

Säuren nicht zur Kontraktion gebracht werden und daß die sog. Säurekontrakturen auf einer Verkürzung des kollagenen Materials beruhen, das jeder Skelettmuskel in der Form von Sehnenfibrillen enthält. Es werden nochmals die Befunde zusammengestellt, welche ihn zu dieser Auffassung geführt haben, und auch auf ein von P. Weiss angestelltes und im Sinne der Auffassung des Verf. ausgefallenes experimentum crucis hingewiesen. Auch die Totenstarre ist nicht als eine Säurekontraktur des Muskels aufzufassen, dagegen spricht einmal, daß sie ebenso wie die normale Muskelkontraktion einen negativen Temperaturkoeffizienten der isometrischen Spannung besitzt, die Säurekontraktur aber einen positiven. Zweitens spricht der Befund des Verf. dagegen, daß Muskeln nach Lösung der Totenstarre noch in eine sehr kräftige Säurekontraktur geraten können, doch nicht mehr in eine Chloroform- oder Wärmekontraktur. (Andererseits läßt der Aufsatz zahlreiche Untersuchungen — vor allem von Winterstein und seinen Schülern —, auf die sich die Auffassung stützt, daß die Totenstarre eine Säurekontraktur ist, unerwähnt. Ref.)
Wachholder (Breslau).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Fraenkel, P.: Der Begriff der Krankheit in der privaten Krankenversicherung. Ärtzl. Sachverst.ztg 37, 65—73 (1931).

Verf. macht in längeren Ausführungen darauf aufmerksam, was unter Krankheit im Sinne der privaten Krankenversicherung zu verstehen ist. Unstreitig begründe eine schon beim Vertragsabschluß bestehende Krankheit keine Ersatzansprüche. Dieser rigorose Standpunkt bedinge, daß z. B. ein Myom der Gebärmutter, das jahrelang unbemerkt bestanden habe, dem Versicherungsschutz nicht unterliege, ebensowenig ein Herzleiden, das jahrelang Befinden und Arbeitsfähigkeit nicht beeinflußt habe. Er werde von den Versicherungsgesellschaften für unentbehrlich erklärt, wenn sie die Last ihrer Verpflichtungen tragen sollen. Krankheit im Sinne der privaten Versicherung sei nicht nach theoretischen allgemein-pathologischen Begriffen zu definieren, sondern als ein schadenbringender Zustand, gegen den ein vernünftiger Mensch eine Krankenversicherung eingeht. Die Krankheit muß nach objektiven Gesichtspunkten einschließlich kritischer Verwertung des Empfindens des Kranken bestimmt werden. Die ursächliche Bedeutung eines vor dem Eintritt der Ersatzpflicht bestehenden Gesundheitszustandes für einen Ersatzanspruch muß nach der beim Vertragsabschluß gegebenen Wahrscheinlichkeit beurteilt werden, mit der die dem Anspruch zugrunde liegende Erkrankung zu erwarten war.
Ziemke (Kiel).

● **Kaess, C.: Gutachten in Unfall- und Haftpflichtfragen.** Frankfurt a. M.: Reichsbahndirektion 1930. VIII, 139 S.

In der vorliegenden Sammlung werden eine Reihe von Gutachten über Unfall- und Haftpflichtfragen veröffentlicht, die Verf. als Oberbahnarzt bei der Reichsbahndirektion Frankfurt a. M. erstattet und aus dem ihm zur Verfügung stehenden Material ausgewählt hat. Die wiedergegebenen Gutachten erheben nicht den Anspruch besonderer wissenschaftlicher Abhandlungen, sie sollen vielmehr als Beispiele für die Behandlung praktischer Fälle dienen; sie sind geschickt ausgesucht und erörtern zum Teil recht interessante Fragen. Näher auf sie einzugehen verbietet der einem Referat zur Verfügung stehende Raum. Wer sich mit derartigen Gutachten zu beschäftigen hat, wird vieles Lehrreiche aus ihnen entnehmen können. Ihm sei die Lektüre des Büchleins bestens empfohlen.
Ziemke (Kiel).

Hirsch, Ludwig, und F. Leppmann: Fingierte Unfälle. Ärtzl. Sachverst.ztg 37, 1—9 (1931).

Es werden eine Reihe ungewöhnlich interessanter und instruktiver Fälle berichtet, die alle gemeinsam haben, daß es sich um Personen handelt, die gewissermaßen serienweise Unfälle vortäuschen, um davon längere Zeit zu leben. Drei von ihnen waren auch in ihrer sonstigen Lebensführung kriminell, und zwar psychopathische Kriminelle. Die Krankengeschichten müssen im einzelnen im Original nachgelesen werden. Besonders lehrreich ist ein Fall, dessen ausführlich wiedergegebene Geschichte geradezu wie ein Roman anmutet. Es handelt sich dort um ein intellektuell hochstehendes Schwindlerpaar, von dem der eine wahrscheinlich mit medizinischer Unterstützung des anderen, aber auch mit eigener großer Geschicklichkeit arbeitete. Wie Verf. selbst betonten, zeigen die Fälle den gewerbsmäßigen Versicherungsbetrug von der primitivsten bis zur raffiniertesten Ausführung. Man soll aus ihnen grundsätzlich die Folgerung ziehen, daß die Hauptgefahr für die Versicherungsgesellschaften in der ungenügend

genauen und kritischen Darstellung der ersten Befunde besteht. Immer wieder bekommt man von Bewußtlosigkeit, Hirnerschütterung, Lähmung usw. zu hören, ohne daß die Schilderungen eine spätere Nachprüfung ermöglichen, und nicht selten zahlen die Gesellschaften schließlich dreisten Betrügnern, um sich Weiterungen zu sparen, Summen aus, um welche mancher ehrlich Geschädigte jahrelang und nicht immer erfolgreich kämpfen muß.

Weimann (Beuthen).

Cornil, L., et Ch. Thomas: Considérations critiques sur la valeur sémiologique et médico-légale des critères circulatoires de la douleur provoquée. (Kritische Bemerkungen über den semiotischen und forensischen Wert der Zirkulationsphänomene des provozierten Schmerzes.) *Progrès méd.* 1931 I, 337—341.

Die Verf., die sorgfältig die Literatur berücksichtigen, kommen zu folgenden Ergebnissen: Das Mannkopf-Rumpfsche Phänomen der Pulsbeschleunigung hat keine Bedeutung, die Pulsveränderung ist überhaupt meist unbedeutend. Auch der Blutdrucksteigerung legen sie keine Bedeutung bei. Immerhin kann man die Phänomene als Hilfskriterien gelten lassen, wenn sie beide positiv sind. Größere Bedeutung hat die Prüfung des oscillometrischen Index: 2—3 Pulse nach Beginn des Schmerzes zeigen deutliche Erniedrigung des oscillometrischen Index und Senkung des Dikrotismus. Die „klassischen Ansichten“ der deutschen Schule über die Volumabnahme während des Schmerzes und anderer dysphorischer Erlebnisse werden kritisiert. Allerdings geben die Autoren zu, daß bei Untersuchungen mittels eines am Gesicht angebrachten Plethysmographen nach einem „Vorschlag“ mit Volumvermehrung, der affektiv bedingt ist, meist bei Schmerz eine sekundäre Volumverminderung eintritt, die als essentiell zu gelten hat. Aber interessanterweise fand sich bei 2 Kranken mit Thalamusschmerzen regelmäßig das Gegenteil, nämlich eine erhebliche Volumvermehrung, die 2—3 Minuten ihr Maximum erhalten kann, und zwar sowohl bei spontanen wie bei provozierten Schmerzen. Eine Deutung des Phänomens wird nicht gegeben. Über die plethysmographischen Erscheinungen bei psychogenen Schmerzen wird nicht berichtet.

F. Stern (Kassel).

Klieneberger, Carl: Zur Beurteilung der hysterischen Reaktion als Kriegsdienstbeschädigung. (*Stadtkrankenb., Zittau.*) *Med. Klin.* 1930 I, 973—974.

Wiedergabe des Gutachtens über einen Mann, der nach einer angeblichen Verschüttung im Krieg psychogen stumm und taub war, dann wegen Hysterie Kriegsdienstbeschädigung anerkannt bekam, dienstfähig entlassen wurde. Auf erneuten Rentenanspruch im Jahre 1925 wegen Beschädigung durch Verschüttung, Verschlimmerung, arbeitsverhindernder Rückenschmerzen wurde in einem Gutachten die Diagnose auf psychische Reaktion auf angeborener Grundlage, in einem anderen auf: Reaktion psychopathischer Konstitution mit Minderwertigkeit, in einem dritten auf nervös-funktionelle Beschwerden gestellt. Dagegen kam ein anderer Gutachter zu der Annahme von Lendenwirbel-Skoliose, kriegsbedingter Rückenschmerzen, evtl. hysterischen Krämpfen. Daraufhin erhielt der Untersuchte 40% Rente. Klieneberger konnte bei der Untersuchung eine Lendenskoliose ausschließen. Ein irgendwie organischer Befund lag nicht vor. Gelegentlich einer chirurgischen Untersuchung war die Frage einer Hydronephrose aufgeworfen worden, die zur „Wiederaufnahme der evtl. organischen Bewertung der Rückenschmerzen“ führte. Es zeigte sich, daß es sich um eine Nierenbeckenerweiterung, nicht um eine Hydronephrose im landläufigen Sinne handelte.

K. weist darauf hin, wie gefährlich, kostspielig und unberechtigt die „unfallneurotisch“ gesteuerte, Vorstellungen entscheidende Begutachtung ist. Es blieb bei 40% als restlos „anerkannte Kriegsdienstfolge“.

Fleck (Göttingen).^{oo}

Laubenthal, Fl.: Zur Beurteilung psychogener Reaktionen bei Hirngeschädigten. (*Klin. f. Psychisch u. Nervenranke u. Hirnverletztenabt., Univ. Bonn.*) *Nervenarzt* 4, 12—16 (1931).

In der gutachtlichen Praxis neigt ein Teil der Gutachter dazu, jede psychogene Reaktion eines Hirngeschädigten als Folge des Traumas anzuerkennen, ein anderer Teil glaubt, für jedwede psychogene Reaktion Unfallfolge ablehnen zu sollen. In vielen Fällen des großen Materials, das Verf. seinen Ausführungen zugrunde legt, zeigte sich ein Auftreten psychogener Symptome nur in der Untersuchungssituation. Diese Reaktion war nach den Beobachtungen sehr weitgehend eine Funktion der Konstitution,

insbesondere der intellektuellen Veranlagung, daneben „natürlich“ der Quantität und Qualität des Reizes. Die Prüfung des übrigen Materials ergab 3 Gruppen: 1. Psychogene Reaktionen, die nur Ausdruckssymptome einer cerebral-organisch veränderten psychischen und psychomotorischen Konstitution sind, sich im wesentlichen in schweren Charakterveränderungen und Störungen allgemeiner psychischer Elementarfunktionen zeigen; 2. psychogene Reaktionen, die aus einer echten reaktiven, nicht zielstrebigem Verarbeitung des Unfallereignisses, des erworbenen und bleibenden Schadens und der subjektiv für den Geschädigten veränderten Umweltbedingungen entstehen, Fälle, die zum Teil einer hypochondrischen Erlebnisverarbeitung entspringen, zum Teil psychogene Wahnbildungen aufweisen, zum Teil auf unbegründeter Rentenablehnung beruhen; 3. hysterische Reaktionen, die durch eine zielstrebige Einstellung entstehen und den stark ausgeprägten Charakter der Zielstrebigkeit zeigen. Für alle Gruppen werden Beispiele gebracht, am Schlusse dargetan, daß die Bewertung der einzelnen psychogenen Symptombilder sich nach ihrem nosologischen Werte richten muß.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Steindl, Hans: Die Spätfolgen geschlossener Hirnverletzungen beim Menschen und ihr Einfluß auf dessen Lebensdauer. (*II. Chir. Univ.-Klin., Wien.*) Wien. klin. Wschr. 1930 II, 985—990.

In der Gruppe der durch ein Trauma möglichen Hirnverletzungen sind zu unterscheiden: 1. die sog. geschlossenen, 2. die sog. offenen oder komplizierten Hirnverletzungen. Bei jeder Hirnverletzung ist das Frühstadium vom Spätstadium zu trennen. Für die Versicherungsmedizin scheiden die tödlichen Unfälle aus. Die reine *Commotio cerebri* führt selten zum Tode. In den Fällen, in denen sie scheinbar den Tod verursachte, ergab die Autopsie Hirnquetschung, Blutung usw. Nach den bisherigen Erfahrungen ist die bloße Gehirnerschütterung hinsichtlich der Spätfolgen durch eine *Restitutio ad integrum* charakterisiert. Man kann demnach eine Beschränkung der Lebensdauer durch eine Gehirnerschütterung nicht als wahrscheinlich ansehen, wenn auch die Folgen, wie Kopfschmerzen, zeitweises Schwindelgefühl usw., bestehen bleiben können. Steindl geht dann auf die postkommotionellen Neurosen ein und kommt zu dem Ergebnis, daß „eine wesentliche Beschränkung der Lebensdauer durch postkommotionelle Spätfolgen in dem Sinne, daß späterhin der Ablauf lebensnotwendiger physiologischer Funktionen geschädigt oder in der Dauer der Ablaufmöglichkeit beschränkt werden könnte, nicht wahrscheinlich ist“. St. macht allerdings die Einschränkung, daß sich hinter einer *Commotio* schwere traumatische Veränderungen verbergen, die dem Leben eine jähe Grenze zu setzen vermögen (*apoplektischer Insult*). Da diese Spätapoplexie noch 1 Jahr nach einem Unfall auftreten kann, könnte für die Lebensversicherungsanstalt die Forderung geltend gemacht werden, bei Leuten, die eine Hirnerschütterung erlitten haben, eine Lebensversicherung frühestens 1 Jahr nach der erhobenen, scheinbar bloßen Gehirnerschütterung zum Abschluß zu bringen. Besprechung der *Contusio cerebri* in bezug auf Symptomatologie und Diagnose. Schwere Kontusionsherde können rasch zum *Exitus* führen. Wird das Trauma überwunden, können die Erscheinungen im Laufe der Zeit sich weitgehend zurückbilden. Die meisten geschlossenen Hirnkontusionen heilen klinisch schließlich ab, wenn auch psychische Störungen in Form von Antriebslosigkeit, Merkstörungen, Intoleranz gegen Alkohol, organische Affektstörungen usw. zurückbleiben können. Epilepsie und Krampferscheinungen nach Hirnkontusionen ohne Knochenverletzung hält St. für selten, häufiger finden sie sich bei gleichzeitiger Knochenverletzung. In bezug auf die Kontusion kommt St. zum Schluß, daß sie keine die Lebensdauer beschränkenden Folgen nach sich zu ziehen scheint. Auch Paresen bedingen keine Beschränkung der Lebensdauer. Anders verhält es sich bei den Impressionsfrakturen, die mit Kontusion einhergehen. Sie können mannigfaltige Folgen haben, die meist innerhalb des 1. Jahres nach dem Unfall in Erscheinung treten.

Walter Lehmann (Frankfurt a. M.).^{oo}

Schwarz, Hanns: Gutachten über die Frage des ursächlichen Zusammenhanges von Hemiplegie und elektrischem Unfall. (*Nervenklin., Charité, Berlin.*) *Nervenarzt* 4, 157—160 (1931).

50jähriger Mann mit Atherosklerose mittleren Grades erlitt einen elektrischen Unfall bei der Befreiung eines elektrisierten Arbeiters. Er fiel an einem Regentage, an dem Material, Boden und Hände feucht waren, links mit der blanken, rechts mit der durch einen Jackenzipfel geschützten Hand einen 220 V Wechselstrom führenden Draht an. Der Strom soll etwa $\frac{1}{2}$ Minute durch seinen Körper gegangen sein. Unmittelbar danach hatte er Herzklopfen und unangenehme Sensationen, konnte aber noch ohne Begleitung nach Hause gehen. 12 Stunden nach dem Unfall trat ein Schlaganfall mit linksseitiger Hemiplegie ein, die sich nach monatelangem Liegen allmählich so weit besserte, daß Laufen am Stock möglich wurde; es blieb eine Schwäche des linken Armes und Beines.

Der ursächliche Zusammenhang mit dem elektrischen Unfall wurde bejaht und damit erklärt, daß es durch das elektrische Trauma zu einer abrupten Erschütterung, zu Blutdruckschwankungen und vasomotorischen Funktionsstörungen kam, die eine Gehirnschädigung setzten. Hemiplegien nach elektrischen Unfällen sind bisher nur in 5 Fällen beschrieben.

Schrader (Bonn).

Kaess, C.: Nicht Paralysis agitans, sondern Ausdruck hysterischer Reaktion. *Z. Bahnärzte* 26, 96—105 (1931).

Mitteilung eines Falles, der besonderes Interesse verdient, da er von autoritativer Stelle verkannt, als Paralysis agitans begutachtet wurde, 4 Jahre Unfallrente erhielt, während es in Wirklichkeit sich nur um psychogene, hysterisch gefärbte Erscheinungen gehandelt hat, der Unfallverletzte sich nach der endgültigen Rentenentziehung selbst als beschwerdefrei bezeichnete.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Asal: Zur Genese der traumatischen Hämatomyelie. Veröff. Heeresan.wes. H. 84, 162—164 (1930).

Fall von tödlich verlaufener Hämatomyelie bei einem vorher gesunden Menschen. Die Blutung trat in sofortigem Anschluß an einen gewöhnlichen Kopfsprung in ein Schwimmbecken auf, dessen Spiegel 50 cm tiefer als die Absprungstelle lag. Irgendein Anschlag erfolgte nicht. Der Gestorbene soll beim Springen eine auffallend zusammengekrümmte Haltung angenommen haben. Da er von jeher ein linkischer Mensch gewesen ist, wird angenommen, daß er bei dem Sprung die Muskulatur nicht locker ließ und die durch die Muskelanspannung und seelisch bedingte Blutdrucksteigerung zur Zerreißen der Gefäße führte. Eine histologische Kontrolle liegt nicht vor.

Hans Strauss (Frankfurt a. M.).

Vercelli, Giuseppe: Lesioni midollari traumatiche e siringomielia. L'irradiazione Roentgen come mezzo curativo e preventivo. Contributo clinico. (Traumatische Rückenmarksläsionen und Siringomyelie. Heilende und prophylaktische Wirkung der Röntgenstrahlen. Klinischer Beitrag.) (*Istit. Neurobiol. „Vittorio Emanuele III“ pro Feriti Cerebrali di Guerra e Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Milano.*) *Note Psichiatri.* 59, 463—490 (1930).

Nach Besprechung der Literatur über die Beziehungen zwischen Trauma und Siringomyelie werden 2 Fälle mitgeteilt.

Im 1. Falle kommt es bei einer 19jährigen Patientin, die an einer Geburtslähmung in Gestalt einer oberen Plexuslähmung leidet, zu einer langsam fortschreitenden Rückenmarkserkrankung mit dissoziierter Sensibilitätsstörung, Schmerzen, myoklonischen Erscheinungen im rechten Arm. Im 2. Falle lag nach einer die Wirbelsäule selbst nicht berührenden Schußverletzung eine Tetraplegie vor, die sich in einigen Wochen ohne Resterscheinungen zurückbildete. 13 Jahre später Auftreten einer fortschreitenden Rückenmarkserkrankung mit sensiblen und motorischen Störungen von D 1 abwärts, wobei in einigen Segmenten auch eine dissoziierte Sensibilitätsstörung besteht. In beiden Fällen wird die Diagnose Siringomyelie gestellt und durch Röntgenbestrahlung eine erhebliche Besserung erzielt.

Eine traumatische Genese der Siringomyelie vertritt Verf. nicht, der vielmehr als Grundlage von Krankheitsverläufen wie den dargestellten neben dem Trauma noch angeborene oder erworbene prädisponierende Faktoren ansieht. Auch nach ihrem ganzen klinischen Bild scheinen die beiden Fälle Ref. nicht geeignet, irgendwie eine Stütze für die traumatische Verursachung der Siringomyelie darzustellen.

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

Eliasberg, W., und V. Jankau: Zur Frage des traumatischen Parkinsonismus und seiner Begutachtung. (*Begutachtungsstat., Privatnervenklin., München-Thalkirchen.*)

(20. Jahresvers. d. Ges. Dtsch. Nervenärzte, Dresden, Sitzg. v. 18.—20. IX. 1930.) Dtsch. Z. Nervenheilk. **116**, 231—237 (1930).

Bericht über einen instruktiven Fall, der anfänglich wegen verschwommener atherosklerotischer Syndrome gutachtlich verkannt wurde, da nur der bereits anfänglich vorhandene Stupor als Parkinson-Symptom erschien. Der Zusammenhang mit dem Trauma (Fall eines Holzbalkens auf den Kopf) ist evident. Vergleich mit der bisherigen Literatur über das Trauma-Problem bei Parkinson. Differentialdiagnostische Abgrenzung wird versucht. Die Ergebnisse von F. H. Lewy sowie die Rickersche Theorie gestatten durchaus die Annahme des traumatischen P. auch ohne Zuhilfenahme prätraumatischer Disposition. *Leibbrand* (Berlin).

Botvinnik, N.: Zur Entlarvung der Simulation der beiderseitigen Blindheit. Russk. oftalm. **Ž. 12**, 483—484 (1930) [Russisch].

Verf. empfiehlt eine Art „psychologischer“ Methode zur Entlarvung der Simulation beiderseitiger Blindheit. Zum Schluß der Untersuchung gibt er dem Simulanten zu, daß er tatsächlich blind sei und erklärt seine Blindheit auf operativem Wege für heilbar. Zum Unterschied von wirklichen Amaurotikern, die bekanntlich jedem Versuch zur Wiederherstellung ihrer Sehfunktion gerne entgegenkommen, verweigert der Simulant die Operation aus Angst, seinem gesunden Auge dadurch irgendwie Schaden zu bringen. Nach einem derartigen wiederholt vorgenommenen Angebot und Verweigern der Operation verordnet man dem Simulanten irgendwelche indifferente Augentropfen und verspricht ihm von der Operation Abstand zu nehmen, falls durch Tropfen die Blindheit zurückgeht. Bald darauf meldet der Simulant seine Sehfunktion allmählich wiederhergestellt zu haben. *Poleff* (Kischineff).

Haike, H.: Aus der Begutachtungspraxis bei beruflicher Lärmschwerhörigkeit. Z. Bahnärzte **26**, 59—65 (1931).

Verf. weist zunächst darauf hin, daß die Verordnung vom 11. II. 1929 Unklarheiten enthält. Als „Taubheit“ müsse die „praktische“ Taubheit angesehen werden, das heiße: Umgangssprache werde beiderseits nicht mehr am Ohr verstanden. An „Taubheit grenzende Schwerhörigkeit“ werde von verschiedenen Autoren verschieden, von der Verordnung überhaupt nicht gedeutet. Verf. selbst meint, daß darunter diejenige Schwerhörigkeit zu verstehen sei, bei der Umgangssprache nur noch unmittelbar an beiden, bzw. nur noch am besseren Ohre gehört werde. (Die Prüfung hat nicht auf Worte, sondern auf Verständnis zusammenhängender Sprache zu erfolgen.) Die Anzeige hat bei geringergradiger Schwerhörigkeit noch nicht zu erfolgen! Die Prophylaxe der Lärmschädigung hat mit diesen neuen Vorschriften nichts zu tun. Verf. wendet sich den Schwierigkeiten zu, die bei Beurteilung der Frage entstehen, ob es sich bei einem Lärmarbeiter überhaupt — ganz oder teilweise — um Lärmschädigung oder andersartige Ursachen handele. Ein Beispiel wird gegeben, das die Bedeutung der Vestibularuntersuchung beleuchtet. Vestibularsymptome sprechen im allgemeinen gegen Entstehung durch Lärmschäden; Verf. möchte aber „nach allgemeinen pathologischen Erwägungen“ das Entstehen von Schwindel durch Lärmschädigung für möglich halten; er hat ihn außerordentlich selten beobachtet, sieht eine „besondere Anlage oder Zusammentreffen verschiedener Momente“ für seine Entstehung als notwendig an. *Klestadt* (Magdeburg).

Jentzer, Albert: *Lésions non accidentelles, pouvant simuler un accident et dépitées par l'examen anatomo-pathologique.* (Erkrankungen nicht traumatischer Natur, die einen Unfall vortäuschen können, und die durch pathologisch-anatomische Untersuchung aufgeklärt werden.) Schweiz. med. Wschr. **1931 I**, 161—162.

Bericht über 2 Fälle: 1. Aneurysma dissecans der Aorta mit alter Endokarditis, verbunden mit zerebraler Hämorrhagie. Der betreffende 53jährige Maurer wird bei voller Gesundheit mitten in der Arbeit schlagartig von der Erkrankung betroffen und stürzt dabei 2 m hoch ab, so daß die Synkope anfänglich als Folge des Sturzes imponiert und erst bei der Autopsie ihre Erklärung findet. Der 2. Fall betrifft ein Angioma cavernosum, das erst nach Operation und mikroskopischer Untersuchung als solches erkannt wird, während sein Träger während 14 Jahren die traumatische Genese des langsam größer werdenden Tumors behauptet hatte und mehrfach bis zum Querulantenum Konflikte mit der Versicherung (Schweiz. Militärversicherung) ausgefochten hatte. *Eisner* (Basel).

Schroeder, E.: Tödlicher Verlauf einer Lungenentzündung als mittelbare Dienstbeschädigungsfolge? Ablehnung. (*Versorgungskuranst., Bad Nauheim.*) *Med. Klin.* 1931 I, 290—291.

Bei einem 44jährigen Manne, der nach einer kurzdauernden Lungenentzündung gestorben war und bei dem das Herz vom Anfang der Erkrankung außerordentliche Schwächezustände gezeigt hatte, hielt es der behandelnde Arzt für höchst wahrscheinlich, daß eine im Zusammenhang mit rheumatischen Beschwerden im Kriege entstandene Herzschwäche den Tod unvermeidlich gemacht habe. Der in der Kriegszeit schon beobachteten Herzmuskelschwäche sei eine entscheidende Bedeutung für den tödlichen Ausgang der Lungenentzündung beizumessen. Verf. setzt auseinander, daß nach der Aktenlage keine infektiös-toxische Grundlage für die im Felde beobachtete Pulsbeschleunigung anzunehmen sei, sondern daß diese im Rahmen einer allgemeinen nervösen Übererregbarkeit zustande gekommen sei, wie sie auch in anderen nervösen Symptomen zum Ausdruck kam. Die später im 5. Lebensjahrzehnt aufgetretene allgemeine Verbrauchtheit müsse als frühzeitig beginnende Arteriosklerose bezeichnet werden. Bei der Entwicklung dieser sei der 10jährigen landwirtschaftlichen Berufsarbeit eine größere Bedeutung beizumessen als dem 2jährigen Frontdienst. Falsch sei die im gerichtsarztlichen Gutachten vertretene Auffassung, daß bei einem 44jährigen Manne von gesunder Herzkraft eine Lungenentzündung eine durchaus günstige Prognose biete. Der Verlauf der Erkrankung hänge hauptsächlich von der Virulenz der Erreger ab. Die Frage der Dienstbeschädigung sei nicht zu bejahen.

Ziemke (Kiel).

Arneth: Zur Frage „Diabetes und Trauma“. *Med. Klin.* 1931 I, 252—254.

Nach einem schweren Schädeltrauma, Fall vom Wagen oder Hufschlag, mit operativer Entfernung eines eingedrückten Schädelknochenstückes und folgender spastischer, dauernder, organisch bedingter Halbseitenlähmung trat nach 26 Jahren ein schwerer echter Diabetes auf, dessen erste Anzeichen sich im Jahre 1927 bemerkbar machten. Nach der herrschenden Lehre wird der echte Pankreasdiabetes mit Unterfunktion des Pankreasinselapparates, der niemals traumatisch entsteht, von der traumatisch hervorgerufenen cerebralen Glykosurie, dem extrainsulären renalen Diabetes unterschieden, der sich noch bis zu einem Jahre nach dem Trauma entwickeln kann. Nach dieser Lehre wäre ein Kausalzusammenhang des Diabetes mit dem vor 26 Jahren geschehenen Trauma von vornherein abzulehnen. Verf. wirft aber die Frage auf, ob nicht von einer Gehirnschädigung aus vielleicht doch eine derartige Reizwirkung ausgehen kann, daß ein richtiger Diabetes ausgelöst wird, vielleicht unter Vermittlung eines übergeordneten Zuckerzentrums oder unter Beeinflussung innersekretorischer Organe. Er meint, man könne solange darauf keine definitive Antwort geben, als die nötigen Unterlagen, vor allem genauere Sektionsbefunde fehlen. Die Möglichkeit eines kausalen Zusammenhanges sei jedenfalls im vorliegenden Fall nicht ganz abzustreiten, wenn schon nach dem augenblicklich geltenden wissenschaftlichen Standpunkte die Wahrscheinlichkeit eines solchen Zusammenhanges gelegnet wird. Um Ungerechtigkeiten zu vermeiden, hält er es für richtig, in dem vorliegenden seltenen Ausnahmefall den Kausalzusammenhang schon auf Grund der einfachen Möglichkeit anzuerkennen.

Ziemke (Kiel).

Meyer, Hermann: Spondylolisthesis und Unfall. (*Chir. Univ.-Klin., Göttingen.*) *Arch. orthop. Chir.* 29, 109—117 (1930).

Auf Grund der Beobachtungen an 6 Fällen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Bei der Spondylolisthesis ist streng zu unterscheiden zwischen dem eigentlichen Gleitprozeß und seiner Vorstufe, der Lockerung in der Interartikularportion. Diese Vorstufe, die Neugebauer als eine kongenitale Mißbildung, als einen Ossificationsdefekt aufgefaßt und als Spondylolysis congenita bezeichnet hat, ist immer ein erworbener Zustand. Seine Entstehung setzt voraus: 1. eine Eigenart in der Lagerung der Quergelenke zueinander, 2. eine vermehrte Belastung der Quergelenke (Lordose), 3. ausgiebige Bewegung im Lendengebiet. Daß durch ein Trauma diese Vorstufe entstehen kann, indem sich im Bogenanteil ein- oder doppelseitig an symmetrischer Stelle Frakturen bilden, muß zugegeben werden, dürfte jedoch nur bei schwerem Trauma und in ganz seltenen Fällen zutreffen; das sachgemäß angefertigte Röntgenbild frischer Verletzungen entscheidet. Die Verschlimmerung einer Spondylolisthesis durch einen Unfall ist schon weit eher möglich und für alle Fälle zuzugeben, bei denen ein einwandfreies ernst zu nehmendes Trauma vorliegt. Meist ist jedoch diese Verschlimmerung ganz vorübergehender Natur und innerhalb der ersten 13 Wochen abgeklungen. Will man eine Verschlimmerung über diese Zeit hinaus annehmen, so ist der röntgenologische Nachweis des zunehmenden Gleitens seit der Verletzung erforderlich. Nach der hier mitgeteilten Auffassung über die Entstehung des Gleitprozesses und seiner Vorstufe ist

aber noch eine dritte Art des Zusammenhanges zwischen Unfall und Spondylolisthesis zu berücksichtigen, nämlich die Entstehung nach Wirbelfrakturen im unteren Brust- und oberen Lendenabschnitte, bei denen es zu einer vermehrten Brustkyphose und Lendenlordose gekommen ist. In diesem Abschnitt entwickelt sich alsdann durch übermäßige Belastung, durch abscherende Kräfte in geeigneten Fällen im Verlaufe von Jahren eine Umbauzone. Eine solche Umbauzone kann als Belastungsfolge auch auftreten bei starken nicht ausgeglichenen Beinverkürzungen, Hüftbeugekontrakturen, Beckenfrakturen und Arthritis deformans im unteren Lendenabschnitt.

Kurt Mendel (Berlin).

Engel, Hermann: Spondylolisthesis zu Unrecht nach 14 Jahren als Folge einer Verschüttung behauptet. *Ärztl. Sachverst.ztg* **36**, 353—356 (1930).

Gutachten. Eine Verschüttung lag überhaupt nicht vor. Das Röntgenbild ergab eine konstitutionelle Wirbelsäulendeformität, die durch einen Unfall im Jahre 1925 insofern verschlimmert sein konnte, als die bis dahin nicht schmerzhaft Deformität von da an starke Schmerzen erzeugte.

Kurt Mendel (Berlin).

Troell, Abraham: Sarkom in den langen Röhrenknochen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Behandlung und der Bedeutung des Traumas für die Geschwulstetiologie. *Arch. klin. Chir.* **163**, 199—285 (1930) u. *Sv. Läk. sällsk. Hdl.* **56**, 297—361 (1930) [Schwedisch].

Verf. verwertet für seine Arbeit 77 Fälle aus den Jahren 1902—1928 des Seraphimer Krankenhauses zu Stockholm; sichere Sarkomdiagnose in 58 Fällen, Riesenzelltumor in 12 Fällen, 7 Fälle unsicher, dazu eine Zusammenstellung von 12 Sarkomfällen und 16 mehr oder weniger an Sarkom erinnernden Knochentumorfällen, zum Teil aus dem genannten Krankenhaus, zum Teil aus den Akten des Reichsversicherungsamtes (Schweden). Die bösartigsten Tumoren gehören der distalen Metaphyse an, in 13 Fällen war nur eine periphere (bezogen auf den Querschnitt des Knochens) Veränderung röntgenologisch festzustellen, in 31 Fällen zentrale und periphere, in 14 Fällen nur zentrale. Die periphere Querschnittslokalisation bedingt größere Malignität. Die klinische Malignität nimmt in dem Maße ab, wie die Geschwulstzellen eine höhere Differenzierung (zu Bindegewebe, Knorpel, Knochen) zeigen und umgekehrt. Der gewebliche Befund allein gestattet nicht, mit Sicherheit die Prognose zu stellen . . . (Lubarsch). Der Epiphysenknorpel bildete einmal bei einem 15jährigen Knaben eine Barriere gegen die Wucherung. Die Symptomatologie und die Diagnostik, besonders auch der Röntgenbefund der verschiedenen Formen werden eingehend besprochen und mit zahlreichen Abbildungen belegt. Röntgenbild und histologische Diagnose können gelegentlich hinsichtlich der richtigen Erkennung des Charakters der Geschwulst versagen. Die Behandlung und die Behandlungsergebnisse, die ausführlich dargestellt sind, müssen hier übergangen werden. Eine große Rolle spielt in neuester Zeit die Resektion, verbunden mit Knochentransplantation; die Hauptgefahr dabei ist die Fettembolie. „Unsere mangelhafte Kenntnis über die Ätiologie des Sarkoms überhaupt erschwert in hohem Grade eine klarlegende Darstellung der Frage, welche Bedeutung das Trauma für die Entstehung und die Entwicklung der Knochensarkome hat.“ . . . „Absolut zu bestreiten, daß ein Sarkom als Folge einer traumatischen Einwirkung auf einen Skeletteil entstehen kann, wäre nicht berechtigt.“ Selbst der Befund eines Granatsplitters in einem Spindelzellensarkom in der Schußnarbe kann in seiner Seltenheit nicht als absoluter Beweis des Zusammenhanges von Trauma und Geschwulst gelten; „sonst hätte der Weltkrieg, diese traumatische Epidemie ersten Ranges, eine traumatische Nachlese von Geschwülsten nach Schußverletzungen hinterlassen müssen“ (H. Simon). Außer dem Trauma muß noch ein unbekannter Faktor lokaler oder konstitutioneller Art vorhanden sein. Die Versuche, durch ein akutes Trauma ein Sarkom hervorzurufen, sind bisher alle mißlungen. Gewisse Fälle, bei denen die örtlich erhebliche Schädigung sicher nachgewiesen und die zeitlichen und örtlichen Zusammenhänge gegeben erscheinen, müssen aus Billigkeitsgründen, solange man über Ätiologie der Geschwülste so wenig weiß, „wohlwollend“ beurteilt werden, selbst wenn vom patho-

logisch-anatomischen und vom rein wissenschaftlich-medizinischen Standpunkt aus der Zusammenhang nicht bewiesen erscheint. Von den 12 Fällen des Schwedischen Reichsversicherungsamtes waren 6 abgelehnt, 6 anerkannt (nachträglich noch 1). In keinem dieser letzteren Fälle konnten aber makroskopische oder mikroskopische Residuen von traumatisch entstandenen Blutungen oder sonstige Spuren eines Trauma nachgewiesen werden. Für die Begutachtung werden noch folgende Forderungen erhoben: 1. Es muß eine distinkte starke Gewalteinwirkung auf den später erkrankten Knochen vorliegen. 2. Im Anschluß daran müssen lokale Symptome auftreten. 3. Es muß ein plausibles, nicht zu langes und nicht zu kurzes, zeitliches Intervall zwischen Trauma und Auftreten der Sarkomsymptome vorliegen. Die positiv zu begutachtenden Fälle sind jedenfalls sehr selten.

Walcher (München).

Teutschlaender, O.: Die Berufskrebse (mit besonderer Berücksichtigung der in Deutschland vorkommenden). Z. Krebsforschg 32, 614—627 (1930).

Teutschlaender gibt einen kritischen Überblick über die Berufskrebse nach dem derzeitigen Stand. Er geht dabei von den in den letzten Jahren von ihm im Verein mit Landesgewerbeärzten durchgeführten Untersuchungen in krebisgefährdeten Betrieben, hauptsächlich Brikettfabriken, worüber er schon einmal berichtet hat, aus [Z. Krebsforschg 30, 231 (1929)]. Er betont an verschiedenen Beispielen das mehr örtliche, auf gewisse Länder beschränkte Vorkommen einzelner Berufskrebse, soweit nicht durch Sperrung der Betriebe dieselben vorläufig zum Aussterben gebracht wurden. Dies ist z. B. beim Schneeberger Lungenkrebs infolge Schließung der Gruben der Fall. Blasenkrankheiten, früher in der deutschen Anilinfarbstoffindustrie nicht so selten, jetzt viel seltener, werden in England, wo in Freilufträumen gearbeitet wird, überhaupt nicht beobachtet. Rußkrebs ist nach wie vor eine „englische Angelegenheit“ geblieben. In der Kohlenindustrie sowie in Teerfabriken kommen Berufskrebse relativ immer noch am häufigsten vor, auch in Deutschland in Teerdestillationsbetrieben besonders bei Arbeitern, die mit Reinigung der Retorten, Verladung des Pechs zu tun haben, ferner in Brikettfabriken, bei Arbeitern in Pechfabriken und solchen, die mit Pech in der Industrie sonstwie zu tun haben. Abermals tritt T. — wie schon in früheren Publikationen — der irrigen Auffassung entgegen, daß der Pechkrebs selten sei. 3 letal verlaufende Fälle eigener Beobachtung. In 14 deutschen Fabriken wurden 12 echte Krebsbildungen, Caneroide, an 9 Krebskranken bzw. verstorbenen Brikettarbeitern entdeckt, gesammelt aus nur 36 Pecharbeitern, was einem Verhältnis von 25% der betreffenden Arbeitsstelle entspricht. Eine genauere Zählung in Fabriken ist nach T. nicht beweiskräftig, wenn nicht alle Fabriken und gefährdeten Betriebe erfaßt werden. Nun befaßt sich der Autor mit den Fabrikationsweisen der Briketts, schildert die Vorteile geeigneter Lüftung durch das Fohr-Kleinschmidtsche Verfahren, welches die Gefahr geradezu ausschließen würde. Die meisten Fabriken arbeiten jedoch ohne diesen hygienischen Fortschritt. Nun werden die nebst dem Pechstaub selbst noch mitwirkenden Momente erörtert, die Vorzugslokalisation am Scrotum u. a. O., ferner die Bedeutung der Exposition und das Verhältnis dieser zur Disposition zu der des cancerogenen Agens und der individuellen Reaktion. Die Analyse dieser Momente der Exposition führt zur Betonung der Bedeutung des Alters und der Einstellungs- bzw. Arbeitsdauer für die Krebsbildung. Als objektiven klinischen Ausdruck bezeichnet T. die Pechwarzen, da sie sich zumeist erst nach einer gewissen Zeit nach der Arbeitseinstellung entwickeln. Ihre Heilung bedeutet Krebsverhütung. Ihr Erscheinen, obwohl ein Warnungssymptom, wird leider vielfach zu wenig benützt. Berufswechsel, selbst innerhalb eines Betriebes, ist präventiv wirksam, dies wurde schon früher vom Autor exakt nachgewiesen. Notwendig zur Prävention ist oft auch eine ganze Leben des Patienten betreffende, auf alle ursächlichen Momente zur Krebsbildung besonders Bedacht nehmende, gründliche Anamnese. Leichter als die Heilung ist Krebsverhütung, durch Verminderung und Ausschaltung der Exposition, die sich mit dem Worte Disposition durchaus nicht völlig deckt. Die gefährliche Exposition läßt sich am leichtesten beeinflussen, vor allem durch Befristung der krebisgefährlichen Beschäftigungen besonders in der Pech- und Anilinindustrie. Leider wäre der Nachteil der Arbeitslosigkeit durch die Ausschaltung nicht zu vermeiden. Auch bleiben die Folgen einer gesundheitsschädlichen Beschäftigung als „Engramm“ auch trotz Unterbrechung in den Gewebszellen latent vorhanden. Die praktischen Folgen aus der Krebslehre, speziell der Berufskrebse, sind also für die Arbeitshygiene von großer Bedeutung, ebenso bedeutend für die allgemeine Krebspathologie.

Ullmann (Wien)._o

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

● Bumke, Oswald: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 3. Aufl. München: J. F. Bergmann 1929. XVI, 806 S. u. 160 Abb. geb. RM. 29.80.

Bumkes Lehrbuch der Psychiatrie liegt in 3. Auflage vor, nachdem die erste, die frei-