jetzigen Stand unserer klinischen und biologischen Kenntnisse der Gonorrhöe entspricht. Bei der Gonorrhöe als Unfallereignis wird die direkte und indirekte genitale Infektion und die extragenitale Infektion unter Mitteilung von Beispielen besprochen, wobei auf die durch gonorrhöische Hautinfektionen wenig bekannten schweren Phlegmonen hingewiesen wird. Sodann werden die Bedingungen genannt, unter denen eine Verschlimmerung einer bestehenden Gonorrhöe durch Unfall denkbar ist; ein weiterer Abschnitt handelt von der verheimlichten Gonorrhöe als Ursache angeblicher Unfallschäden, zum Schluß wird die Behandlung von Ersatzansprüchen behandelt. Die Arbeit bietet viel Interessantes und für den Gutachter Wichtiges; es ist zu empfehlen, sie im Original nachzulesen. *Ziemke* (Kiel).

Urbach, Josef: Lues und Trauma. Med. Klin. 1930 I, 86—89.

Mitteilung über die Entstehung gummöser Hautveränderungen am Unterschenkel eines 43-jährigen Wäscheputzers, 3 Wochen nach Sturz von einer Leiter mit geringer Unterschenkelverletzung. Die charakteristische Umwandlung des nekrotischen Geschwürgrundes führte trotz negativer Serumreaktion zur richtigen Diagnose, die durch den prompten Erfolg der spezifischen Therapie bestätigt wurde.

Unter Besprechung der bisherigen Literatur und der für die Entstehungluetischer Manifestationen aufgestellten Hypothesen weist Urbach auf die praktische Bedeutung der traumatischen Lues für die Unfallbegutachtung hin. Im vorliegenden Fall darf mit Rücksicht auf den örtlichen und zeitlichen Zusammenhang ein Betriebsunfall angenommen werden. *Michael* (Berlin).

Moons: Sarcomes traumatiques. (Traumatische Sarkome.) J. Chir. et Ann. Soc. belge Chir. Nr 5, 139—141 (1929).

Ein Mann fällt auf den Ellbogen und erleidet eine leichte Kontusion ohne Arbeitsbehinderung. 6 Wochen später Schwellung, Rötung, Schmerzhaftigkeit des Ellbogens. Im Röntgenbild Bruch des Ellbogens mit partieller Knochennekrose, einige Wochen später Probeincision, die ein Sarkom ergab. Der Tumor bestand offenbar schon seit längerer Zeit unbemerkt und wurde durch das Trauma nur in seiner Entwicklung beschleunigt. — Ein Arbeiter gleitet an seiner Maschine aus und bekommt eine Verrenkung. Eine Röntgenaufnahme kurz danach zeigt an dem Gelenk ein voll entwickeltes Sarkom, das schon eine Lungenmetastase gesetzt hatte. Wichtig für die Unfallbegutachtung. *Weimann* (Berlin).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

● **Handwörterbuch der medizinischen Psychologie.** Hrsg. v. Karl Birnbaum. Leipzig: Georg Thieme 1930. 672 S. RM. 46.—.

Das vorliegende Handwörterbuch vermittelt in alphabetischer Stichwortfolge das gegenwärtige Ergebnismaterial der medizinischen Psychologie an der Hand von historisch entwickelten Aufsätzen medizinischer Fachbearbeiter. Der Begriff „medizinische Psychologie“ wird hier so weit wie möglich gefaßt; Nicht eine lediglich auf Psychopathologie und Psychiatrie beschränkte Psychologie wird hier verstanden, sondern im Sinne Kretschmers bevorzugt der Herausgeber, wie er betont, eine lebensnahe Psychologie des lebendigen Menschen in seiner Totalität, als Organisationseinheit, als Ausdruck eines umfassenden biopsychischen Gesamt-